

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

**ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO: TRABALHANDO
IDENTIDADE, DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
JUNTO AOS USUÁRIOS DO CAPS AD CIA DO
RECOMEÇO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ana Paula Vargas Ronsani

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO:
TRABALHANDO IDENTIDADE, DIREITOS E
PARTICIPAÇÃO SOCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS DO
CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

por

Ana Paula Vargas Ronsani

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Serviço Social
Curso de Serviço Social**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO: TRABALHANDO IDENTIDADE,
DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS
DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO**

elaborado por
Ana Paula Vargas Ronsani

como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Sheila Kocourek, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)

Caroline Goerck, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 03 de dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente, a Deus por me iluminar e proteger nessa trajetória da vida e acadêmica.

A minha mãe, pelo apoio e amor incondicional, que apesar de todas as dificuldades sempre esteve presente me mostrando o melhor caminho a seguir.

Ao meu pai/ anjo da guarda, que me ilumina todos os dias, que mesmo não estando presente fisicamente está sempre em minhas orações.

Às minhas irmãs, pelo carinho e companheirismo que manifestaram em todos os momentos da graduação.

Ao Dioni Pastorio, meu companheiro, noivo, amigo, que nunca mediu esforços para que esse sonho se concretizasse, que nas horas mais difíceis esteve presente me incentivando e “dando uma luz” para as minhas escolhas, têm a minha gratidão, te amo.

A minha orientadora e parceira dessa jornada, Sheila Kocourek, pela confiança depositada, pelas orientações e incentivo durante toda minha formação acadêmica.

A Camile Alves Cezar, por toda a supervisão durante o processo de estágio, estando sempre presente nos momentos angustiantes desse período.

A minha supervisora de campo, Rizieri Buzzatte que me acolheu tão bem no período de estágio, abrindo caminhos para meu aprendizado.

Ao CAPS Ad Cia do Recomeço, pela recepção e acolhida no momento do estágio, proporcionando vislumbrar o campo da saúde mental.

Aos usuários do CAPS Ad Cia do Recomeço, por me fazerem refletir enquanto futura profissional e pela experiência compartilhada.

A professora Caroline Goerck, por ter aceitado o convite em contribuir para esse trabalho, e também pelo exemplo de profissional que és.

Aos professores que passaram pelo meu processo de graduação, por compartilhar os conhecimentos para a minha formação profissional.

A todos os meus colegas, em especial, Pri, Nathy, Raquel, Edi, Tássia, Graci e Leti, pela amizade construída e o companheirismo durante todo o processo de graduação, que sem dúvida vão continuar presentes em minha vida.

Aos meus amigos, que direta ou indiretamente me acompanharam nesse processo de graduação, entendendo muitas vezes a minha ausência.

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Serviço Social
Universidade Federal de Santa Maria

ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO: TRABALHANDO IDENTIDADE, DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO

AUTORA: ANA PAULA VARGAS RONSANI

ORIENTADORA: PROF. DR. SHEILA KOCOUREK

Data e local da defesa: Santa Maria, 03 de dezembro de 2015.

Esta monografia trata da materialidade de um projeto de intervenção realizado no CAPS AD Cia do Recomeço, evidenciando a experiência de estágio curricular acadêmico de Serviço Social. A vivência no processo de estágio proporcionou uma análise da instituição a qual foi aplicada o projeto de intervenção, tomando como práticas as ações do assistente social no campo da saúde mental, além disso, buscou-se entender como se dá o atendimento e quais são as ações feitas pela instituição frente aos usuários de álcool e outras drogas. O estudo configura-se como um relato de experiência e apresenta o dispositivo da assembleia como potencializador de participação social e empoderamento dos usuários da saúde mental no que tange o exercício do controle social. Desse modo, verificou-se que a assembleia é um recurso rico e transformador, que auxilia na reabilitação social dos usuários do CAPS AD, além disso, torna-se um dispositivo indispensável para os serviços da saúde mental.

Palavras-chave: Assembleia; Serviço Social; Participação Social; Controle Social; Saúde Mental.

RESUMEN

Monografía
Carrera de Servicio Social
Universidad Federal de Santa María

ASAMBLEA Y MOVIMIENTO: TRABAJANDO IDENTIDAD, DERECHOS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL JUNTO A LOS USUÁRIOS DEL CAPS AD CIA DEL RECOMIENZO

AUTORA: ANA PAULA VARGAS RONSANI

ORIENTADORA: PROF. DR. SHEILA KOCOUREK

Fecha y Local de presentación: Santa María, 03 de diciembre de 2015.

Esta monografía trata de la materialidad de un proyecto de intervención llevado a cabo en el CAPS AD Cia del Recomienzo, evidenciando la experiencia de pasantía en Servicio Social. La vivencia de pasantía proporcionó un análisis de la institución en la cual fue aplicado el proyecto de intervención, llevando en cuenta las prácticas como acciones del asistente social en el área de la salud mental. Además, se buscó entender cómo se da el atendimento y cuáles son las acciones hechas por la institución frente a los usuarios del alcohol y otras drogas. El estudio se configura como un relato de experiencia y presenta el dispositivo de asamblea como potencializador de participación social y empoderamiento de los usuarios de la salud mental en lo que corresponde al ejercicio del control social. Así, se verificó que la asamblea es un recurso muy bueno y transformador, que auxilia la rehabilitación social de los usuarios del CAPS AD, además de tornarse un dispositivo indispensable para los servicios de la salud mental.

Palabras-clave: Asamblea; Servicio Social; Participación Social; Control Social; Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

AT - Acompanhamento Terapêutico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNS 1 - Conferência Nacional de Saúde

CNS 2 - Conselhos Nacionais de Saúde

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões

NOB –Normas Operacionais Básicas

MS - Ministério da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PTI - Plano Terapêutico Institucional

PRMS - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM GESTO DE INTERPRETAÇÃO	12
1.1 O processo de construção do Sistema Único de Saúde: um cenário de lutas e conquistas	12
1.2 Controle Social como dispositivo legítimo para as ações de saúde	20
1.3 A Política de Saúde Mental no SUS e os modelos substitutivos	24
2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: DA PRÁTICA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	28
2.1 Serviço Social na saúde, parâmetros para a atuação profissional	28
2.2. O trabalho do assistente social na saúde mental	31
3 PROJETO DE INTERVENÇÃO ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO: TRABALHANDO IDENTIDADE, DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO	37
3.1 Espaço Sócio-Ocupacional	37
3.2 O projeto de intervenção	43
3.3 Síntese da experiência: descrição e reflexão da experiência teórico-prático e o reconhecimento dos usuários.....	45
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69

INTRODUÇÃO

O conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica em Serviço Social e do processo de estágio curricular, permite-nos refletir sobre as ações realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS), denominado AD Cia do Recomeço, localizado no Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS).

O referido CAPS oferece atendimento diário a usuários que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas. As ações do CAPS são múltiplas. Elas vão desde o atendimento individual e coletivo, até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Através da experiência do primeiro estágio curricular realizado no CAPS AD Cia do Recomeço, no segundo semestre de 2014, vislumbramos a necessidade de reativar o espaço da assembleia, já que percebemos que ele encontrava-se desativado.

Entendemos que a assembleia contextualiza-se como um dispositivo que potencializa as ações dentro do CAPS proporcionando valores significativos, tanto para a aquisição de conhecimento acadêmico, quanto para a reflexão do cotidiano do trabalho em saúde. Além disso, a assembleia é o espaço onde os usuários podem trazer suas demandas e sugestões em relação a sua inserção dentro e fora do serviço. Da mesma forma, a assembleia instiga aos usuários a refletirem sobre o seu cotidiano, dentro do serviço e território, reconhecendo-se enquanto sujeitos de direitos e ativos no processo de reabilitação social. Sujeitos de direitos, pois a Constituição Federal, de 1988, traz no seu art.198 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante a criação e implementação de políticas sociais e econômicas.

