

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

Josiane de Fatima da Silva Costa

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
Inclusão Social e Empoderamento dos Usuários do CAPS II Prado Veppo**

**Santa Maria, RS
2018**

Josiane de Fatima da Silva Costa

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
Inclusão Social e Empoderamento dos Usuários do CAPS II Prado Veppo**

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: Prof.^a Eliana Mourgues Cogoy

Santa Maria, RS
2018

Josiane de Fatima da Silva Costa

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
Inclusão Social e Empoderamento dos Usuários do CAPS II Prado Veppo**

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Serviço Social, Área das Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial, para obtenção de grau em **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovada em 13 de dezembro de 2018

Eliana Mourgues Cogoy, Me. (UFSM)

(Presidente/Orientadora)

Fabio Jardel Gaviraghi, Dr. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2018**

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso para minha amada irmã que me apoiou em toda minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos difíceis me tornou uma pessoa mais forte para seguir em frente.

A minha mãe Rozanêa que durante toda minha vida esteve ao meu lado, ensinando a ter responsabilidade, e me deu muito amor, segurando minha mão nos momentos mais difíceis da minha vida.

A minha amada irmã que me deu força quando mais precisei, sem ela não teria conseguido seguir em frente.

Ao meu estimado colega e amigo Arthur que me alegrou ao longo desses anos, e me fez voltar a sonhar e acreditar em uma sociedade melhor.

A minha querida e estimada colega e amiga Claudia, por ter caminhado junto a mim nesses anos de graduação.

A minha orientadora de campo Jussara pelos ensinamentos, paciência e confiança ao longo do estágio acadêmico.

A minha orientadora Eliana, pelo suporte, pelas correções e incentivos, pelas palavras que me fizeram acreditar, que eu conseguiria sim!

Ao professor Fabio, por aceitar fazer parte da banca avaliadora e fazer parte nesse momento tão importante.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Um agradecimento especial a todos que aqui não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

A todos muito obrigada!

*Mas eu também sei ser careta
De perto ninguém é normal
Às vezes, segue uma linha reta
A vida que é “meu bem, meu mal.”*

(Vaca Profana, Caetano Veloso)

RESUMO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL E EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS DO CAPS II PRADO VEPPPO.

AUTORA: Josiane de Fatima da Silva Costa
ORIENTADORA: Prof^ª Eliana Mourgues Cogoy

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como título SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: Inclusão Social e Empoderamento dos Usuários do CAPS II Prado Veppo, aborda a temática inclusão social e empoderamento, e foi realizado a partir da experiência de estágio curricular obrigatório da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e aconteceu junto ao grupo da rádio, “De Perto Ninguém é Normal”, projeto existente na instituição CAPS. O grupo é bem dinâmico e a profissional responsável pelo grupo é a residente de Serviço Social, que busca estar estimulando os usuários a usarem a criatividade, sendo assim ser considerado como um dispositivo que possibilita aos usuários Empoderamento, autonomia onde ocupa espaços que viabilizam a sociabilidade, com profissionais de múltiplas áreas. O trabalho foi percebido como possibilidade de motivar os profissionais Assistentes Sociais na busca de novos mecanismos e instrumentos na intervenção no cotidiano de suas atividades afim da resolutividade das demandas, as quais são postas sempre na reafirmação de uma sociedade democrática e com justiça social. O presente trabalho consiste em uma análise do processo de trabalho do Serviço Social, na área da Saúde Mental, na instituição CAPS II Prado Veppo, onde buscou-se compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, o Empoderamento do usuário colaborando dessa forma para a inclusão social dos mesmo. Desta forma procuramos entender como se deu o processo de gênese da Saúde Mental no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e no município de Santa Maria, fazendo uma análise do processo de estágio na instituição CAPS II Prado Veppo.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Inclusão Social. Empoderamento.

ABSTRACT

SOCIAL SERVICE AND MENTAL HEALTH: SOCIAL INCLUSION AND EMPOWERMENT OF USERS OF CAPS II PRADO VEPPA.

AUTHOR: Josiane de Fatima da Silva Costa
ORIENTADORA: Prof^ª Eliana Mourgues Cogoy

This Work of Conclusion of Course (TCC) its title SOCIAL SERVICE AND MENTAL HEALTH: Social Inclusion and Empowerment of Users of the CAPS II Prado Veppo, addresses the theme social inclusion and empowerment, and was carried out from the experience of compulsory curricular traineeship of the Federal University of Santa Maria (UFSM) and happened next to the group of the radio, "Of Near Nobody is Normal", project existing in the institution CAPS. The group is very dynamic and the professional responsible for the group is the resident of Social Service, which seeks to encourage users to use creativity, and thus be considered as a device that enables users Empowerment, autonomy where it occupies spaces that enable sociability , with professionals from multiple areas. The work was perceived as a possibility to motivate the Social Welfare professionals in the search for new mechanisms and instruments in the daily intervention of their activities in order to resolve the demands, which are always put in the reaffirmation of a democratic society and with social justice. The present work consists of an "analysis" of the work process of the Social Work, in the area of Mental Health, in the institution CAPS II Prado Veppo, where it was sought to understand the process of Reform Psychiatrist, Empowerment of the user collaborating in this way for the social inclusion. In this way, we try to understand how the process of genesis of Mental Health in Brazil, in the state of Rio Grande do Sul and in the municipality of Santa Maria, by analyzing the traineeship process at the institution CAPS II Prado Veppo.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Social inclusion. Empowerment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-Hospital São Pedro.....	23
Figura 2-Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Prado Veppo.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Conferências Nacional de Saúde.....	16
---	----

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial adulto

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CONAS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

MRSB- Movimento de Reforma Sanitária Brasileira

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PA- Pronto Atendimento

RS- Rio Grande do Sul

PMS- Plano Municipal de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

UPA- Unidade de pronto Atendimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

ESF- Estratégias de Saúde da Família

SEFAS- Secretaria de Estado da Fazenda

LOAS- Lei Orgânica do Assistente Social

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	15
2.1. O Processo Histórico da Saúde Mental no Brasil	15
2.2. A Historicidade da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul	23
2.3. A Historicidade da Política de Saúde Mental no Município de Santa Maria /RS	255
3. POLÍTICAS SOCIAIS	29
3.1. A Inclusão Social e seus Desdobramentos.....	29
3.2. Serviço Social e Políticas Sociais.....	33
3.3. Serviço Social e Subjetividade na Saúde Mental.....	35
4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	38
4.1. Trabalho do Serviço Social no Centro Psicossocial (CAPSII) Prado Veppo	388
4.2. As Expressões da Questão Social identificadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo.....	400
4.3. A Dimensão Socioeducativa como instrumentalidade para o Empoderamento do Usuário	412
5. ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) PRADO VEPP0	433
5.1. Projeto de Intervenção em seu Processo de Construção	433
5.2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: Trabalhando a Inclusão Social com os Usuários do CAPS Prado Veppo para o Empoderamento	466
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS A	54

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi construído a partir de minha experiência como estagiária no campo da saúde mental, realizada na instituição Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) Prado Veppo, localizado na Avenida Hélvio Basso, 1245, na Cidade de Santa Maria/RS, no período de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Maria/RS, no período de Agosto a Dezembro de 2017 e Março a Julho de 2018.

O CAPS II Prado Veppo é um órgão público da área da Saúde Mental que presta atendimento as pessoas adultas que sofrem com transtornos mentais graves, e de alta complexidade, tendo como objetivo principal a reinserção e reorganização dos usuários buscando sempre o apoio das famílias junto com a equipe institucional.

O Centro de Atenção Psicossocial possui uma equipe multiprofissional, que dá suporte para o funcionamento da instituição, busca estar trabalhando com o fortalecimento da rede de serviços, aproximando a comunidade da instituição, muitos dos usuários se encontram em vulnerabilidade social. Neste sentido o TCC abordará a inclusão social, como um meio de empoderar os usuários participantes do grupo.

A experiência que embasa este TCC ocorreu junto ao projeto que já existe na instituição, o grupo da rádio universidade 800 AM no programa, “De Perto Ninguém é Normal”, que tem parceria com o CAPS II Prado Veppo, as gravações acontecem na Universidade Federal de Santa Maria, o ensaio para as gravações ocorre uma vez na semana na instituição CAPS. O grupo é bem dinâmico, a profissional que está responsável atualmente pelo grupo é a residente de Serviço Social, que busca estar estimulando os usuários a usarem a criatividade, sendo assim ser considerado como um dispositivo que possibilita aos usuários Empoderamento, autonomia onde ocupa espaços que viabilizam a sociabilidade, com profissionais de múltiplas áreas.

A pessoa com transtornos mentais historicamente carrega o estigma da “loucura”, visto muitas vezes como “ameaça” e “perigo social”, através dessa perspectiva pensou-se o projeto de intervenção, para amenizar estes estigmas.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em quatro capítulos. No qual o primeiro capítulo, apresenta uma breve apresentação do TCC, no segundo capítulo aborda sobre a Saúde Mental e seu processo histórico, destacando pontos relevantes a nível

nacional, estadual e municipal, no transcurso da desinstitucionalização ao longo da Reforma Psiquiátrica nos anos 90.

No terceiro capítulo será contextualizado inclusão social e seus desdobramentos históricos, abordando o serviço social e as políticas sociais, terminando esse capítulo se encontra a temática serviço social e subjetividade na saúde mental.

O capítulo quarto, apresenta o trabalho do assistente social junto de um CAPS, abordando as expressões sociais no Centro de Atenção Psicossocial, trabalhando a dimensão socioeducativa como instrumentalidade para o Empoderamento dos usuários.

O quinto e último capítulo aborda o estágio no CAPS II Prado Veppo, apresentando o projeto de intervenção em seu processo de construção, neste capítulo a abordagem consistirá nos meios utilizados, para que o projeto se concretizasse de fato, conforme foi pensado, estruturado, pontos a ser aprimorados.

Os usuários do Centro de Atenção Psicossocial Saúde Mental (CAPSII), tem traços particulares, em uma demanda atravessada pela trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica, de exclusão e discriminação da “loucura” na sociedade. A exclusão social é multidimensional, pois além das causas econômicas, ela possui implicações no convívio social, a partir desse pressuposto se fez o a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

2. SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O presente capítulo abordará sobre a saúde mental, com foco na atuação do/a assistente social frente aos processos de desinstitucionalização dos usuários da política de Saúde Mental. Resgatando o processo histórico da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no contexto nacional, estadual e municipal.