Nesse viés, a reativação do espaço da assembleia surgiu através de um amplo diálogo entre academia e instituição de estágio, para visualizar as possíveis ações que poderiam beneficiar os usuários do serviço. O planejamento foi idealizado através de reuniões de equipe, juntamente com as supervisões acadêmica e de campo.

Sendo fruto de um projeto de intervenção, este trabalho tem como objetivo geral promover a participação social e empoderamento dos usuários do CAPS AD Cia do

Recomeço, por meio das assembleias, bem como refletir como ocorre a inserção dos mesmos nas ações que dizem respeito ao seu cotidiano dentro do serviço e território. Também, temos como objetivos específicos viabilizar a participação dos usuários em uma das reuniões do Conselho Municipal da Saúde, através do controle social; fortalecer o processo de construção do protagonismo com vistas a contribuir no seu processo terapêutico, bem como, visualizar suas demandas no decorrer dos encontros para possíveis melhorias no atendimento.

Nessa ótica, este trabalho constitui-se de um relato de experiência, realizado em um contexto de CAPS AD, durante as disciplinas de Estágio de Serviço Social I e II. O trabalho justifica-se pela relevância acadêmica e social. Entre os vários efeitos de cursar Serviço Social está a constituição de conhecimentos e reflexões acerca do processo de trabalho do assistente social no campo da saúde mental. Além do mais, isso permitiu uma análise contínua dos instrumentos técnicos-operativos da profissão, que apesar de se trabalhar muito pouco com a temática da saúde mental na formação acadêmica, o campo tornou-se propício para mudanças e reflexões das práticas profissionais. A relevância social do projeto, desenvolvido através das assembleias, abarcou nas possibilidades de impactos relativos na vida dos usuários do CAPS AD Cia do Recomeço. As atividades externas realizadas durante a execução do projeto como, por exemplo, a participação em uma das reuniões do Conselho Municipal da Saúde, possibilitaram a participação e o exercício da cidadania desses sujeitos diante de questões que dizem respeito à saúde.

Nesse sentido, para contemplar nossas discussões acerca das ações realizadas no CAPS, nosso trabalho divide-se em três seções: a *primeira seção* é direcionada para o entendimento da construção do SUS, trazendo os movimentos sociais que tensionaram as lutas pela garantia da saúde, tendo como viés a participação social dos segmentos através dos espaços do controle social, bem como contextualizar a Política de Saúde Mental no SUS e os modelos substitutivos, direcionando-os para a desinstitucionalização.

Na *segunda seção* temos como intuito destacar a importância do trabalho do assistente social na saúde, fazendo um recorte ao campo da saúde mental. Também abordamos como a profissão se insere neste meio, tendo como base o projeto ético-político da categoria profissional.

Por fim, a *terceira seção* é a síntese da experiência teórico-prático do estágio curricular, englobando o espaço sócio-ocupacional, o projeto de intervenção e o reconhecimento dos usuários frente ao projeto.

1 POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM GESTO DE INTERPRETAÇÃO

O presente capítulo versa sobre uma breve definição de saúde, abordando a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8080/1990, sendo ele um direito de todos e dever do estado. Além disso, evidenciaremos os movimentos e avanços da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, tendo como viés a desinstitucionalização.

Também, discutiremos sobre processo de participação social e empoderamento de usuários da saúde mental, fazendo uma análise de como esses segmentos devem atuar na sociedade.

1.1 O processo de construção do Sistema Único de Saúde: um cenário de lutas e conquistas

A intervenção mais efetiva do Estado na saúde pode ser evidenciada na década de 1930. Esse cenário estava sob decorrência das transformações econômicas e políticas da época. Neste período, mas especificamente nos últimos anos do século XX, a temática da saúde começa a sinalizar as reivindicações do então movimento operário.¹

A Previdência Social no Brasil² surgiu no final do século XIX, na República Velha, período da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), após promulgação da Lei Elói Chaves em 1923³. Os CAPS

¹ Tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2009, p. 90).

² O conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais. (JACCOUD, 2009, p.58).

³ Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. (...) As CAPS, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus afilhados e dependentes. (COHN, 2005, p. 14)

eram financiados pela União, empresas empregadora e empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica - curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009, pg. 90)

Neste período, o Estado não assumia o papel de garantir a saúde como direito do sujeito, cabendo aos desamparados resolver seus problemas de saúde dependendo das ações filantrópicas para suprir suas necessidades.

Para Bravo (2009, pg. 91), a questão da saúde precisava ser enfrentada com sua devida importância, “necessitava transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e criação de novos aparelhos que contemplassem a grande maioria da massa trabalhadora”.

A década de 1930 é caracterizada com o processo de industrialização⁴. O cenário dessa década é marcado por modificações do papel do Estado que passa a intervir nos problemas sociais, ainda que de forma autoritária e repressiva, centralizando algumas ações de saúde.

Ainda na década de 1930, foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAPs, dividindo a saúde em dois setores: a pública que centralizava na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e restritamente para os do campo; e a previdenciária que tinha um caráter curativo e somente usufruía desse direito quem contribuía ao IAPs.

Para Oliveira e Teixeira (1986 apud BRAVO, c2009 pg. 92), o modelo de previdência que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista, com diminuição dos gastos devido ao crescimento da massa trabalhadora, contexto esse que foi contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930).

Dando seguimento, Bravo (2009) afirma que a situação da saúde no período de 1945 a 1964 não conseguiu abolir o quadro de doenças infecciosas e parasitárias da época, em consequência disso, as taxas de mortalidade elevaram gerando preocupação no controle das endemias. As ações focadas a estes problemas foram direcionadas em campanhas de caráter educativo, principalmente para as populações

⁴ Esse processo de deu sob domínio do capital industrial, com características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2009, pg. 91).

da zona rural.

O período da ditadura militar segundo Bravo (2009, pg.6) “significou para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo”. O cenário da ditadura militar foi marcado pela degradação da saúde pública, com repressão por parte do Estado frente a assistência prestada para a população.

Em face da “questão social⁵” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, pg. 93).

O autoritarismo marcado pelo estado ditatorial não conseguiu consolidar sua hegemonia, tendo que modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve um processo de redemocratização das ações do Estado frente a crise que se estabelecia na época, fruto dos movimentos sociais como respostas aos regimes postos à crise dos sistemas públicos de saúde:

a crise econômica teve em duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à Saúde (FINKELMAN, 2002, pg. 246).

No período de 1974-1979, a política social trouxe uma maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de acatar as reivindicações e pressões populares. O contexto foi de permanente tensão para a ampliação dos serviços e recursos financeiros.

A década de 1980 é caracterizada com a participação de novos sujeitos sociais frente as discussões das condições de vida da população brasileira. O movimento defendia uma reforma sanitária no Brasil e era organizado por trabalhadores da saúde representados pelas suas entidades, o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), trazendo a ampliação do debate em torno da saúde e democracia, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais. As principais

⁵ A questão social é originada do conflito entre capital e trabalho que traz como consequência a desigualdade social. A questão social surge também através dos movimentos de resistência, tensionando respostas às demandas da sociedade.

propostas debatidas por esses sujeitos, conforme Bravo (2009) eram

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.(BRAVO, 2009, pg. 96)

Os atores nascentes desse movimento eram norteados por ações favoráveis a intervenção do estado nos serviços de saúde, buscavam ainda transformações democráticas e progressistas nas bases de organização do sistema de saúde do país.

O fato marcante que se consolidou para a discussão da questão saúde no Brasil se deu através da preparação e organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁶, realizada em março de 1986, em Brasília-Distrito Federal⁷.

A 8ª CNS contou com a participação de setores privados, mas o número expressivo de representação por parte dos usuários foi algo inédito, fato que não havia ocorrido nas Conferências anteriores, como assinala Carvalho (1995):

a 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, pg. 53).

A 8ª CNS fez com que a questão da saúde assumisse um papel importante na sociedade, associando e responsabilizando o Estado na garantia de uma política de saúde universal e gratuita. Faleiros (2006, pg.48) destaca que resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes:

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;

⁶ Congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada(FALEIROS,2006)

⁷ Como estratégia de preparação e mobilização para a 8ªCNS foram realizadas Pré-Conferências em quase todos os estados brasileiros.

- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (Comissões Interinstitucionais de Saúde -CIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde- CRIS e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde- CIMS);
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
- a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde.

A 8ª CNS foi um marco histórico de uma mobilização social dentro da área da saúde, de reafirmação dos princípios de participação e controle social e na direção de democratização do Estado. O grande desafio colocado ao movimento passava a ser, então, como define Faleiros (2006, pg.102), “a consolidação e a implementação do paradigma instituinte e formalmente instituído na Constituição Federal de 1988⁸”.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, 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. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA⁹, 1998).

A partir do movimento da 8ª CNS, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias, que possibilitaram a viabilização do direito à saúde, passaram a fazer parte da Constituição da República brasileira. Essas iniciativas culminaram na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 e nas Normas Operacionais Básicas -NOB, 8.142/90, editadas em 1991 e 1993, respectivamente, e pelo Decreto nº. 99.438/90:

⁸ O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.(BRAVO, 2009, pg. 96)

⁹ O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do movimento sanitário brasileiro.

As ações e serviços públicos de saúde e serviços privado contratados ou conveniados que integrem o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal obedecendo ainda os seguintes princípios:

- I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde a todos os níveis de assistência;
- II- Integridade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos níveis de complexidade do sistema;
- III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie; [...] (Lei Orgânica da Saúde, art. 7º apud Silva 1998, p. 109)

A Constituição Federal de 1988 vem para corrigir os danos causados e as injustiças sociais frente a população que necessitava de um olhar mais amplo para suas demandas sociais. A população enfrentava sérias dificuldades no que tange ao direito da universalização do acesso aos meios básicos de sobrevivência. O movimento pela reforma sanitária foi o arcabouço para que se construa um Estado Democrático de direito, responsável por garantir políticas sociais públicas a todos que dela necessitam.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a saúde constitui-se como um direito básico para as condições de cidadania das populações e define que um país somente pode ser denominado “desenvolvido”, se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde, quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente¹⁰.

Já a Constituição Federal de 1988 enfatiza, no seu Art. 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Conforme define a Constituição,

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 20).

¹⁰ <http://portal.saude.gov.br>

Entendemos que a saúde foi definida na Constituição Federal como elemento da Seguridade Social (BRASIL, 1988, p. 103), a qual “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social [...]”, com objetivos de universalidade, uniformidade, equidade, descentralização, entre outros. Levando em conta esses objetivos, Bravo (1996) considera que a Seguridade Social é

[...] a corporificação legal e institucional de um acordo societário que se construiu como base de nosso processo de transição à democracia. Em outras sociedades latino-americanas, com uma experiência democrática muito mais densa, a transição teve o caráter de reconstrução da institucionalidade democrática. No caso brasileiro, dada a escassa e frágil experiência democrática anterior, a transição constituiu-se no momento de criação dos instrumentos e processos democráticos. Nunca a noção de cidadania e de direitos sociais havia sido tão discutida e vivenciada em nossa sociedade (BRAVO, 1996, pg. 9).

Esta percepção condicional de saúde prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os sujeitos, destinadas à proteção, promoção e recuperação, para erradicação das causas sociais que interferem na saúde. Nesse sentido, a história evidencia que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado com trabalho, luta, com a mobilização da sociedade, apontando a influência da população na gestão da saúde e na direção dos interesses da coletividade (SARRETA, 2010, pg. 37).

O SUS está completando 27 anos de existência. Nessa ótica, traremos à baila algumas considerações sobre a sua constituição. Bravo (2009) analisa que o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Para ela, há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente.

Mendes (2013) faz essa análise trazendo que os problemas enfrentados, atualmente, pelo SUS estão divididos em quatro grandes estruturas, dois no plano macroeconômico, que são o subfinanciamento e a segmentação; e dois outros, no plano microeconômico, que são a fragmentação e o modelo de atenção à saúde praticado. Ainda o autor considera que

o problema fundante é o subfinanciamento. A generosidade dos constituintes

na instituição de um sistema público universal não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. A retirada dos recursos da Previdência Social foi a pá de cal que sepultou o ideal da cobertura universal em saúde em nosso país. Em consequência, o gasto público em saúde no Brasil atinge apenas 47% do gasto total em saúde, e o gasto per capita é de 466 dólares, valor abaixo dos praticados em países como Argentina, Costa Rica, Cuba e Uruguai. Sem um incremento significativo dos gastos públicos em saúde, os demais problemas não têm solução (MENDES, 2013, pg. 1).

O baixo investimento do poder público vem trazendo preocupações e o sonho da universalização se torna gradativamente no pesadelo da segmentação. Mendes (2013) menciona que esse modelo universal não pode se concretizar porque as evidências internacionais mostram que isso foi alcançado em países que despenderam mais de 70% de gastos públicos em saúde como porcentual do gasto total em saúde.

Na organização macroeconômica, o SUS foi idealizado de forma universal, com recorde do modelo *beveridgeano*¹¹ que se caracteriza por financiamento público por meio de impostos gerais. Já na organização microeconômica, tem por desafio a superação da fragmentação das ações do SUS, que se dá pela evolução rápida dos fatores de transição demográfica, nutricional, epidemiológica e tecnológica. O atual sistema de saúde não está se adequando as modificações naturais do ambiente, ainda sim, faltam reformas internas dentro dos arranjos de cultura organizacional, assistencial e financiamento. A resposta a esse desafio está em

restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde no plano microeconômico, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. (MENDES, 2013, pg.30)

Os desafios frente ao SUS são muitos, mas não podemos deixar de ressaltar os pontos positivos que tivemos durante os seus 27 anos. Sabemos que houveram muitos sujeitos, mencionados no começo do capítulo, que exigiram a transparência e a efetividade dos recursos que são destinados a saúde, mais especificamente. Além disso, um dispositivo que nos coloca como espaço legítimo para procurar resposta às

¹¹ O modelo *Beveridgeano* nasce no ano de 1942 a partir do plano de Sir William H. Beveridge, em que se definiu os princípios de estruturação da Seguridade Social na Inglaterra, através de um sistema universal baseado na participação compulsória de toda a população.

questões que envolve a saúde, que abordaremos no próximo tópico, é o exercício do controle social, que se dá através dos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde, regulamentado pela Lei nº8142/90.

1.2 Controle Social como dispositivo legítimo para as ações de saúde

A temática do controle social é discutida no Brasil, na década de 1980, a partir do processo de redemocratização da saúde e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas dentro da Constituição Federal e nas leis orgânicas posteriores. Essa participação aconteceu através do controle social exercido pelos progressistas (movimento popular) exigindo ações efetivas por parte do Estado para atender aos interesses da maior parte da população.

Refletindo no fortalecimento do controle das políticas públicas de saúde que se materializou devido a participação da sociedade nas exigências de uma política de saúde pública e universal, a Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 foi implementada com o intuito de constituir normas e diretrizes que norteiam o novo sistema de saúde, legitimando assim, a participação da comunidade como um direito assegurado por lei.

Vários autores têm trabalhado com o tema do controle social frente as políticas sociais. Para Carvalho (1995, pg. 8), “Controle Social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. O autor afirma que o termo Controle Social vem para inspirar os Conselhos de Saúde, que a partir da participação da sociedade nas deliberações do mesmo, controlam e fiscalizam as ações do Estado.

Cohn (2000, p.45) considera que o controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS. Campos (2009) define que o exercício do controle social implica de um lado, a existência de uma sociedade civil organizada e mobilizada, que possui interesse nas ações do poder público, e, de outro, a existência de governos democráticos que dialogam com a sociedade partilhando suas ações.

Correia (2009) refere-se à análise realizada por Bravo e Souza (2002) quando

aponta quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate teórico sobre conselhos de saúde e controle social:

A primeira, baseada no aparato teórico de Gramsci, parte da contradição de classe, visualizando os conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa. Nesta perspectiva, o consenso implica em dissenso e contradição. A segunda baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os conselhos como um espaço consensual, em que grupos com diferentes interesses convergem, através das pactuações, para interesse de todos. A terceira é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo, que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nesta perspectiva os conselhos são concebidos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público [...]. A quarta posição é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa (CORREIA, 2009, p. 120).