2.1. O Processo Histórico da Saúde Mental no Brasil

Ao fazer uma revisão da história da saúde mental se faz necessário o resgate de alguns pontos importantes do processo de construção da saúde no país, evidenciando a “participação social”, a participação de atores ao longo do processo que resultou no atual sistema público de saúde, como hoje o conhecemos Sistema Único de Saúde (SUS). A conquista de direitos também passou pelo âmbito da Saúde Conforme CONASS:

A conquista de direitos, no Brasil como em outras partes do mundo, é resultado de longos processos de construção em que diferentes atores sociais colocam na arena política seus interesses e suas necessidades, diferentes e frequentemente conflitantes, em busca do reconhecimento social dos mesmos, expresso em constituições ou leis. (CONASS, 2009, p.09).

O processo de construção social na saúde se deu em um cenário de muitas “lutas sociais”, no qual trabalhadores reivindicavam por seus direitos trabalhistas, de ter direitos e ser beneficiários da saúde, sendo dever do Estado garantir esses direitos aos cidadãos. Processo que ocorre em relação a interesses e necessidades de diferentes naturezas, que compõem âmbitos de exercício de cidadania.

Neste contexto histórico que ocorre os primeiros conselhos e conferências de Saúde no país, que permite identificar os avanços e os desafios enfrentados aos longos desses anos, com o objetivo de conduzir as políticas de saúde traçando metas para o futuro.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um significativo momento de avaliação do contexto histórico da saúde no país e de criação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população, em um contexto político social, no qual o Estado e os movimentos sociais foram fundamentais para a construção das políticas de saúde do país.

As conferências ocorrem normalmente em três etapas, iniciando com as pré-conferências nos municípios, avançando para os estados, e finalmente ocorrendo em âmbito nacional. As CNS devem elencar o planejamento da gestão SUS, influenciando assim diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores.

O Quadro abaixo mostra as conferências, trazendo as temáticas e seu período histórico, e suas contribuições para o desenvolvimento da saúde pública.

Tabela 1. Conferências Nacionais de Saúde

Conferência Nacional de Saúde	Presidente da República	Temas a ser Discutidos	Contribuições
1ª Conferência (1941)	Getúlio Vargas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização sanitária estadual e municipal; 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento e melhoria no âmbito educacional e saúde; * Desenvolvimento das atividades de saneamento profilaxia da malária e assistência médica sanitária; * Debate sobre uma possível separação do setor da Saúde e Aprimoramento do ensino Primário; * Estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção à saúde; * Criação do Ministério da Saúde;
2ª Conferência (1950)	Eurico Gaspar Dutra	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho	
3ª Conferência (1963)	João Belchior Goulart	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento no Saneamento da população; * Campanha de Erradicação da Malária e varíola; * Municipalização do serviço de saúde; * Fixação de um plano nacional de saúde; * Campanha de saúde, para prevenção de doenças;

<p>4ª Conferência (1967)</p>	<p>Arthur da Costa e Silva</p>	<p>Recursos humanos para as atividades de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Criação de Campanhas de Saúde Pública; * Criação da Primeira unidade de Vigilância Epidemiológica da Varíola; * Capacitações profissionais a saúde; * Preocupação com o desenvolvimento da Saúde a longo prazo; * Comunicação Inter gestores; * Investimentos na Saúde, reuniões e encontros, para debater as doenças endêmicas;
<p>5ª Conferência (1975)</p>	<p>Ernesto Geisel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ações de Vigilância Epidemiológica e Programa Nacional de Imunização; * Investimento em tecnologias para o combate de endemias, pandemias e epidemias; * Projetos coordenados pelo Ministério da Saúde; * Programas de divulgação e prevenção de doenças;
<p>6ª Conferência (1977)</p>	<p>Ernesto Geisel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação atual do controle das grandes endemias; 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde; 3. Interiorização dos serviços de saúde; 4. Política Nacional de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> * Saúde voltada para o homem; * Campanhas contra a Poliomielite no Brasil; * Aprovação do modelo da Caderneta de Vacinação; * Programa de Interiorização das ações de saúde e saneamento;
<p>7ª Conferência (1980)</p>	<p>João Batista Figueiredo</p>	<p>Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Campanha Nacional de Multivacinação; * Aprovação para a Erradicação da Poliomielite no Brasil; * Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica; * Implantação do AIS (Ações Integradas em Saúde);

<p>8ª Conferência (1986)</p>	<p>José Sarney</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento setorial. 	<ul style="list-style-type: none"> * Bases para a criação do SUS; * Vacinação contra a Febre Amarela; * Fundação Nacional de Saúde-Prioridade Politico Institucional; * Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde;
<p>9ª Conferência (1992)</p>	<p>Fernando Collor de Mello</p>	<p>Tema central: “Municipalização é o caminho”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações 	<ul style="list-style-type: none"> * Criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde; * Vacinação contra a Febre Amarela; * Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992); * Campanhas de prevenção doenças * Criação do programa Saúde da Família;
<p>10ª Conferência (1996)</p>	<p>Fernando Henrique Cardoso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; 6. Atenção integral à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> * Modificações no Programa Saúde da Família; * Incentivo aos municípios a estruturar a rede de serviços em saúde; * Habilita os municípios em Gestão Plena de Atenção Básica; * Descentralização os serviços de saúde municipais;
<p>11ª Conferência (2000)</p>	<p>Fernando Henrique Cardoso</p>	<p>Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. 	<ul style="list-style-type: none"> * Divulgação do Pacto pela Saúde; * Lei de Proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; * Política Nacional de Saúde de Atenção à Saúde dos Povos indígenas; * Aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde;

<p>12ª Conferência (2003)</p>	<p>Luís I. Lula da Silva</p>	<p>Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersectorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> * Criação da Regulamentação do SUS; * Comitê técnico de Saúde da população Negra; * Comitê consultivo da política de Atenção à Saúde dos povos Indígenas; * Política Nacional de educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS;
<p>13ª Conferência (2007)</p>	<p>Luís I. Lula da Silva</p>	<p>Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> *Diretrizes Nacionais para o Saneamento Básico; *Diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral a Saúde Mental da População Indígenas; *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem; *Política Nacional de Atenção Integral a Usuários e Álcool e outras Drogas;
<p>14ª Conferência (2011)</p>	<p>Dilma Vana Rousseff</p>	<p>Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Serviço de Atendimento SAMU; *Política que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial; *Política Nacional de Urgência e Rede de Atenção às Urgências-SUS; Expansão do Programa Farmácia Popular;

Fonte: Sistematização da autora a partir de documentos

Desta forma as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população.

A Política Nacional de Saúde (PNS), enquanto parte da política para o setor da saúde está submetido a um movimento concreto, de força social, cuja expressão da questão social se intensifica em relação ao Estado e a sociedade Civil. Desta forma o Estado se compromete com o empregador.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) tem início a partir da década de 70 e constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização e expressou a indignação da sociedade frente às tantas desigualdades, a “mercantilização” da saúde, configurou-se como ação política, concentrada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solidária, tendo a saúde pública como direito universal de cidadania. O objetivo “central” do Movimento da Reforma Sanitária foi dimensão civilizatória, a democrático participativo, e saúde para todos os cidadãos.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) era formado por integrantes do Movimento Sanitário, onde passa a denunciar violências sofridas pelo pacientes dos manicômios, e cada vez mais o movimento ganhava força, dando início ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2003), o objetivo da Reforma Psiquiátrica é “[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno Mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade” (AMARANTE, 2003, p.58).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica, buscava modificar o modo os indivíduos com transtornos mentais eram tratados, almejando que estes fossem tratados com respeito e incluídos novamente em sociedade, com seus direitos garantidos.

Nesse contexto político delicado e importante do país, onde se inicia um movimento social que estava em busca pela “redemocratização” dos espaços de decisão política, de avanços nos movimentos sociais, que estavam ligados as “luta da classe trabalhadora”.

Neste período de 1980 renasce a luta dos profissionais da saúde e usuários, que por um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade, que só ocorreria

mais tarde, este movimento estava articulado ao movimento social que ficou conhecido como “Movimento Sanitário” no Brasil, que colaborou diretamente para “Reforma Psiquiátrica”.

Em 1986 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganha força com o movimento, este movimento teve o papel de criticar e denunciar os muitos abusos cometidos dentro do Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica, instituições que apresentavam indícios de fraude, instrumentos de torturas, que eram utilizados aos internados na instituição. Neste período já havia o debate sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No período anterior a Constituição Federal de 1988, o sistema público de saúde prestava “assistência” apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 35 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Esses movimentos sociais consolidaram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi um marco no período de (1986-1990), na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo “modelo de saúde” para o Brasil. Conforme Paiva:

No âmbito da história da saúde no Brasil, o processo da Reforma Sanitária dos anos 1980 e a construção do Sistema Único de Saúde [...] A relevância desse evento para a proteção social e para a saúde pública brasileira, a identificação do processo de mudanças com a luta pelo retorno ao regime democrático (PAIVA,2014,p.26).

Um dos primeiro momentos expressivo no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propôs uma lei que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais e aponta para progressiva extinção dos manicômios no país, conhecida atualmente como a Lei Paulo Delgado 10.216/01. No entanto no decorrer dos anos 90 que a Política de Saúde Mental Começa a ter maiores investimentos, onde a portaria 336/99 que regulamente os Centros de Atenção Psicossocial passa a ser vista com amplitude nacional.

A desconstrução do manicômio causa a necessidade de se reinventar não só a psiquiatria, mas também no âmbito social, reinventando a sociedade contemporânea.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou consideravelmente a respeito de investimento para a desinstitucionalização. Porém, ainda se fazem necessárias muitas ações

para estar sempre reafirmando esse movimento para que não ocorra um retrocesso no âmbito da Política em Saúde Mental.

O processo de desinstitucionalização no Brasil no sofreu alguns ataques no decorrer de seu processo, por conta de toda conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, este processo vem apresentando ao longo dos últimos anos um recuo que mostra quão frágil é a articulação política e a de mobilização social.

É na década de 1990 que a proposta de Reforma Sanitária encontra na “contrarreforma” do país o grande entrave para a implementação, os cidadãos conquistaram o direito da participação social. Conforme Bravo & Correia:

“[...] A atribuição de poder às comunidades também significa que elas devem aprender a distribuir e utilizar racionalmente os recursos. [...] A cobrança tanto direta como através de impostos locais, é um instrumento essencial para fixação de prioridades. [...] o fim de um modelo político paternalista e centralizado abre caminho para respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e, individualmente, pelo cidadão” (BRAVO & CORREIA, 2012 p. 131).