Nessa ótica, percebemos que os conselhos são constituídos por efeitos da participação da sociedade nas questões que envolvem a saúde. Nessa direção, a Lei n. 8.142/90 teve como finalidade avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), e pela participação da sociedade nos espaços dos Conselhos, que são estancias deliberativas com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários (setores organizados), tendo direito a 50% de sua representatividade, e demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), tendo que dividir sua representatividade (50%) entre os segmentos que compõe esse bloco.

O quadro abaixo demonstra os cenários e as temáticas centrais das Conferências Nacionais da Saúde.

8ª CNS ¹² (1986)	CENÁRIO	TEMÁRIO CENTRAL
	Processo de democratização social brasileiro	<i>A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial.</i>
9ª CNS ¹³ (1992)	Insatisfação Social com as medidas antipopulares do Governo Fernando Collor de Mello	<i>Saúde: Municipalização é o caminho</i>
10ªCNS ¹⁴ (1996)	Política Neoliberal implementada pelo Governo Fernando Henrique Cardoso	<i>Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida</i>
11ªCNS ¹⁵ (2000)	Falta de qualidade de vida e saúde da população ao projeto social e econômico do governo FHC, com rigoroso ajuste fiscal privilegiando a lógica econômica	<i>Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.</i>
12ª CNS ¹⁶ (2003)	Prevista para o ano de 2004, mas foi antecipada pelo Ministério da Saúde e pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de discutir as propostas que orientam a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo Governo(Lula)	<i>Saúde: um direito de todos e dever do Estado- A saúde que temos, o SUS que queremos</i>
13ª CNS ¹⁷ (2007)	Simboliza o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País.	<i>Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento</i>
14ª CNS ¹⁸ (2011)	Sugestões de importantes mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, o SUS real.	<i>“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”</i>

Quadro 1.1- Demonstração dos cenários e temáticas da 8ª a 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores a Nova República, o contexto aplicava a restrita participação de representantes convidados pelos ministros de Estado, sendo eles: gestores, técnicos e especialistas. Não havia a possibilidade de nenhum representante da sociedade civil em se inserir nesses espaços.

Como pode ser visto no quadro acima, as Conferências Nacionais de Saúde constituem-se como espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que norteiam a estruturação e direção do SUS. Os debates acerca da questão da saúde dentro das Conferências são permanentes, mas há a necessidade que essa temática

¹² Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

¹³ Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf

¹⁴ Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf

¹⁵ Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf

¹⁶ Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

¹⁷ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf

¹⁸ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf

se fortaleça cada vez mais, exigindo a transparência do Estado diante de uma sociedade que é organizada e possui interesses significativos de suas ações.

O exercício da participação social é de suma importância para qualificar os processos dos espaços do Controle Social, exige uma formação contínua e educativa de todos os envolvidos. Teixeira (2002, p. 37) argumenta que, para constatar a participação como um processo educativo, os grupos e movimentos de cidadãos têm efetivado a “reflexão sobre as ações realizadas, buscando-se aprender com os próprios erros e avaliando suas potencialidades de eficácia”.

Os Conselhos de Saúde caracterizam-se pelo caráter de luta entre interesses contraditórios¹⁹ devido a diversidade de segmentos da sociedade nele representados. A Lei n. 8.142/90 traz no seu Art. 1º § 2º que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Os Conselhos Nacionais de Saúde (CNS) não são espaços neutros, nem homogêneos, pois, segundo Correia (2009), neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes, tanto dos segmentos da classe dominante, quanto das subalternas lá representadas. A efetivação do controle social nos espaços do CNS é limitada devido a esses dois segmentos citados pela autora, o primeiro lado (dominantes) caracteriza-se pela não- transparência de suas ações no que diz respeito, por exemplo, aos dados epidemiológicos e os recursos do FNS²⁰. E o outro segmento (usuários) que possui fragilidade política das entidades que ali estão representadas, tendo como exemplo o desconhecimento muitas vezes sobre o seu papel e a realidade de saúde a qual estão inseridos.

Os mecanismos do controle social sobre as ações do Estado na saúde são espaços importantes de democracia. É através desse dispositivo que a população fiscaliza e cobra do poder público respostas que dizem respeito aos seus interesses

¹⁹ Nos CNS existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classe que cada conselheiro representa, para dar o rumo das políticas públicas. (CORREIA, 2009, pg. 127-128)

²⁰ Instituído pelo Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969, como um fundo especial, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal. (BRASIL, 1990).

enquanto classe. O acompanhamento e a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos que são destinados às políticas sociais são de extrema importância para que esses gastos sejam aplicados de forma transparente e que abarquem os interesses reais das demandas da população. Apesar de ser um espaço de resistência, as ações do controle social precisam ser divulgadas para toda a população e fazer com que todos se apropriem desses espaços para que o mesmo seja fortalecido.

1.3 A Política de Saúde Mental no SUS e os modelos substitutivos

Vários movimentos surgiram na sociedade representando o esforço da luta pela democracia, um deles foi o Movimento da Reforma Sanitária trazido anteriormente. Semelhante a esse movimento, devido a organização e mobilização social, no período de 1970 e 1980, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira envolvendo diversos atores e posicionamentos frente as condições de saúde e assistência oferecidas no campo da saúde mental.

O movimento de reforma sanitária teve influência essencial no movimento de reforma psiquiátrica. Nos primeiros anos da década de 1980, os dois movimentos se articularam, tomando os espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de adentrar mudanças no sistema de saúde vigente.

Os atores e protagonistas desse cenário estavam vinculados ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por associações de profissionais e usuários com histórico de longas internações psiquiátricas, que também estavam envolvidos nas discussões que permeavam o movimento sanitário. O MTSM denunciava a questão da violência posta nas instituições psiquiátricas, como é assinalado a seguir:

este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em meados dos anos 1980, a percepção da desinstitucionalização²¹ começa a amadurecer e em 1989 é lançado o projeto de Lei Paulo Delgado (Lei 3657)²². O referido projeto constituiu-se pelas exigências do movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo como viés a não abertura de novos leitos psiquiátricos e a transferência desse modelo por um descentralizado, de base comunitária.

É a partir deste período que a política para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil²³ marcou essa ruptura da lógica hospitalocêntrica e medicalizante da Saúde Mental, propondo uma nova relação entre o usuário, o profissional, o serviço e o território. Segundo Bezerra Jr. (2007), a reforma psiquiátrica no Brasil deixou de ser uma “proposta alternativa” e consolidou-se como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental. Este processo foi marcado pela Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001²⁴. Amarante afirma que

o texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934²⁵, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial. Ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007, pg.70).

Para Pereira e Costa-Rosa (2012, p.1039), “a Reforma Psiquiátrica não sugeriu um modelo de Atenção à Saúde Mental, apenas ressaltou a necessidade da desinstitucionalização dos sujeitos em longas internações psiquiátricas”. Nessa ótica, Vasconcelos et al (2002) afirma que a proposta da desinstitucionalização centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental, constatando que o hospital psiquiátrico tradicional é definitivamente antiterapêutico, e que a conversão

²¹ A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicômiais, visando o cuidado em liberdade.

²² Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

²³ Fortemente influenciada pelo movimento promulgado por Franco Basaglia na Itália, na década de 1970.

²⁴ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

²⁵ Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências

do sistema de cuidado deve partir da substituição do hospital por amplos serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico, até as necessidades mais amplas de caráter social.

É na década de 1990, caracterizada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas²⁶ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²⁷, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Conforme definição do Ministério da Saúde,

os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p.09).

Com a criação dos modelos substitutivos, os CAPS tornaram-se um dispositivo de referência ao tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. O serviço tem como objetivo acolher, encaminhar e/ou admitir, acompanhar a evolução do usuário, considerando territorialidade para facilitação do acesso ao serviço e rede parceira de atendimento. No que se refere a equipe, é composta por profissionais de diversas áreas como por exemplo: psicólogo, assistente social, médico psiquiatra, enfermagem, dentre outras. O trabalho é feito de forma interdisciplinar, constituindo saberes, conhecimentos e decisões partilhadas em reuniões sistemáticas para melhor discussão e encaminhamento dos casos.

Os CAPS são classificados da seguinte forma: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando

²⁶ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

²⁷ O surgimento do primeiro CAPS no Brasil se deu na cidade de São Paulo, em 1987. Criado pela Portaria GM 224/92 e regulamentados pela portaria GM 336/02.

24h, diariamente, incluindo feriados e fins de semana; CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil) – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h; CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) – municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 08 às 18h, de segunda a sexta, com opção de um terceiro turno até 21h (BRASIL, 2004).

De acordo com Franchini e Campos (2008), a criação dos CAPS, no Brasil, foi embasada nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, os quais têm buscado uma nova forma de compreensão sobre a loucura e de intervenções mais adequadas para seu tratamento, procurando abranger, no tratamento, a condição humana social, política e cultural do sujeito. Nesse sentido, há uma preocupação em que o cuidado ao paciente seja uma sustentação cotidiana das situações sociais vivenciadas, visando a uma participação mais ampla, que inclua o atuar do indivíduo como sujeito.

As propostas de reabilitação psicossocial perpassam pelo estágio da autonomia e cidadania dos usuários, visando a sua inserção social, pois estes estão em processo de estigmatização social. Construir um novo lugar social para a loucura não deve restringir-se aos limites sanitários, mas estar atrelado à invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e de participação (DIMENSTEIN e LIBERATO, 2009).

Assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo político de transformação social, que possui conflitos e disputas de interesses. Podemos dizer que esses movimentos foram o auge para a ideia de liberdade e democracia. Aspectos de inclusão e exclusão social foram pertinentes para que os direitos sociais tomassem um rumo mais humanitário, com a afirmação da cidadania e solidariedade.

Assim, entendemos que é necessário refletir sobre os avanços do processo da Reforma Psiquiátrica, buscar romper com a lógica da institucionalização, visando a integralidade dos usuários e familiares, suas complexidades, ou seja, constituir um projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado.

2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: DA PRÁTICA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente capítulo versa sobre o trabalho do assistente social na saúde, fazendo um breve recorte de como esse profissional desenvolve suas atividades e competências no campo da saúde mental. Utilizamos como referência o documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) aprovado no ano de 2009, ora intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, que tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde.

Na sequência, será refletido sobre a inserção do assistente social no campo da saúde mental. Além disso, traremos à baila alguns dispositivos para o exercício da prática profissional, como o controle social, território e geração trabalho e renda.

2.1 Serviço Social na saúde, parâmetros para a atuação profissional

O Código de Ética do/a Assistente Social está embasado na Lei nº 8.662, de 7 de Junho, de 1993. O presente Código de Ética norteia a profissão e o trabalho do assistente social nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, trazendo princípios e diretrizes que devem ser seguidas para a realização da prática profissional.

O Código de Ética da profissão, orienta o trabalho do assistente social em seus mais variados campos, tendo como base alguns princípios: reconhecimento da liberdade como valor ético central; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania; posicionamento em favor da equidade e justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito (CFESS, 1993).

Logo abaixo, trazemos algumas ações para pensar e concretizar a atuação do assistente social na saúde, sendo elas:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CEFSS, 2010, pg. 30).

Algumas competências são fundamentais para a compreensão do contexto sócio-histórico em que o assistente social é chamado a intervir. Como já mencionado, a questão social é o objeto de trabalho do serviço social e é através dela que surgem demandas ao profissional. Ao tentar suprir essas demandas, o assistente social precisa conduzir a sua prática baseando-se nas categorias de análise da profissão: totalidade, historicidade e contradição. Essa visão se dá através dos determinantes sociais, culturais e econômicos os quais os sujeitos/usuários estão inseridos, tendo como competências gerais para a compreensão da realidade social:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade (CFESS, 2010, pg. 35).

São essas competências que possibilitam ao profissional concretizar uma análise crítica da realidade e, com isso, estruturar seu trabalho no enfrentamento das demandas sociais que apresentam no seu cotidiano de trabalho.

No campo da saúde mental, o assistente social colabora para que as conquistas da Reforma Psiquiátrica sejam cotidianamente anexas na sua prática

profissional, preservando sempre a sua identidade profissional. Nesse sentido, Robaina (2009) assinala que

não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios (ROBAINA, 2009, pg. 345).

É necessário que o assistente social realize ações voltadas para a mobilização e participação dos usuários e familiares nos espaços democráticos do controle social, como já mencionado. Esses espaços dizem respeito a participação nos conselhos e conferências de saúde, por exemplo. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CEFSS, 2010, pg. 57).

Ressaltamos algumas ações que podem ser desenvolvidas pelo assistente social frente ao controle social na saúde em geral:

- Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- Estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- Contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- Articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;

- Incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal (CEFSS, 2010, pg.59-60).

Nessa ótica, o assistente social precisa levar em conta as expressões específicas da questão social para avançar nas suas atribuições e competências, pois na área da saúde há múltiplas identidades em interação e isso torna-se um desafio cotidiano para o profissional. Além disso, o profissional deve estar sempre em um processo permanente de análise crítica do projeto da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, espelhando-se nos princípios e diretrizes do SUS juntamente com o Código de Ética da profissão.

O campo da saúde mental é um espaço rico para o trabalho do assistente social. Sua intervenção é de tamanha importância, pois contribui para a cidadania e o empoderamento dos usuários frente as questões que envolve a sua saúde e inserção na sociedade, respeitando sempre à integridade física, social e mental de todos os cidadãos, como está colocado no Código de Ética profissional.

No tópico abaixo, será possível descrever mais detalhadamente a inserção serviço social na saúde mental e suas ações nesse campo.

2.2. O trabalho do assistente social na saúde mental

A chegada Serviço Social no Brasil caracterizou-se como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO e CARVALHO,1998).

Barbosa e Silva (2007) registram que, no momento histórico compreendido entre 1940 e 1960, a saúde mental demandou do serviço social uma atuação voltada para a higiene social (nos moldes do higienismo), expressa através da moralização do sujeito e da família (nos moldes do tratamento moral). Já Bisneto (2007) afirma que o assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático, sendo que,

o Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas públicas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua

contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos mais “necessitados” (BISNETO, 2007, p. 25).

O processo do Regime Militar, como já mencionado na monografia, além de sinalizar o começo de intensas mudanças no campo da saúde, também refletiu conquistas no campo da saúde mental e na categoria profissional. Segundo Rocha (2012),

o período da ditadura caracterizou-se pela ampliação de políticas públicas, fazendo parte da dinâmica contraditória de concessão e ampliação de direitos, como forma de contenção organizacional da população. Como, por exemplo, a criação dos INPS unificando os CAP e IAPs, do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço Prestado (FGTS) ampliação da Previdência Social aos trabalhadores rurais, autônomos e aos empregados domésticos. A ampliação dos direitos, principalmente os trabalhistas foram utilizados como forma de garantir a governabilidade (ROCHA, 2012, p.37).

Bisneto (2007) afirma que a entrada de assistentes sociais no sistema de Saúde Mental obedece a lógica que estava posta em todo o Brasil no período de 1964, como a modernização conservadora dos aparatos dos Estados, a centralização do controle dos diversos institutos e caixas de previdência das diferentes categorias profissionais, buscando a legitimação para a ditadura militar.

O trabalho dos assistentes sociais (AS) na saúde mental está diretamente relacionado com o movimento da reforma sanitária. Após as conquistas do movimento, como já citado anteriormente, o campo de trabalho dos AS se expandiram, trazendo à categoria profissional um leque de possibilidades de intervenção, sendo uma delas no campo da saúde mental. Bisneto (2007) aponta que existe uma ligação da Saúde Mental com as políticas sociais da saúde em geral no Brasil e, nesse sentido, não podemos dissociar o Serviço Social em Saúde Mental dos movimentos progressistas.