A participação da sociedade posta de acordo com o Estado, a participação da sociedade na elaboração, monitoramento e avaliação das políticas de saúde é também um importante mecanismo de aperfeiçoamento desses serviços prestado, é através da mobilização social que o Conselho de Saúde tem o retorno dos serviços prestado pelo Estado.

Em 1992 é aprovada a lei nº 8.142/90 que possibilita a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nesta época surgem algumas reivindicações foram atendidas como: o fortalecimento da Política nacional de Humanização do SUS, expandindo para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Criação, e institucionalizar comissões intersetoriais para fortalecer a integração entre o SUS, o SUAS e o FNDE, visando impulsionar o desenvolvimento de políticas intersetoriais que garantam a sustentabilidade dos setores.

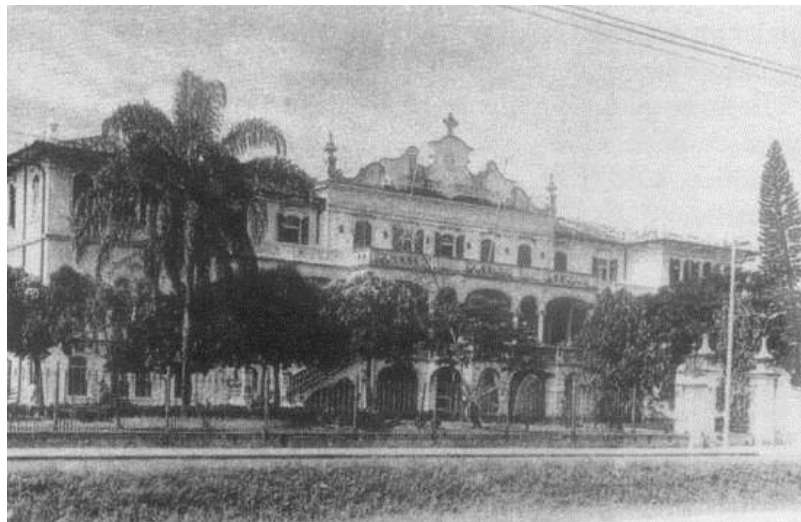
O processo de desinstitucionalização no Brasil, atualmente vem sofrendo alguns ataques no decorrer de seu processo, por conta de toda a conjuntura política de desmobilização dos movimentos sociais, este processo vem apresentando ao longo dos últimos anos recuo que mostra quão frágil é a articulação política e a de mobilização social.

Portanto a Reforma Psiquiátrica modificou o cenário na área da saúde, melhorando a qualidade do atendimento dos usuários, expandindo espaços para o tratamento dos usuários da Política de Saúde Mental no âmbito nacional.

2.2. A Historicidade da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul

A psiquiatria no estado do Rio Grande do sul tem início em 1884, com a inauguração do Hospital São Pedro (figura 1), localizado na capital, cidade de Porto Alegre, os indivíduos que apresentassem sinais ou conduta que apresentavam “tranquilos” ou “agitados” era um dos critérios que definiam o local de internação dessas pessoas.

Figura 1. Hospital São Pedro



Fonte: <http://www.saude.rs.gov.br>

O projeto de construção do Hospício fez parte do processo de “saneamento social” da cidade, deslocando para o subúrbio todos os que tivessem desvio de conduta, ou apresentassem sinais de “anormalidade” eram encaminhados para instituições e dela nunca saiam. Neste cenário de “racionalidade” que a “loucura” foi considerada uma “ameaça”, devendo ser “silenciada” e “isolada” através do encarceramento físico, longe do espaço público.

No ano de 1924 tem início o serviço de “profilaxia” mental que consistia na assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e de outras cidades vizinhas. Segundo Barros:

A reforma psiquiátrica pressupõe, [...] não somente pela humanização das relações entre os sujeitos nas instituições que venham substituir o asilo, mas pela mudança na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos[...] pelo desenvolvimento de outras culturas e outros lugares sociais, onde se tolere com ética e solidariedade a diversidade da loucura. (BARROS, 2002, p. 05).

No ano de 1931 abre na cidade de Pelotas o “Sanatório Henrique Roxo” que mais tarde ficou conhecido como clinica Olivé Leite.

Foi a partir da Década de 50, que tem início no Rio Grande do Sul a “Reforma Psiquiátrica”, sendo introduzido ao tratamento dos doentes os “antibióticos” e dos “psicofármacos”, ocorrendo diversas mudanças no contexto das internações em hospitais psiquiátricos.

A partir de 1960 o hospital São Pedro Passa a ser considerado como referência para “doenças mentais”, tendo 5.500 internações, assim iniciando o processo de reforma institucional, ampliando a “praxiterapia” e organização do tratamento “socioterapia”. Nos anos seguintes cresce a participação de outros profissionais na equipe de atendimento hospitalar. Em 1964, uma comunidade de 86 “Irmãs” se dedicava aos cuidados dos indivíduos pobres, “abandonados” socialmente serviços exigidos em uma instituição psiquiátrica, humanizando e dignificando as relações.

Com a atuação de uma equipe multidisciplinar em uma perspectiva social e familiar tendo uma concepção psiquiátrica desenvolva, do modelo de “comunidade terapêutica”, contribuindo para a eficácia no tratamento dos pacientes.

Nos anos 70 a Reforma Psiquiátrica ganha mais força no estado do Rio Grande do Sul, a setorização do atendimento simultaneamente ao plano de interiorização, promovido pela Secretaria de Saúde do estado, ampliou o serviço com novos leitos em hospitais privados no interior, na localização de familiares pelos profissionais de serviço social, implantação de programas de inserção social e na capacitação de todos os profissionais da área da saúde.

Ao longo da década de 80, o estado sugere a extinção dos hospitais psiquiátricos, mesmo em um cenário de escassez de recursos e deterioração gradativa do serviço de rede comunitária.

Durante os anos 90 ocorre o “movimento” que ficou conhecido como “desinstitucionalização”, dos pacientes do Hospital São Pedro, baseado nas experiências internacionais de novos modelos de assistência ao doente mental, através da Portaria nº 224 do Ministério da Saúde, que dispõem diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental.

Os medicamentos utilizados desde então permitiram que os doentes mentais saíssem dos hospitais para as comunidades e se integrassem novamente ao convívio de suas famílias

Apesar da utilização das mais avançadas técnicas terapêuticas da época, como a “malarioterapia”, o tratamento moral, os “barbitúricos”, a “insulinoterapia”, a “convulsoterapia”, a “eletroconvulsoterapia”, bem como a “laborterapia” e a “praxiterapia”, as internações multiplicavam-se, e a superpopulação e o gigantismo tornaram-se um problema de difícil solução para o Hospital São Pedro. Foi a partir de 1990 que começa a mobilização do “movimento Antimanicomial”, Conforme a Lei Estadual nº 9716/92:

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. [...]tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais (Brasil, nº 9. 716/92).

A lei determina a criação de variados “serviços assistenciais de atenção sanitária” e “social”, a lei ficou conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica e de proteção aos indivíduos que sofrem de algum tipo de “transtorno mental”. Esta política está em vigor até os dias atuais, implantada por todas as instituições psiquiátricas do Rio Grande do Sul.

Em 2001 a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, cria o “Guia de Saúde Mental”, que propõe uma rede de atenção à saúde mental, composta pela “Atenção Básica” em Saúde mental, (posto de saúde) como referência, desenvolvendo ações com o objetivo de promoção da prevenção ao suicídio, do tratamento e da reabilitação realizados por médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, técnico em enfermagem, Programa de Saúde da Família (PSF), entre outros.

É essencial destacar a função atribuída aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os hospitais-dia, (UPA, PA) segundo o “Guia da Saúde da Mental” da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul.

2.3. A Historicidade da Política de Saúde Mental no Município de Santa Maria /RS

Na cidade de Santa Maria não há registros de nenhum tipo de assistência institucionalizada e pública ao doente mental até meados de 1956. Sabe-se que os indivíduos

que eram considerados como “loucos” conviviam em meio à população e quando apresentavam comportamentos considerados como incomuns eram levados ao presídio local ou encaminhados para instituições asilares, no município de Santa Maria eram levados para o Lar das Vovozinhas, que desde sua fundação em 1946, abrigava além de idosos e indigentes também aqueles indivíduos vistos como “doente mental”.

Pelos registros do Município de Santa Maria (RS) em 1956, foi contratada a primeira assistente social para realizar uma triagem, para verificar a situação das pessoas que se encontravam institucionalizadas, no qual os indivíduos que apresentassem algum indicio de doença mental, eram encaminhados para o Hospital São Pedro, localizado em Porto Alegre.

No ano de 1957 chega o primeiro médico Psiquiatra à cidade, iniciando os atendimentos aos doentes mentais, onde os que foram diagnosticados com algum transtorno mental foram sendo encaminhados para internação no hospital local Casa de Saúde da Rede Ferroviária. Em 1960 por necessidade de estagiários para a Faculdade de Medicina, iniciou-se nos porões do Hospital de Caridade um serviço de ambulatório para atender os doentes mentais.

Em 1968 foi inaugurado o primeiro ambulatório publico em que eram atendidos os doentes mentais e também os tuberculosos, leprosos e portadores de doença venérea. A partir do ano 1969 através de um convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Universidade Federal de Santa Maria foi criado o Centro Comunitário, que era uma união entre o Ambulatório de Saúde Mental e a Faculdade de Medicina em Camobi.

No final do ano 1982, o Hospital Geral da Universidade Federal de Santa Maria, que funcionava na Rua Floriano Peixoto, foi transferido para o Campus, o hospital psiquiátrico que já estava em funcionamento em Camobi, passa a fazer parte dele como setor, perdendo a autonomia que tinha.

Foi a partir de 06 de abril de 2001, é sancionado pelo Presidente da Republica a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

Atualmente o município de Santa Maria/RS, apresenta um plano municipal de Saúde, que está embasado de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual está associação de diversas leis, com ênfase as Leis Federais 8.080/1990, 8.142/1990 e decreto nº7. 508/2011, etc.