As principais ações do assistente social no campo da saúde mental são compreender e reconhecer as demandas surgidas no seu cotidiano de trabalho, logo, buscar alternativas para intervir nesta realidade.

O assistente social, habitualmente, é identificado pelos demais profissionais como um profissional que possui capacidades e competências para atuar diretamente com usuários e familiares que estão em situação de vulnerabilidade social. Sobre este termo, a Política Nacional de Assistência Social conceitua que

por vulnerabilidade social entende-se a condição “desfavorável” dada. É a condição objetivo da situação de exclusão e que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. O que a identifica são processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural (PNAS, 2004, p.6).

Para poder exercer as habilidades, o profissional necessita das bases teóricas e metodológicas, técnico-operativas e ético político para sua atuação profissional, que se baseiam pelo Código de Ética da Profissão, regulamentado pela Lei 8662/93. Sobre o código de ética, Iamamoto (2012, p. 78) afirma que “[...] não pode ser um documento que se ‘guarda na gaveta’: é necessário dar-lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano”.

Assim como os demais profissionais, o assistente social está inserido em espaços contraditórios e, no campo da saúde mental, defronta-se com o preconceito existente entre sociedade e instituição, tendo como dificuldades os recursos escassos e precarização nos atendimentos aos usuários. Nesse sentido,

a prática profissional do Assistente Social não se resume a aplicação de instrumentos técnicos, que mesmo sendo úteis, não trazem resultados se não forem aplicados com o compromisso dos direitos humanos, da cidadania, da equidade e da igualdade. O agir profissional necessita de um profissional dinâmico e criativo, verdadeiros agentes de mudanças e com movimentos críticos reflexivos capazes de substanciar a qualidade do agir profissional (GARCIA, 2001, p.29).

Indo ao encontro do que afirma Garcia, Bisneto (2007) afirma que,

o assistente social no campo da saúde mental trabalha de forma pluralista quando usa as explicações da visão marxista para entender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania aos portadores de sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental (BISNETO, 2007, p. 52).

A inserção do Serviço Social na saúde mental objetiva contribuir para a efetivação de um atendimento integral, humanizado para os usuários e seus familiares durante todo o processo de reabilitação, e sua identidade vem ao encontro de atribuições e competências profissionais, que se constrói através das relações sociais e demandas surgidas dentro da instituição.

Ramos (2003), ao avaliar a identidade do assistente social desenhada pelos

demais profissionais da equipe, define que os mesmos apontaram o assistente social numa multiplicidade de dimensões, numericamente mais significativas do que aquelas traçadas pelos próprios assistentes sociais, como, por exemplo, profissional da família; agente assistencial; profissional auxiliar; potencializador de mediações; agente político/da cidadania, dos direitos; agente terapêutico/ terapeuta.

Na perspectiva do acolhimento e na garantia dos direitos sociais, o assistente social trabalha com a identificação das necessidades sócio-assistenciais através de ações de orientações referentes aos benefícios sociais como, por exemplo, o Bolsa Família, Auxílio Doença, Benefício de Prestação Continuada, entre outros.

Entendemos que o profissional, dentro do campo da saúde mental, precisa desempenhar suas funções que considerem as informações e orientações aos usuários e familiares, contribuindo neste espaço pela sua visão frente à questão social, levando em conta a problemática da saúde mental como algo que potencializa ou até mesmo originado pela contradição capital e trabalho.

Nessa direção, a questão social é afirmada, segundo Yasbeck (1999, pg.6), como “a matéria – prima e a justificativa da constituição do espaço do Serviço Social na divisão sócio-técnica do trabalho e na construção/ atribuição da identidade da profissão”. Para Iamamoto e Carvalho (2011),

a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO & CARVALO, 2011, p.83-84).

As múltiplas competências e atribuições a qual o assistente social é chamado a exercer exigem dele uma interferência prática nas variadas manifestações da questão social, tais como experimentadas pelos indivíduos sociais. Essa exigência, no âmbito da formação profissional, tendeu a ser unilateralmente restringida ora aos procedimentos operativos, ora à qualificação teórica como se dela automaticamente derivasse uma competência para a ação (IAMAMOTO, 2007, p. 240).

Robaina (2010) faz uma crítica da inserção do assistente social no campo da saúde mental, coloca que o profissional muitas vezes não se reconhece nesse espaço, trabalhando muitas vezes com uma atividade “clínica”, devido muitos profissionais terem essa direção de formação. Robaina confirma que

tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” do assistente social numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica. Assim, o Serviço Social vem privando o campo da saúde mental da riqueza de seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político: uma sociedade igualitária, que comporte as diferenças (ROBAINA, 2010, pg. 345).

O assistente social possui inúmeros dispositivos para sua atuação profissional no campo da saúde mental, um deles é o território que não se reduz ao espaço geográfico, mas sim algo mais abrangente. O território caracteriza-se como um recurso para as práticas profissionais, pois é nele que o profissional pode fazer um mapeamento de quais as possibilidades de intervenção para o cuidado com os usuários, tendo como dispositivos a comunidade, Unidade Básica de Saúde, relações de vizinhança, entre outros.

Robaina (2010) considera que o assistente social pode e deve realizar ações no campo da geração trabalho e renda, porque há enormes espaços para a discussão das relações de trabalho, das potencialidades e limitações da legislação, do uso do dinheiro, do valor de uso e de troca do produto das oficinas, dos nichos de mercado, capacitação, e mais um sem-número de questões correlatas. Segundo Amarante,

no Brasil foi aprovada a Lei 9.867, de 11 de novembro de 1999, que instituiu as cooperativas sociais “constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho” e que “se fundamentam no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos”, e, muito embora tivesse nascido no âmbito do movimento social da saúde mental e reforma psiquiátrica, ampliou o leque de benefícios da lei (AMARANTE, 2007, pg. 92).

Além dos dois dispositivos (território e geração de renda e trabalho), o assistente social tem o desafio de problematizar o exercício do controle social no campo da saúde mental, tendo como recurso a atividade denominada assembleia que perpassa a dimensão terapêutica. A assembleia é um dispositivo importante para as práticas do assistente social no campo da saúde mental, pois ela proporciona aos usuários o exercício da autonomia e empoderamento frente as questões que percorrem o seu cotidiano dentro do serviço.

Para finalizar, é importante destacar que o assistente social pouco trabalha com a pesquisa propriamente dita dentro do campo da saúde mental. Pensamos que é de

suma importância para qualificação do trabalho profissional a utilização desse recurso para que suas práticas sejam concomitantemente atualizadas, e com isso buscar novos meios para uma melhor intervenção profissional dentro de um campo rico e cheio de desafios.

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO ASSEMBLEIA EM MOVIMENTO: TRABALHANDO IDENTIDADE, DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL JUNTO AOS USUÁRIOS DO CAPS AD CIA DO RECOMEÇO

O presente capítulo consiste na reflexão teórico-prática da experiência do projeto de intervenção: “Assembleia em movimento: trabalhando identidade, direitos e participação social junto aos usuários do CAPS Ad Cia do Recomeço. O referido projeto foi aplicado no primeiro semestre do ano de 2015 na disciplina de Estágio de Serviço Social II.

Primeiramente, apresentaremos o espaço sócio-ocupacional, considerando o histórico do CAPS Ad Cia do Recomeço, abordando a equipe que compõem o serviço e as atividades realizadas pela instituição.

Na sequência, será exposto como procedeu o projeto de intervenção, trazendo o dispositivo da Assembleia como meio de intervenção para a aplicação dos objetivos e metodologia do projeto.

Por fim, será detalhado, através da nossa experiência, as ações realizadas dentro do projeto de intervenção, bem como a reflexão crítica e o reconhecimento dos usuários.

3.1 Espaço Sócio-Ocupacional

A Rede de Atenção de Saúde Mental, no município de Santa Maria (SM)/RS, iniciou com a organização do Ambulatório de Saúde Mental (ASM) no ano de 2001, período em que se tornou referência para a atenção básica no município. Santos (2007) aponta que os ambulatórios de Saúde Mental surgiram como um recurso alternativo ao manicômio, sendo que, em muitos locais, funcionavam no mesmo ambiente que o próprio hospital psiquiátrico.

Entendemos que os acolhimentos dentro do ambulatório destinam-se a adultos

e crianças, não abrigando pessoas em surto. Conforme o que é citado no Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental, no período de 2003 a 2006, em geral, os ASM proporcionam assistência, especialmente às pessoas com transtornos mentais mais moderados, sendo referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia.

Nos anos decorrentes de 2002 e 2003, inauguraram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD). O movimento de criação surgiu por meio dos trabalhadores do ambulatório de saúde mental e constituíram-se, posteriormente, as equipes dos novos serviços.

O surgimento do primeiro CAPS em SM ocorreu dentro do ASM²⁸. Com o tempo, os dois serviços foram transferidos para locais diferentes. Nesse processo de adaptação, o ASM teve problemas em relação à precarização dos prédios onde se encontrava e, por isso, transitou por vários locais.

O CAPS Ad Cia do Recomeço é considerado um serviço da rede de atenção em saúde mental, que foi construído em 2009 para atender uma demanda crescente de usuários de crack no município. Inicialmente, a equipe contava com um total de cinco profissionais da área da saúde, entre eles: três psicólogos, uma enfermeira e uma técnica em saúde mental. Devido à falta de espaço físico e recursos humanos para desenvolver as atividades pretendidas, o serviço foi alocado junto com o CAPS Ad Caminhos do Sol, no período de agosto a outubro de 2009, e no mês de novembro foi realocado para sede própria, localizada na Rua General Neto nº 579, centro de Santa Maria/RS.

O público atendido neste período eram adolescentes e adultos jovens de 12 a 29 anos, sendo que com o processo de territorialização²⁹, os dois CAPS Ad passaram a atender sem restrição de idade, especificando somente pelo território de moradia/unidade de saúde. Atualmente, o CAPS Ad Cia do Recomeço atende a população da região leste e centro de SM e tem como objetivo acolher usuários que sofrem de transtornos mentais devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Além

²⁸ Atualmente o Ambulatório de Saúde Mental está localizado na Rua Silva Jardim nº1383. Santa Maria, RS-Brasil. Telefone: (55)3921-7028.

²⁹ "Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral" (SANTOS e RIGOTTO, 2010, pg.389).

do atendimento aos usuários, o serviço presta atendimento aos familiares que também acabam em sofrimento.

O CAPS Ad Cia do Recomeço atende principalmente casos de usuários que buscam ajuda voluntariamente, com ou sem apoio familiar. O atendimento entre plantão e acolhimento é de, aproximadamente, trinta usuários por dia. Além da livre demanda, os usuários são encaminhados também via serviços: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Unidades Básicas de Saúde(UBS), Casa de Passagem, Conselho Tutelar, dentre outros.

Consideramos que o serviço faz encaminhamentos para internação em Comunidades Terapêuticas (CT) da região, onde se tem uma lista de espera de usuários que solicitaram esse processo. A lista de espera não é seguida rigorosamente por ordem de solicitação, tem casos que o serviço viabiliza com maior urgência como, por exemplo, usuários que solicitam internação que, além do uso do álcool e outras drogas, possuem doenças crônicas.

Atualmente, o serviço conta com uma equipe de profissionais composto por: enfermeiro (1); técnico em enfermagem (1) assistente social (2); técnico em redução de danos (2); psicólogo (2); técnico em saúde mental (2); médico psiquiatra (1); técnico administrativo (1); secretario (1); serviços gerais (1). Em relação aos estagiários curriculares, o serviço agrega acadêmicos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo do curso de Serviço Social (3) e da Psicologia (2). Também alguns profissionais do serviço são preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), com bolsista do programa dos cursos: Psicologia (2); Serviço Social (2); Odontologia (1) e Enfermagem (1).

Além dos estagiários e bolsistas do PET-Saúde, o CAPS Ad Cia do Recomeço realiza parceria junto a Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), em um projeto de extensão intitulado: O Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo para produção de redes de cuidado em Saúde Mental, em que cinco acadêmicas da FISMA participam desse projeto. O referido projeto tem por objetivo construir estratégias de formação aos acadêmicos de Psicologia e Enfermagem e de cuidado para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O acompanhante terapêutico auxilia os usuários do serviço em situações-limites, onde os ATs oferecem um acompanhamento sistemático em algumas atividades junto aos usuários do

CAPS.

No ano de 2012, teve a inserção no CAPS Ad Cia do Recomeço do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da UFSM. Essa inserção realizou-se através da construção de um Plano de Atividades Práticas, desenvolvidas na área de concentração profissional da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde. Durante a inserção do PRMS, foram desenvolvidas e planejadas atividades em favor dos usuários que frequentavam o serviço.

Já no ano de 2014, o PRMS deixou de ser campo de inserção dos profissionais dentro do CAPS Ad Cia do Recomeço. O serviço não contou mais com alguns profissionais (cerca de 8), os quais foram alocados em outros serviços de saúde mental do Município. A saída do PRMS, segundo a equipe que compõem o serviço, fez com que os profissionais se sentissem sobrecarregados nas atividades como, por exemplo, os usuários que eram referenciados pelos residentes tiveram que ser redistribuídos para profissionais do CAPS. Além disso, a saída do programa fez com que os usuários também fossem prejudicados, pois os residentes fizeram seu plano de atividades tendo como base as oficinas propostas durante o período da residência.

Em relação à estrutura física, o serviço dispõe de uma sala ampla para os profissionais, uma sala para arquivos e prontuários, um banheiro para os funcionários e dois banheiros para o público, sala para a enfermagem, sala ampla para atendimento em grupos maiores, sala de jogos, e cinco salas para atendimento individual, ou grupos pequenos, uma cozinha, lavanderia, espaço coberto (garagem) e um pátio aos fundos.

O funcionamento do CAPS Ad, como citado anteriormente, pode ser por livre demanda, onde usuários buscam o serviço para um atendimento que visa à recuperação dos mesmos no que tange o uso abusivo de álcool e outras drogas. Primeiramente, o usuário passa pelo Plantão, para verificar suas demandas e construir o seu Plano Terapêutico Singular (PTS), logo após o caso é discutido, quando necessário, nas reuniões de equipe.

O plantão é considerado como atividade do campo da saúde mental, portanto, não é espaço específico de um único núcleo profissional. No plantão, o usuário que chega é acolhido pelo profissional que está exercendo essa atividade e, logo após, é construído, juntamente com o usuário, o seu PTS. Conforme Machado (2009, pg.243), a assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina

personalizada para cada usuário, de acordo com necessidades terapêuticas, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais

O PTS é constituído junto ao usuário, onde é feito um planejamento das atividades do mesmo dentro do CAPS. Cada usuário tem o seu PTS construído conforme suas demandas e necessidades. É a partir desse processo de acolhida e construção do PTS, que é escolhido o profissional de referência, sendo este o responsável em acompanhá-lo em todo o seu processo. Silva & Costa (2010) afirmam que o profissional de referência é um dispositivo que potencializa alterações na realidade psíquica dos profissionais de saúde, por valorizar a construção do vínculo com o usuário como instrumento essencial do trabalho.

Todos os usuários que iniciam o seu atendimento e acompanhamento dentro do CAPS necessitam ter os documentos de identidade e o cartão SUS, salvo adolescentes e gestantes, que possuem prioridade no serviço.

A rotina atual do CAPS foi desenvolvida a partir da criação do Plano Terapêutico Institucional (PTI) no ano de 2011, visando a organização do serviço e embasada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, normativas referentes as atribuições de um CAPS AD, principalmente a portaria GM: 336/02, da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral e Usuários de álcool e outras drogas e da Política Nacional de Humanização do SUS.