No município de Santa Maria atualmente existe alguns serviços voltados para a Saúde Mental, tais como: Acolhe Saúde o projeto foi criado para atender vítimas da tragédia da boate Kiss no ano 2013, Policlínica Nossa Senhora do Rosário. Centros de Atenção Psicossocial atende pessoas com todo tipo de transtornos psiquiátricos, tem atendimentos com psicólogo e psiquiatra, CAPS II Prado Veppo (figura 2), atende pessoas adultas com transtornos mentais graves e moderados, CAPS Ad II Caminhos do Sol, atende pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, CAPS Ad II Cia do Recomeço, atende pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, CAPSi II - O Equilibrista atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, o que diferencia os CAPS são o publico alvo.

Figura 2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo



Fonte: <https://www.santamaria.rs.gov.br>.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento que sistematiza o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual.

Atualmente o serviço municipal está estruturado em quatro departamentos, sendo o primeiro Órgão Deliberativo, que é o Conselho Municipal de Saúde que foi criado em 1991,

pela Lei Municipal nº 3.355, de 19/09/91 e modificado pela Lei Municipal nº 3.871/95, de 10/04/95.

O Conselho é constituído atualmente por 53 membros titulares, que se reúnem quinzenalmente em reuniões ordinárias, e extraordinariamente, sempre que necessário, o segundo órgão de gestão municipal, Secretaria de Município da Saúde que foi criada em 1990, pela Lei Municipal nº 3.266/90, está estruturada conforme as seguintes leis: Lei nº 3.497/92, Lei Municipal nº 4.021/96 Lei Municipal nº 4.239/99.

A terceira é o Organograma Estrutural da Secretária de Município da Saúde do Decreto executivo nº. 077/2009, que Regulamenta a estrutura organizacional e funcionamento da Secretaria de Município da Saúde, conforme, art. 7º, Lei Municipal nº5189/2009, esta estruturado em Gabinete do Secretário, Secretário Adjunto, Assessorias, Superintendência de Atenção Básica em Saúde, Superintendência de Serviços de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Gerência Administrativa Setorial.

A quarta é a Gestão do Município conforme a resolução Nº. 555/12- CIB/RS, que altera a configuração de regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Inter gestores Regionais. O Município está inserido na 1ª Região de Saúde, a qual pertence a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os serviços de saúde do Município distribuem-se em Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Tradicionais, Estratégias de Saúde da Família (ESF), Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e em Serviços Especializados e Complementares, em Hospitais, em Pronto Atendimento Infantil e Adulto e em Serviço de Vigilância à Saúde, além do SAMU E UPA que são terceirizadas pela SEFAS. O próximo item discorrera sobre a inclusão social e seu processo ao longo dos anos do processo de desinstitucionalização.

3. POLÍTICAS SOCIAIS

O presente capítulo apresenta desdobramentos históricos da Inclusão Social, Serviço Social e Políticas Sociais e a última temática deste capítulo é o Serviço Social e a Subjetividade na Saúde Mental.

3.1. A Inclusão Social e seus Desdobramentos Históricos

A inclusão social pode ser entendida como um processo de incluir pessoas consideradas “diferentes”, em espaços sociais, diversificados, possibilitando a elas a vivências no cotidiano em sociedade, de forma igualitária. Onde é de extrema importância que o Assistente Social esteja em busca de garantir aos seus usuários o acesso à informação e discutindo sobre o acesso a direitos fundamentais como sujeito de direito.

A lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência tem o objetivo de assegurar e promover, condições de igualdade, o exercício dos direitos e da liberdade fundamentais ao indivíduo com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadã.

Sassaki (1997) considera que a inclusão social é a maneira pela qual a sociedade se adapta para poder “incluir”, em seus espaços sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, concomitantemente, essas também se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social pode ser compreendida como sendo um processo que contribuiu para a construção de um novo tipo de sociedade, ou novo modo de visualizar a sociedade.

O termo inclusão social é utilizado para designar toda e qualquer política de inserção de pessoas ou grupos excluídos socialmente, portanto, falar de inclusão social é remeter ao seu inverso, a exclusão social. Onde inclusão social perpassa pelo atendimento das necessidades de todas as pessoas que, de alguma forma, são colocadas à margem da sociedade.

Conforme documentos históricos, as das pessoas com transtornos mentais, passaram por diferentes momentos até chegar ao que hoje chamamos de inclusão. Conforme Amaral (1998,) até chegar à inclusão.

“[...] ocorreram movimentos de extermínio, marginalização, confinamento, veneração, temores profundos, omissão, pessimismo, paternalismo exagerado e explícito, paternalismo camuflado, descrédito, segregação, credibilidade, investimento em educação e reabilitação, extermínio novamente, marginalização, pseudo-integração, integração real, luta pela cidadania [...]”. (AMARAL, 1998, p. 21)

Assim, percebe-se que as pessoas com transtornos mentais, passaram por momentos muito difíceis e complicados durante os anos (1970-1990), pois sempre eram maltratados, excluídas e discriminadas pela sociedade entre outras situações desumanas.

As pessoas que fossem diferentes dos padrões considerados “normais” nos meados dos séculos XV eram abandonadas ou mantidas isoladas do resto da sociedade. No século XVI, as pessoas com transtornos mentais não eram aceitas pela igreja, pois eram vistas como um “castigo divino” e acabavam sendo internadas em albergues ou asilos, “onde se protege do raio e da chuva, ganha alguma alimentação e deixa em santa paz a família e a sociedade” (PESSOTTI, 1984, p. 23-24).

Apesar disso, no século XVIII, surgem os primeiros hospitais psiquiátricos que funcionavam como presídios, onde não havia um cuidado ou atendimento especializado para atender as necessidades das pessoas com transtornos mentais. Esse período foi marcado pela segregação onde, “a pessoa com deficiência é que precisa ser curada, tratada, reabilitada, habilitada etc. a fim de ser adequada à sociedade como ela é sem maiores modificações” (SASSAKI, 1997, p. 29). Portanto, nesse período nada deveria ser modificado, visto que as pessoas com transtornos mentais é que deveriam se adequar na sociedade como ela se apresentava.

Em 1948, cria-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde consta que todas as pessoas deveriam ser tratadas com igualdade, e a partir, de então as pessoas com transtornos mentais passam a ter melhores condições de vida, pois começam a ter seus direitos reconhecidos e respeitados perante a sociedade.

No final da década de 60, é que começa então a busca pela integração que tinha por objetivo “inserir as pessoas com deficiência nos sistemas sociais gerais como educação, o trabalho, a família e o lazer” (SASSAKI, 1997, p. 31). Ainda conforme o autor surge dois princípios que ajudam para que a integração aconteça: a normalização e mainstreaming.

Segundo Sassaki:

O princípio da normalização é a ideia de que toda pessoa portadora de deficiência, especialmente aquela portadora de deficiência mental, tem o direito de experienciar um estilo ou padrão de vida que seria comum ou normal à sua própria cultura [...] normalizar estilo ou padrão de vida, mas foi confundido com a noção de “tornar normais às pessoas deficientes. [...] mainstreaming consiste em colocar estudantes com deficiência” em classes comuns, principalmente classes acadêmicas, para finalidades instrucionais (SASSAKI, 1997, p. 31).

A normalização tem como pressuposto de que todo indivíduo “portador” de alguma “deficiência”, principalmente o portador de “deficiência mental” tem o direito ao acesso a estilo de vida igualitário, de qualquer cidadão, padrão de vida considerado “normal”.

Em 1970, acontece a normalização que buscava criar “para as pessoas atendidas em instituições ou segregadas outro modo, ambientes o mais parecido possível com aqueles vivenciados pela população em geral” (SASSAKI, 1997, p. 31). Dessa forma, as pessoas com transtornos mentais, passam a ter as mesmas condições e oportunidades, que as outras pessoas. No final da década de 80 e começo de 90 começa o movimento pela inclusão entendida como:

O processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos (SASSAKI, 1997, p. 41).

Atualmente já se pensa no bem estar do indivíduo que sofre de algum tipo de transtorno mental, leis para auxiliar e beneficiar, na área da educação, saúde entre outras, porém é preciso muito mais do que criar leis, é preciso que elas de fato sejam colocadas em prática e que de fato aconteçam em sociedade.

O movimento pela integração do indivíduo com algum tipo de transtorno mental começou a tomar forma com os movimentos sociais, onde tinha como foco central a inserção social dos indivíduos considerados incapazes de viver em sociedade, foi a partir daí que o cenário na Saúde Mental começa a tomar rumos diferentes, como a inserção das pessoas acometidas de alguma doença mental em ambientes diferenciados tais como associações especializadas para esse público, oficinas de protegidas de trabalho, escolas especiais, CAPS, NAPS, etc...

É necessário se pensar em políticas públicas que incluam as pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental tais leis que buscam a inserção, na área da saúde, educação e nas demais áreas.

A lei 3.657/89 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, ordena sobre a extinção progressiva dos manicômios e pela substituição por outros recursos assistenciais.

A Política Nacional de Humanização (Humana-SUS), que tem como objetivo a valorização do usuário da política de saúde, mudanças no modo de gerir e cuidar.

A ideia de integração surgiu a partir da prática da exclusão social a qual foram submetidas às pessoas com algum tipo de transtorno mental, onde por anos eram vistas como desiguais socialmente.

Os indivíduos que apresentassem algum sinal de deficiência eram excluídos da sociedade, onde eram considerados “inválidos”, sem utilidade para a sociedade. Com a Lei 10.216/01, que tem como objetivo a “reinserção do portador de sofrimento mental em seu território tornou-se norteadora das práticas no campo da saúde mental” (BRASIL, 2004). Tal proposta exige um modo diferente do “tecido social” no lidar com a “loucura”, esta lei está voltada para a reinserção do indivíduo socialmente.

A “re-inserção” e “manutenção” do indivíduo que sofre de algum tipo de transtorno mental em seu “território” local de significados, “afetivos”, onde se pressupõe a criação de laços sociais garantindo a “qualidade de vida”, de “manutenção econômica” e “atividade político” de cidadãos.

É necessário diferenciar a integração social da inclusão social, onde a integração admite exceções, uma vez que se baseia em padrões, requisitos, condições. Já a Inclusão Social ela busca oportunidades iguais para todos, com estratégias diferentes a partir a subjetividade de cada indivíduo. O Processo de Inclusão Social procura contribuir na construção de uma sociedade igualitária, na qual o indivíduo e suas diferenças devem ser aceitas e respeitadas. Conforme Sasaki

A prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação [...] a inclusão é u processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade através de transformações nos ambientes físicos e na mentalidade de todas as pessoas, portanto também do próprio portador de necessidades especiais (SASSAKI, 1997, p. 41-42).

O processo de inclusão deve ocorrer de maneira progressiva, na qual a pessoa portadora de deficiência mental deve ser incluso as atividades de maneira que a sociedade se modifique

para receber o sujeito com suas diferenças, ou seja, a inclusão vem a contribuir para a construção de um novo tipo de sociedade através de pequenas transformações necessárias.

3.2. Serviço Social e Políticas Sociais

O processo de Reforma Psiquiátrica acarreta um conjunto de ações que tem como eixo a desinstitucionalização de pessoas com histórico de longa permanência em instituições psiquiátricas, tendo como objetivo mudanças dos paradigmas de exclusão e segregação por um modelo assistencial baseado no cuidado em liberdade.

A Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem buscado desenvolver uma série de frentes que envolvem desde um tratamento adequado até um plano para a reabilitação psicossocial do indivíduo usuário da Política de Saúde Mental.

Esta rede de atenção de base comunitária é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios, Atenção Básica, leitos em hospitais gerais, entre outros espaços dentro da cidade. A ideia de trabalhar em rede subentende a articulação entre os dispositivos assistenciais e tem como porta de entrada e regulação o CAPS. Conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011:

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas [...] Portaria nº 336/2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); [...] Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. [...] respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas [...] promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde [...] combate a estigmas e preconceitos [...] garantia do acesso e da qualidade dos serviços [...] atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas [...] diversificação das estratégias de cuidado [...] desenvolvimento de atividades no [...], que favoreça a inclusão social, [...] com a promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

Dentro desta perspectiva, a Inclusão Social pelo Trabalho é uma das estratégias do Governo Federal para a Reabilitação Psicossocial de pessoas que sofrem de transtornos mentais. A Lei nº. 9.867, de 10 de novembro de 1999, dispõem sobre a criação e o funcionamento de “Cooperativas Sociais”, visando à integração social daqueles que estão em desvantagem no mercado econômico e a nº. 10.216, de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Conforme Brasil:

A economia solidária nasce efetivamente com uma proposta de inclusão social, mas não de inclusão social no capitalismo [...] A economia solidária vem de uma ideia de que uma cooperativa, para começar é uma associação de pessoas que têm os mesmos direitos sobre a atividade coletiva de que participam [...] Por isso, a economia solidária está sendo vista, sobretudo no Brasil, como sendo uma via de inclusão social para os excluídos (BRASIL, 2006, p.19-20).

A proposta de Inclusão Social pelo Trabalho em Saúde Mental é fruto da parceria da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental tem como norte o cuidado em liberdade e que o modelo de tratamento centrado no manicômio está sendo substituído por uma rede de atenção de base comunitária (Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios, Atenção Básica, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, entre outros espaços dentro da cidade).

A inclusão e a cidadania podem ser visto como processos idealizados pela categoria profissional a ser concretizado socialmente, mas, por outro lado, também são considerados como processos que está em construção de alguma forma para reverter ou amenizar os efeitos provocados pelos processos de exclusão social, que de fato representa a recusa da cidadania.

Esses processos requer um olhar diferenciado para reverter pontos contraditórios que ainda permeiam a inclusão, é preciso pensar na diminuição da desigualdade, na consumação de direitos, em justiça social e no acesso a bens e serviços. É responsabilidade do poder público do Estado propiciar a inclusão social, e devem ocorrer a partir de ações governamentais, projetos estatais que são primordiais para o desenvolvimento da cidadania.

A função da inclusão social pode ser compreendida como a possibilidade de enfrentamento da situação de exclusão por meio da implementação de políticas sociais, dentro das políticas de inclusão podemos citar a Assistência Social, onde os usuários que se encontram em vulnerabilidade social, econômica, civil poderão ter acesso a serviços e bens.

Yazbek (2004) considera que como política estratégica de inclusão a Assistência Social, tem como princípio contribuir para a melhoria das condições de vida dos sujeitos, definindo a garantia dos direitos daqueles que enfrentam processos de exclusão social e expansão da cidadania para a classe trabalhadora, principalmente aos que não têm inserção formal no mercado de trabalho. Conforme LOAS, “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos

sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais” (LOAS, Cap.1, Art. 2º, Parágrafo único, 1993).

As pessoas com transtorno mental representam uma parcela da população potencialmente vulnerável a se encontrar em estado de pobreza, mas também pela estrutura histórica de nosso país marcada pela concentração de renda e desigualdades sociais.

Desigualdades que se expressam no acesso à saúde, à educação, à cultura e desigualdade de oportunidades, tornando os sujeitos e acabam por revelar uma trajetória de vida sem oportunidades e, conseqüentemente excluídos socialmente. Segundo Pochmann:

A partir dessa mudança de enfoque, não se trata mais de resgatar os “desviantes” ou “incapacitados”, mas de lutar por formas dignas de inclusão social para o conjunto da população. [...] Uma política realmente cidadã deve procurar “excluí-los da precariedade”, protegendo-os do mundo abjeto do ganho e do lucro imediato e possibilitando o desenvolvimento de suas criatividade e potencialidades (POCHMANN, 2004. p.40).

As ações de inclusão Social devem assegurar “mecanismos” que resgatem no usuário sua condição de sujeitos “social”. Essas ações devem ter como objetivo prevenir o isolamento e assegurar a participação e a convivência na vida cotidiana em comunidades e na sociedade, podendo desenvolver atividades produtivas que possibilitem a contribuição social, empoderando o usuário da Saúde Mental.

3.3. Serviço Social e Subjetividade na Saúde Mental

É necessário que o assistente social siga os princípios do Código de Ética (1993) entre eles, buscando assim a cidadania dos usuários, lutando contra o estigma social e os preconceitos que se perpetuam na vida dos usuários do CAPS. Desta forma é essencial que o assistente social esteja trabalhando o sujeito em sua subjetividade, pois tem suas particularidades individuais, mas também deve ser considerado a sua totalidade como indivíduo social.

O assistente social deve estar em busca do uso dos fundamentos da profissão com as três dimensões da profissão, Teórico-Methodológica, Ético-Político e Técnico Operativo compreendendo que elas se constituem em diferentes níveis de apreensão da realidade da profissional dentro da instituição. Analisando as particularidades dessas dimensões, no qual a dimensão teórico-metodológica fornece ao profissional uma leitura dos processos sociais, de

compreensão do significado social da ação, uma explicação da dinâmica da "vida social" na sociedade capitalista. A dimensão ético-política envolve o projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. A dimensão técnico-operativa, é a execução da ação que se planejou, tendo por base os "valores", as finalidades e a análise do real. Conforme ABEPSS:

A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7).

Portanto podemos entender essas dimensões sendo constitutivas do Serviço Social, tendo a intenção, ou direcionamentos profissionais escolhidos pela categoria, ao longo da construção sócio histórica da profissão.

O Serviço Social tem apropriação da teoria social Marxista, na qual a análise social de Marx se baseia das transformações que foram tomando direcionamento social, econômico, político, etc.

Para Marx (1973) a subjetividade não pode ser entendida como sendo um simples reflexo das determinações da base econômica, mas sendo um componente inseparável dos processos de formação da vida humana.

Para entender a Subjetividade na Saúde Mental o profissional de Serviço Social na Saúde Mental trabalha como dois conceitos de Subjetividade, o Marxista e o conceito geral de Subjetividade como conta acima.

A subjetividade humana em Max entende-se como não autônoma, sendo abstrata, sendo construída no convívio social, a importância da presença da subjetividade na construção, na transformação, na apreensão e na interpretação cognitiva do real, da realidade. Conforme Marx:

Os homens são os produtores de suas representações, de suas ideias etc., mas os homens reais, ativos, como eles são condicionados por um desenvolvimento determinado de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a eles corresponde até chegar às suas formações mais amplas. A consciência nunca pode ser outra coisa senão o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo real de vida. Se em toda ideologia os homens e suas relações aparecem de cabeça para baixo como numa câmara obscura, é porque este fenômeno deriva do seu processo histórico de vida, da mesma maneira que a inversão dos objetos na retina deriva imediatamente do seu processo físico de vida (MARX, 1958, p.26).

Desta forma o Subjetivismo pode ser trabalhado com a totalidade, a vivência do usuário em sociedade e sua formação como ser social, ou pode ser em sua subjetividade como indivíduo que tem anseios distintos dos demais. Para Marx a subjetividade não é uma “instância” própria, autônoma do sujeito, abstrata, nem imposta naturalmente, dada imediatamente ao indivíduo, mas sim construída socialmente, produzida numa dada formação social.

4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Este capítulo apresenta o projeto de intervenção durante o período de estágio curricular obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo, analisando as formas utilizadas para aplicar-se as demandas trazidas pelos usuários do serviço de saúde mental e, a partir daí, delinear a melhor forma de intervir na realidade social desses sujeitos.

4.1. Trabalho do Serviço Social no Centro Psicossocial (CAPSII) Prado Veppo

O CAPS é o principal agente direcionador das Políticas de Saúde Mental, integrando assim os demais Serviços que compõem a rede de apoio aos usuários e familiares, promovendo a cidadania e desenvolvendo a autonomia do sujeito.

A assistente social da instituição busca estar trabalhando com os usuários sobre as políticas sociais e como acessá-las encaminhando para perícias e dando o suporte para que o sujeito possa estar garantindo os seus direitos dentro e fora da instituição. A profissional de Serviço Social do CAPS realiza visita domiciliares, dando suporte para os familiares quando necessário, desta forma resgatando e fortalecendo os vínculos entre usuários e familiares com a instituição.

Há necessidade de se fazer articulação entre a teoria/prática para desvendar o conhecimento da realidade em que se vai intervir e, assim, poder contribuir para a viabilização de respostas as demandas dos usuários. No que tange a particularidade do trabalho nos CAPS, os prontuários dos usuários constituem-se fundamentais para a sistematização de informações sobre os mesmos para subsidiar o planejamento das ações.

A apreensão constitui-se como a “dimensão diagnóstica social” presente no trabalho do assistente social, ela é a competência essencial para que o profissional possa compreender a realidade social em sua sucessiva aproximação com as expressões da questão social. A apreensão faz parte da instrumentalidade, pois esta abarca tanto os procedimentos técnicos como as estratégias articuladas junto às mediações teóricas.

Neste contexto a instrumentalidade é a ferramenta que o/a assistente social utiliza para intervir no cotidiano do indivíduo de forma efetiva. Segundo Guerra:

[...] toda ação desencadeada no processo de trabalho possui uma instrumentalidade, a qual possibilita a efetivação e concretização de resultados, para os quais os homens se utilizam de dois mecanismos: razão e vontade na escolha, criação, utilização ou aperfeiçoamento das condições, dos meios, dos instrumentos mais adequados ao alcance das finalidades, isso não ocorrem sem a orientação de valores e princípios ético-políticos claro, que direcionam as escolhas e definição de (GUERRA, 2004, p. 115).

A utilização dos instrumentais no cotidiano da prática profissional do/a assistente social é um fator preponderante que permite expandir a abordagem ao usuário da política de Saúde Mental, dentre os instrumentais utilizados pela assistente social do CAPS II Prado Veppo se destaca o “acolhimento”, pois ele é o primeiro contato que o profissional tem com o usuário, quando ingressa ao serviço através de procura “espontânea” ou por “encaminhamento de profissionais” ou “instituições”, é conhecido como, o atendimento primário, que é realizado por uma equipe de multiprofissionais da instituição, que irá realizar a “triagem”, conhecida como acolhimento e o “reacolhimento” e quando o usuário esta reingressando à instituição.

No Centro de Atenção Psicossocial é realizado a “visita Domiciliar” que é um dos instrumentais que o profissional da área da saúde pode estar a realizar, a “visita” é realizada quando há necessidade de conhecer mais o “usuário”, ou quando existe dificuldade de comunicação entre a “instituição” e a “família”, oportunizando a equipe um contato maior com a realidade do “usuário”.

O profissional pode estar utilizando os instrumentais como recurso para se aproximar do usuário de forma passiva, onde estará ganhando a confiança do sujeito, nestes casos é utilizados a “ambiência” e a “escuta sensível”, essas duas ferramentas ajudam o profissional a estar conhecendo o “usuário” de forma que não invada o espaço do mesmo, o assistente social que realiza a escuta sensível não julga, não mede, não compara, ele compreende sem interferir ou identificar as opiniões do outro.

Desta forma a instrumentalidade faz referencia a instrumentalização técnica do assistente social, no qual o profissional utiliza para estar intervindo no cotidiano do individuo na instituição em que trabalha. É necessário que o profissional tenha claro as dimensões fundamentais da profissão para que possa estar fazendo uso dos instrumentais de forma adequada.

4.2. As Expressões da Questão Social identificadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo

O Serviço Social como área profissional, é produto de uma relação desigual entre as classes sociais, os serviços na instituição destinado a pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e moderados, que experimentam a pobreza e suas consequências, desta forma o profissional enfrenta diariamente as expressões da questão social.

O assistente social confronta as expressões da questão social que são trazidas pelo sujeito, mas que muitas vezes, não podem ser percebidas em sua imediatividade. Na instituição CAPS o profissional trabalha diariamente com as expressões da questão social, pois é uma categoria que expressa à contradição encontrada em nossa sociedade e pelos usuários da Política de Saúde Mental.

É indiscutível a inserção as intervenções do Serviço Social no âmbito das desigualdades sociais dentro da instituição, buscando amenizar as questões trazidas pelos usuários, partindo do pressuposto de que o objeto é o que demonstra, como especificidade profissional. Portanto, definir como objeto profissional a questão social não estabelece a especificidade profissional. Conforme Faleiros:

“[...] a expressão da questão social é tomada de forma muito genérica, embora seja usada para definir uma particularidade profissional. Se for entendida como sendo as contradições do processo de acumulação capitalista, seria, por sua vez, contraditório coloca-la como objeto particular de uma profissão determinada, já que se refere a relações impossíveis de serem tratadas profissionalmente, através de estratégias institucionais/relacionais próprias do próprio desenvolvimento das práticas do Serviço Social. Se forem as manifestações dessas contradições o objeto profissional, é preciso também qualificá-las para não colocar em pauta toda a heterogeneidade de situações que, segundo Netto, caracteriza, justamente, o Serviço Social” (FALEIROS, 1997, p.37).

O assistente social tem como objeto de análise as expressões da “questão social”, sendo o Serviço Social uma profissão legitimada socialmente, ou seja, tem uma função social, estudando necessidades do “homem”, em sua totalidade social. Desta forma, o assistente social intervém nas mais variadas expressões da questão social, tais como os indivíduos as experimentam no cotidiano, na família, na saúde no convívio em sociedade, etc.

Desta forma o Serviço Social tem como “base” de fundação sócio-histórico da profissão, no qual é de fundamental importância ter claramente as dimensões da prática profissionais, para amenizar a estigmatização que existe com os usuário da Política de Saúde

Mental. A categoria profissional e as suas estratégias de ação dentro do Centro de Atenção Psicossocial são construções a partir das suas dimensões teórico metodológico, ético-político e a técnico-operativa.

A “questão social” tem como base de fundação “sócio-histórica” da profissão no qual é de fundamental importância ter claramente as dimensões da prática profissional como trabalho e o exercício profissional inscrito em um processo de trabalho. Desta maneira cria-se um espaço sócio-ocupacional ocupado por muitos profissionais, o assistente social passa a atuar no sentido de minimizar as expressões da questão social. Conforme Yamamoto:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais (IAMAMOTO, 1998, p.28).

A questão social em suas muitas expressões, que gera a necessidade da ação do profissional de Serviço Social, sendo primordial que se conheça a realidade social do indivíduo em questão. O/a assistente social tem a “práxis” nas mais variadas expressões da questão social, tais como os indivíduos as experimentam no ambiente em que vivem.

A Saúde Mental em uma perspectiva social tornam-se importante o conhecimento multidisciplinar de práticas complementares e interdisciplinares. Neste sentido o Serviço Social possui um lugar nessa área que, articula com as demais áreas de “saber psi”, permitindo desta forma obter um olhar integral do “sujeito social”.

O profissional de Serviço Social, que atua na Saúde Mental além de vivenciar em seu cotidiano com as variadas expressões da questão social, tem o desafio diário de estar em busca de novos “métodos” para estar inserindo no seu fazer profissional.

O cenário atual pede um profissional qualificado, que tenha um olhar crítico da realidade, que tenha atitude investigativa, ampliando seu conhecimento para áreas de atuação diversificadas.

4.3. A Dimensão Socioeducativa como instrumentalidade para o Empoderamento do Usuário

O/a Assistente Social deve estar trabalhando com instrumentais que facilitem a comunicação com o usuário, o fazer profissional na saúde mental é muito amplo, isto faz com que o profissional, esteja sempre se renovando e é fundamental se trabalhar com profissionais de outras áreas para poder agregar conhecimentos diversificados, um dos recursos muito utilizado em CAPS é a dimensão socioeducativa, que visa estar levando informações, conhecimento ao indivíduo, se baseando no conhecimento da realidade do usuário, gerando assim o tipo de intervenção a ser trabalhada sempre priorizando a ação socioeducativa visando o empoderamento do usuário da Saúde Mental.

Segundo Sasaki pode-se entender por empoderamento:

[...] processo pelo qual uma pessoa, ou grupo de pessoas, usa o seu poder pessoal inerente à sua condição. [...] “ação social” coletiva de participar socialmente, de forma efetiva, não permitindo que a desigualdade, influencia em sua vida no convívio social, no qual visa potencializar a conscientização sobre os direitos sociais e civis. Esta consciência possibilita a aquisição do empoderamento individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social do indivíduo (SASSAKI, 1997, p. 39).

O empoderamento é a ideia de dar ao indivíduo ou grupo o “poder” de decisão, possibilitando ao sujeito, meios necessários para que reivindique políticas públicas que o beneficie.

O Serviço Social é uma profissão que trabalha no sentido “educativo” de revolucionar consciências, de possibilitar novas discussões, de trabalhar as relações interpessoais e grupais, onde a intervenção do profissional é uma atividade veiculadora de informações. Na área da saúde mental o campo educacional torna-se para o profissional mais um instrumental que ele poderá estar utilizando para colaborar com o tratamento do usuário.

A dimensão socioeducativa se fortalece na proporção em que o projeto ético-político se materializa no meio da categoria profissional e se espalha pelo uso dos assistentes sociais, fortificando os projetos societários que estão voltados para a transformação social. Tendo em vista que a educação popular contribuirá com as propostas do projeto ético-político, favorecendo e qualificando a intervenção profissional.

5. ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) PRADO VEPPPO

Este capítulo apresenta o projeto de intervenção durante o período de estágio curricular obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) Prado Veppo, analisando as formas utilizadas para aplicar-se as demandas trazidas pelos usuários do serviço de saúde mental e, a partir daí, delinear a melhor forma de intervir na realidade social desses sujeitos.

5.1. Projeto de Intervenção em seu Processo de Construção

A primeira etapa do estagio colaborou para o amadurecimento para a abordagem junto com os usuários, a equipe institucional apresentou um trabalho consistente e com bons resultados, facilitando a integração à rotina de todos, nessa fase o projeto estava em processo de construção, necessitando de reajustes que ao longo do semestre foi possível estar realizando.

A segunda etapa do estágio ocorreu em 2018 no oitavo semestre da graduação, onde o projeto foi aplicado colocando em pratica todo o arcabouço teórico-metodológico que foi adquirido ao longo da graduação. O projeto teve alguns contra tempos, devido às atividades dos usuários serem no mesmo horário do grupo, mas foi resolvido com diálogo e ajustes.

Foi preciso uma reunião com a residente de Serviço Social responsável pelo grupo ao qual eu fui inserida no semestre anterior, para ver quando eu iria começar a aplicar o projeto de intervenção, então foi acordado que as quartas-feiras eu iria ficar com o grupo para aplicar o projeto de intervenção.

Um dos desafios ocorridos na execução do projeto de intervenção foi que a dispersão dos usuários, tendo dificuldade de ficar no grupo, ou se manter acordado pelo uso dos medicamentos, as atividades do projeto estavam programadas para serem aplicadas em oito encontros, mas devido aos horários dos usuários o projeto teve que ser reajustado para ocorrer em cinco encontros.

O objetivo geral do projeto de intervenção foi fazer com que os usuários conhecessem e se apropriassem dos direitos a eles destinados, conhecendo espaços culturais, colaborando para a sua autonomia como cidadão.

O projeto contou com a participação de treze usuários, participantes do projeto da Radio Universidade 800 AM “De Perto Ninguém é Normal”, devido o numero de participantes foi preciso focar mais em “dinâmicas” do que “textos históricos” para a elaboração dos poemas. O projeto de intervenção se realizou em encontros quinzenais, as atividades teve que ser reajustadas conforme a singularidade do sujeito. Dentre os usuários que participaram do projeto apenas um não era alfabetizado, tendo mais dificuldades para participar do grupo. Segundo Mione:

[...] os veículos de comunicação social-especialmente a mídia rádio- constituem espaços públicos de mediação, de divulgação de direitos e deveres sociais, de cultura, educação, mesmo que façam parte do setor privado, com função pública [...] refletir sobre o processo de comunicação no exercício profissional do assistente social deve. Portanto, se constituir num ponto importante de análise e de intervenção junto às diversas expressões da “questão social”, elevadas regularmente à condição de matérias midiáticas, no cotidiano da vida social das diversas cidades e do país (MIONE, 2011, p.228).

A comunicação pode ser utilizada como um veículo para os usuários da política da saúde mental, serem inseridos socialmente, de forma a colaborar para com o tratamento, efetivando a participação social.

Foram elaborados três acrostico (anexo), sobre inclusão social deixando os usuários livres para estar assim, colocando a criatividade e seus sentimentos, e sete poemas sobre suas vivências e temas aleatórios, devido à dispersão de atenção dos participantes ao longo dessa uma hora que o projeto se realizou, aplicou se dinâmicas que possibilitou a participação de todos.

Dessa maneira geral, o projeto teve resultados positivos, empoderando o participante, tornando viável a autonomia dos participantes, possibilitando mais entendimento dos direitos e papel como sujeito de direito. Necessitou a abordagem da lei nº 10,216 de 6 de Abril 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionando ao modelo assistencial em saúde mental, inserindo a temática inclusão social, para poder ser trabalhado a forma de minimizar a exclusão, no cotidiano, estimulando assim o empoderamento de cada participante do grupo, conforme sua singularidade.

Conforme Art.3º da lei nº 10.216:

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, p.18).

Então, a partir destes pressupostos, abordar com o grupo da “rádio” pontos principais sobre a lei de inclusão social (Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015) através de elaboração de poesias, deixando assim a temática mais acessível de ser trabalhado com o grupo.

Tencionou-se um projeto que abarcasse a necessidade de se sentir incluso socialmente, tornando a temática inclusão social de fácil compreensão foi o desafio lançado, pois a demandas advindas dos usuários necessitava ser abordada com cuidado sempre focando na subjetividade do indivíduo, desta forma a melhor atividade a ser aplicada com o grupo foram às atividades lúdicas que, contribuíssem para o conhecimento e conscientização acerca da Inclusão Social. Segundo Mione a “comunicação” é um recurso de incluir o indivíduo à informação:

[...] a comunicação é mais do que direito à informação e liberdade de expressão: é o direito de produzir e veicular informação, de possuir condições técnicas e materiais para dizer e ser ouvido, ser protagonista de um sistema de comunicação plural [...] Ao Serviço Social cabe cotejar estes avanços na compreensão do direito à comunicação com suas estratégias de comunicação e com a Política Nacional de Comunicação do Conjunto (CFESS, 2001) que envolve o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Serviço Social (Conjunto CFESS/CRESS), buscando ainda que neste espaço contraditório e adverso conjunturalmente, fortalecer a visão do assistente social como profissional que atua para viabilizar acesso aos direitos, aprimorando a políticas e ações já desenvolvidas neste sentido (MIONE, 2011, p.97, 99).

Desta maneira podemos compreender a comunicação como um instrumento de liberdade de expressão para o usuário, onde poderá expor suas ideias e sentimentos, no qual o profissional poderá estar usando para o desenvolvimento do tratamento do indivíduo.

Realizou-se um trabalho com poesias, onde os usuários elaboraram a partir da temática Inclusão social. Podemos considerar a poesia como um gênero literário caracterizado pela composição em versos estruturados de forma harmoniosa. É uma manifestação de beleza e estética retratada pelo poeta em forma de palavras.

Desta forma aplicaram-se dinâmicas a partir da temática inclusão social, tornando a questão social, fácil de ser compreendida por todos os participantes do grupo, possibilitando a todos os participantes o acesso à informação e conhecimentos, assim expondo suas vivencias, sem maiores conflitos internos. Segundo Iamamoto:

Tomando como ponto de partida a definição de “questão social”, esta pode ser apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO apud LEITE; BRITO, 2000, p.01).

Entretanto, é necessário lembrar que a “questão social” não é somente desigualdade e antagonismos; também é rebeldia e resistência. Isso significa que, como totalidade contraditória, deve ser considerada em uma dupla dimensão: como expressão das desigualdades e antagonismos sociais (pobreza, desemprego, exclusão, miséria etc.) e, ao mesmo tempo, como forma de pressão social (movimentos sociais, organização sindical etc.). Neste sentido, a atenção à “questão social” na sociedade capitalista vem sendo pensada como uma forma de regular os conflitos com a intenção de obter a legitimação da ordem e o consenso social, dando respostas a algumas das reivindicações dos setores subalternos que possam colocar em perigo a ordem capitalista e a necessária coesão social.

5.2. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: Trabalhando a Inclusão Social com os Usuários do CAPS Prado Veppo para o Empoderamento

O CAPS Prado Veppo é do tipo II devem atender cidades com população entre 70.000 a 200.000 habitantes e, além de apresentar as características dos CAPS I, têm como particularidade o atendimento em dois turnos, durante os dias úteis, conforme portaria nº336, art. 1º de 19 de fevereiro de 2002, estabelecer que 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.

O CAPS II Prado Veppo, é uma instituição que visa ao atendimento de pessoas adultas que sofre de Transtornos Mentais Graves e persistentes e está localizado na Avenida Hélio Basso, minha inserção na instituição enquanto acadêmica de Serviço Social ocorreu em duas etapas, estagio I e II, onde o estagio I ocorreu no segundo semestre do ano de 2017 e o estagio II no primeiro semestre do ano de 2018.

Durante o estagio I foram realizadas ambiências na instituição, no qual foi observada a rotina dos profissionais e usuários da instituição e, posteriormente, o estágio II a aplicação do projeto de intervenção.

O CAPS II Prado Veppo foi criado no ano 2002 e possui aproximadamente 1.400 usuários referenciados no serviço, caracterizando uma média de 80 usuários por dia.

A instituição tem como foco principal a reinserção do usuário, fugindo do modelo sintomático, oferecendo diferentes tipos de atividades, tais como grupos terapêuticos,

psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, grupo de familiares.

O CAPS possui espaço para grupos, assembleias, oficinas e um amplo espaço para integração dos usuários, os profissionais buscam fortalecer a rede dos serviços, trabalhando de forma mais próxima com a comunidade trabalhando em rede.

A Lei da Reforma Psiquiátrica visa à proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental, o CAPS presta serviço de atendimento a usuários que estejam em sofrimento psíquico. As ações em saúde mental visam não só o tratamento do indivíduo, mas também a reinserção social dos mesmos a partir de um novo modelo de Saúde Mental.

O projeto de intervenção surgiu a partir da ambiência durante o estágio I, com o contato direto com usuário e demandas trazidas por eles a necessidades em dialogar sobre as vivências, a desigualdade, preconceito vivido no cotidiano surgiu à ideia do projeto de intervenção.

A necessidade que o indivíduo sente de se sentir aceito socialmente, sem o olhar de paciente da Saúde Mental, mas sim como cidadão de direito. Assim foi indispensável à introdução da lei da inclusão social. Ao pensar o projeto, buscou trabalhar autoestima, autonomia como indivíduo e ser social.

Como objetivo específico, apresentou: propor, através de atividades lúdicas, a postura crítica e o diálogo em grupo entre os usuários, sobre a temática inclusão social, buscando instigar o que eles entendiam por inclusão, para posteriormente estar inserindo a lei 13.146/2015, lei brasileira de inclusão que firmou a autonomia e a capacidade desses cidadãos para exercerem atos da vida civil em condições de igualdade com as demais pessoas.

Trabalhar com o lúdico pode revelar “dimensões psíquicas” profundas, facilitando, nas intervenções com indivíduos com fobia, dor e em outras situações especiais.

O projeto contou com a participação de oito usuários, do grupo da rádio universidade 800 AM, “De Perto Ninguém é Normal” que tem parceria com a Universidade Federal de Santa Maria, os encontros foram realizados na instituição CAPS Prado Veppo e no espaço cedido pela Universidade Federal de Santa Maria para o grupo da rádio universidade.

Realizaram encontros quinzenais, com duração de uma hora, com “temáticas” diversificadas, voltadas para o tema principal do projeto que é inclusão social. A formalização desta parceria com a Rádio Universidade fortalece o espaço de inserção social e discussão de temáticas de Saúde mental junto ao público diversificado.

Segundo Rondelli (2000):

A Mídia, na sua condição de macrotestemunha privilegiada, passa a ser ator social importante dos fatos, no ato de expô-los para além dos estreitos limites onde efetivamente aconteceram. Assim, a mídia não só atribui sentidos próprios aos atos de violência (na forma de seleciona-los, editá-los, classifica-los e opinar sobre eles), como, ao testemunhá-los, expõe os fatos a outros atores sociais- posicionados de forma diversa ante os fatores, os fenômenos ou os indivíduos ou grupos deflagradores da violência- que são constrangidos/ convocados a produzirem sentidos sobre eles (RONDELLI, 2000, p.154).

A comunicação é uma ferramenta importante na Saúde Mental e para o/a Assistente social, pois é através dela que o profissional tem contato com o usuário, no processo de triagem, mas é necessário saber se comunicar de forma adequada, esta premissa é fundamental, pois a eficácia da comunicação poderá facilitar para o processo de tratamento do usuário.

No processo de estágio foram realizadas dinâmicas, para introduzir a temática central que foi a Inclusão Social, onde se fez necessário ter uma comunicação clara e simplificada com os participantes do grupo.

A realização do projeto ocorreu em cinco encontros, no qual produziu-se acrósticos e poesias, a partir das vivências dos usuários, trabalhando conflitos internos de forma que possa estar incentivando o usuário para a sua autonomia como cidadão.

Com inserção do projeto no “grupo da Rádio”, foi possível trabalhar com a mídia no cenário da desigualdade, onde os usuários transmitiram via rádio as produções textuais.

Historicamente a trajetória da humanidade revela papel “central” da comunicação na construção da identidade social e cultural, na disseminação de valores, a partir do convívio social que se dão as trocas de saberes e vivências, desenvolvendo assim a dinâmica da construção ser social, cidadão.

A construção do processo que consolida a vida social depende da capacidade do indivíduo de compreender a realidade em que está inserido, buscando assim sua autonomia, e

condições dignas de vida, onde a participação social pode colaborar para novas possibilidades de enfrentamento social.

Foi trabalhado com a dimensão socioeducativa, onde a contribuição do assistente social em sua atuação pode ser eminentemente educativa, e política, importante para agregar conhecimentos em grupo e equipe.

A dimensão sócio educativa no processo de formação colabora para se desenvolver a consciência crítica dos indivíduos, sendo um bom instrumento para se refletir sobre a ação em sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho de conclusão de curso (TCC) possibilitou fazer uma análise do I e II permitindo assim fazer uma reflexão geral do processo de estágio, avanços e pontos importantes que precisam ser melhorados como futura profissional em Serviço Social.

A intervenção profissional do assistente social na área da Saúde Mental nos dias de hoje está articulada e comprometida com o movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela efetivação ao acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços de Saúde Mental, da rede de serviços e direitos sociais no município de Santa Maria.

Na Universidade, temos mais contato com a teoria, ao chegar ao campo de estágio nos deparamos com a vivência da prática profissional, necessitando assim exercitar tudo aquilo que foi ensinado ao longo da graduação. Desenvolvendo assim um olhar crítico da profissão e tendo uma visão geral institucional. Porém, às vezes, não relacionamos o conteúdo a sua aplicabilidade, nem compreendemos o que realmente é o funcionamento de uma instituição pública, até o momento no qual vamos ao campo de estágio.

A inserção através do estágio curricular obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo possibilitou um maior amadurecimento do eixo teórico adquirido ao longo da graduação de Serviço Social.

A partir da reflexão e da aplicação do projeto de intervenção com o uso da dimensão sócio educativa, tornou-se viável a realização e concretização do projeto, tornando o processo de estágio produtivo e dinâmico para o meu desenvolvimento acadêmico. Colaborando também para o processo de tratamento dos usuários da instituição CAPS, onde se realizou em espaços diversificados, procurando levar ao usuário sua independência.

É no cotidiano profissional que o assistente pode contribuir para informar sobre a importância das políticas sociais, levando informações necessárias aos usuários, a Política de Saúde Mental e as suas contradições encontradas em sua execução tornam indispensável à interferência da sociedade de forma objetiva nos processos de elaboração, implementação e fiscalização.

Portanto, conclui-se que os profissionais de Serviço Social podem contribuir com a participação, empoderamento e a construção de uma consciência cidadã no cotidiano do usuário, que o assistente social tem condições de provocar o empoderamento para o controle social.

Cabe ao Serviço Social buscar alternativas que visem à participação efetiva do usuário na sociedade através do controle social e monitoramento das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, novembro de 1996.

AMARAL, L. **Sobre crocodilos e avestruzes**: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In: AQUINO, J. Diferenças e preconceitos na sala de aula. São Paulo: Ed. Summus, 1998.

BARROS, S. **O Louco a Loucura e a Alienação Institucional**: O ensino de enfermagem sub.Juce. São Paulo, 2002

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. >Acesso em 07 Maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2011**. Ministerio da Saúde-Legislação em Saúde Mental-5ª ed. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção á Saúde- **Saúde Mental e economia Solidária**: inclusão social pelo trabalho-Brasília-DF editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei estadual nº 9716 de 07 de agosto de 1992**. Disponível em <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNorms=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281> Acesso em 01 de Outubro de 2018.

CONASS_ Disponível em:< http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf > Acessado 01 de Novembro de 2018.

CORREIA, M. V. C. **Sociedade e controle social: desafios para o Serviço social**. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (org.) **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1997.

GODOY, E.G. **Avaliação na educação infantil**: um encontro com a realidade. Porto Alegre: Mediação, 2011.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade de Serviço Social**. 10ed. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo:Cortez,1998.

Leite, P & BRITO. J. **Mundialização e “questão social”** Disponível em< <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/a57b88ae073e37378436Janete%20Luzia.pdf>.> Acesso em: 01 Setembro de 2018.

Marx, K. **A Ideologia Alemã** 1958: Disponível em < <https://www.marxists.org/portugues/marx/1845/ideologia-alema-oe/cap2.htm>.> Acessado em: 01 Setembro de 2018.

Mione Apolinário Sales, Jefferson Lee de Souza Ruiz (org.) **Mídia, Questão Social e Serviço Social.** 3ª. ed. - São Paulo.

PAIVA, C. H. A. **Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores-Rio de Janeiro, 2014.

POCHMANN, Márcio (Org.). **Políticas de Inclusão Social:** resultado e avaliação. São Paulo: Cortez, 2004.

PORTARIA N° 3.88 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.> Acessado em 01 de Outubro de 2018.

Rondelli, E. (Org.). **Linguagens da Violência.** Rio de Janeiro-RJ.Rocco, 2000.

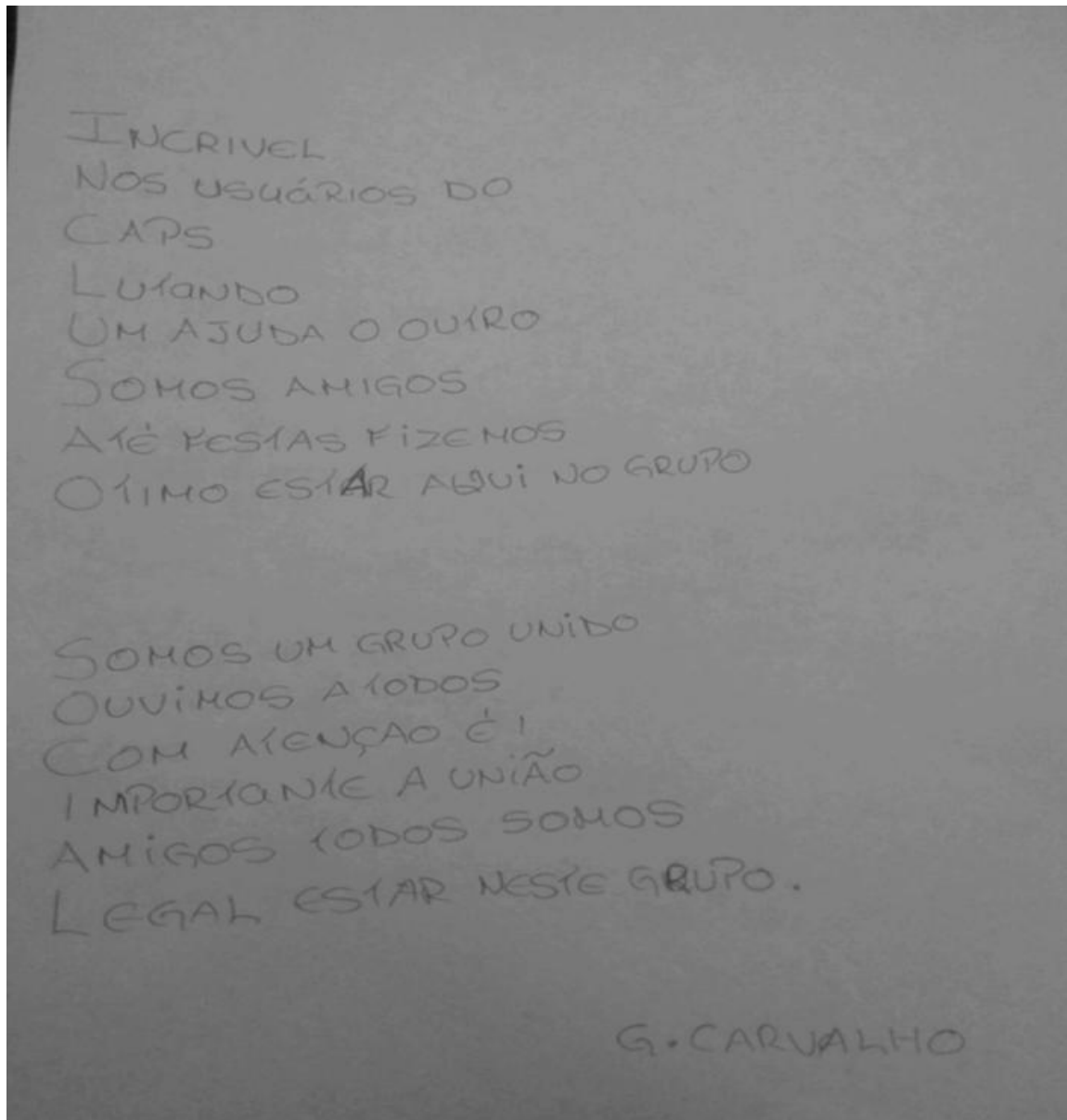
SALES, Mione Apolinário; RUIZ, Jefferson Lee de Souza (orgs.). **Mídia, Questão Social Serviço Social.** -3ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão:** Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

YAZBEK, M.C. **As ambiguidades da Assistência Social Brasileira após 10 anos de LOAS.** Revista Serviço Social & Sociedade, ano XXV, n° 77, p. 11-29, mar. 2004.

ANEXOS

ANEXO A- Acrósticos Elaborados pelos Usuários.



INCLUIDO ESTOU
NUMA SOCIEDADE ONDE
CULTURALMENTE
LUTAMOS EM BUSCA DE
UNIÃO E AMOR E
SEM DISCRIMINAÇÃO
ASSIM É O MUNDO QUE BUSCO
ONDE O AMOR SEMPRE VENÇA.

SEMPRE BUSCANDO ALGUÉM PRA ME
OUVIR E PRA
CONVERSAR, MAS ISSO É UMA DOCE
ILUSÃO QUE INVADE E
ALEGRA MEU
LINDO E SIMPLES CORAÇÃO.

R. ARAÚJO

IGUAIS TODOS SOMOS
NÃO IMPORTA O QUE TEMOS DE DIFERENTES
COM CARINHO CUIDAMOS
LUTANDO POR IGUALDADE
UMA LUTA AMIGAVEL
SEREMOS LIVRES DE TODO PRECONCEITO
AMOR RECEBEREMOS
ONDE SO EXISTIA TRISTEZA, ALEGRIA VEREMOS!

N. SOARES