O PTI é elaborado pelo CAPS, durante as reuniões de equipe e tem por finalidade refletir o esforço da equipe na criação de estratégias terapêuticas, visando o cuidado a estes sujeitos em sua integralidade e subjetividade.

A rotina de trabalho do CAPS Ad Cia do Recomeço está organizada através de atividades planejadas durante o ano, sendo algumas delas:

Reunião de equipe: Esse espaço é disponibilizado uma vez na semana, nas segundas-feiras (14h às 18h), para a discussão de casos de usuários e questões administrativas do serviço. Esse momento é muito importante, pois é através dessas reuniões que se dá a discussão e construção de alternativas dentro do serviço, conforme as demandas surgidas diariamente.

Acolhimento: O acolhimento é a porta de entrada do serviço e também se dá de forma continuada em todos os espaços internos e extramuros, através de momentos de encontro entre as pessoas implicadas na produção e no cuidado em saúde mental (familiares, usuários, profissionais, comunidade, etc.). Esse acolhimento acontece todos os dias da semana, por integrantes da equipe, conforme escala

estabelecida.

A perspectiva do acolhimento perpassa todas as práticas do CAPS e ocorre em todos os momentos em que há interação do usuário com o serviço. Nesse sentido, a intensificação de práticas acolhedoras é um passo fundamental para se alcançar a efetivação da produção do cuidado, contribuindo para uma clínica mais humana e cidadã (SANTOS et al., 2007; FRANCO, BUENO e MERHY, 2006).

Plantão: Plano Terapêutico Singular (PTS): como já referimos, o espaço destina-se a reavaliação dos planos terapêuticos singulares, que constituem a formulação do planejamento compartilhado com o usuário.

Ambiência: Este espaço é destinado a usuários que não querem participar das atividades/oficinas que o CAPS oferece. É um dispositivo que proporciona a troca de experiências e histórias da vida cotidiana de cada usuário. Lembrando que nesse espaço de ambiência sempre deverá ter um profissional com os usuários para o acompanhamento e escuta.

Profissional de referência: O Profissional de Referência é aquele responsável pela condução de um caso individual, familiar e/ou comunitário, é também um rearranjo organizacional que busca reforçar a autonomia da equipe interdisciplinar.

Apoio Matricial: É um arranjo técnico-assistencial formado por uma equipe multiprofissional, no caso a equipe do CAPS, que se dá através da construção de vínculos entre profissionais, usuários e equipes, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde.

Oficina de Culinária: Esta oficina trabalha a organização, higiene, importância do valor nutritivo dos alimentos e noções básicas de quantidade, qualidade e planejamento de custos.

Grupo de Familiares: Momento para orientação, escuta e intervenção junto aos familiares dos usuários do CAPS.

Visitas Domiciliares: A visita é de suma importância para o funcionamento do CAPS, é a busca ativa de usuários que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social, e que por alguma razão não podem comparecer ao serviço. As visitas ocorrem uma vez por semana, quando é disponibilizado o carro da prefeitura para este fim.

Oficina de Estêncil: Esta oficina tem se tornado uma prática comum entre os usuários do CAPS. Possui o intuito de produzir moldes e gravuras para pintura em muros, camisetas e fachadas, tornando-se uma oficina que busca aproximar-se da

cultura vivida pelos usuários e viabilizar o acesso de materiais e recursos para a atividade extra CAPS. A oficina funciona todas as segundas-feiras, no turno da manhã.

Grupo de escuta: Grupo que ocorre semanalmente, nas segundas-feiras, formado por um psicólogo residente e por um agente redutor de danos do serviço. Tem o intuito de acolher e buscar uma escuta frente às experiências e angústias decorrentes do final de semana, relacionadas ao uso e abuso de drogas, questões na relação familiar, ou de risco, e de vivência dos usuários.

Oficina de Recreação Física: Esta oficina é instituída no CAPS, devido à intensa demanda e a forte adesão dos usuários para com a atividade física e prática desportiva do futebol.

Grupo de Adultos: O grupo tem por objetivo a troca de experiência entre os usuários, bem como um momento de escuta coletiva.

Além de participar dessas atividades e oficinas, os usuários que permanecem por um turno (4 horas), têm direito a uma refeição ofertada pelo serviço, e no caso de serem 8 horas de atividade, duas refeições. Para responder a isto, o CAPS dispõe, via Prefeitura Municipal, de serviço de entrega terceirizada de refeições.

3.2 O projeto de intervenção

O projeto de intervenção cumpre tarefa crucial na formação do estudante de Serviço Social, pois possibilita ao acadêmico reflexões sobre o processo de trabalho no serviço ao qual se insere, tendo como perspectiva a atuação profissional. A partir deste projeto, é possível refletir sobre o planejamento social, podendo o estudante acompanhar o desenvolvimento de todas as fases de sua intervenção, desde a análise conjuntural, percebendo as demandas do serviço, até mesmo a avaliação, após a fase de implementação.

Através das observações, com a aproximação da realidade, dinâmica do serviço e dialogando com as supervisoras de campo e acadêmica, surgiu a necessidade de reativar o espaço da Assembleia, junto aos usuários do CAPS Ad. Segundo o Ministério da Saúde (2010),

a assembleia é caracterizada como um instrumento de importante relevância

para o funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência, pois, reúnem na maioria das vezes semanalmente, técnicos, usuários e convidados com o objetivo de discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O espaço da assembleia faz com que os usuários tenham voz dentro do serviço, logo, se reconhecem enquanto agentes de todo o processo de reabilitação, tanto institucional quanto social. A assembleia é um espaço concreto de lugar e tempo, destinado à escuta e circulação de informações, bem como à elaboração e tomada de decisões, onde se possa “analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito” (Campos, 2000, p.148).

Nesse espaço, também são problematizadas e levantadas sugestões de melhoria e inquietações dos usuários, juntamente com as demandas que percorrem no seu território. Para Camargo (2004),

“(...) incluir os usuários na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem. Essa estratégia visa a uma maior horizontalização das relações de poder dentro do tratamento, um dos objetivos do processo de reabilitação psicossocial. Caracteriza-se idealmente, como um espaço de exercício e resgate da cidadania” (CAMARGO, 2004, p.111).

O espaço da Assembleia surgiu como projeto de intervenção sendo um dispositivo de participação e empoderamento dos usuários nas ações que envolvem o seu cotidiano dentro do CAPS e território. Para Arraes (2012), o empoderamento caracteriza-se como um processo de fortalecimento e autonomização de sujeitos e grupos nas suas relações e práticas cotidianas. Em especial àqueles que passaram por situações opressoras e discriminatórias – como é o caso da maioria das pessoas portadoras de transtornos mentais em nosso país – e, portanto, constitui-se como efeito de um conjunto de práticas de enfrentamento pessoal e coletivo frente ao estigma, discriminação e exclusão social.

Vasconcelos (2013, p.03) segue o mesmo pensamento da autora citada acima, quando afirma que empoderamento é o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”. A autora pontua o exercício do controle social como uma das importantes estratégias de empoderamento no campo da saúde mental que possibilita

o protagonismo social e a defesa de direitos.

Nesse sentido, o projeto de intervenção teve como objetivos específicos, a proposta de viabilizar a participação dos usuários em uma das reuniões do Conselho Municipal da Saúde, através do controle social, fortalecer o processo de construção do protagonismo com vistas a contribuir no seu processo terapêutico, bem como, visualizar suas demandas no decorrer dos encontros para possíveis melhorias no atendimento.

Na escolha do público-alvo, convidamos os usuários que frequentam o grupo adulto do CAPS Ad, devido ao fato dos usuários estarem mais organizados, em processo de recuperação. O grupo, que está em atividade há cerca de um ano, é coordenado por uma psicóloga. O processo da escolha pelo grupo adulto foi mobilizado juntamente com sua coordenadora, sendo acordado que as reuniões da assembleia ocorreriam uma hora antes do começo das ações do grupo.

A metodologia da assembleia ocorreu de forma dinâmica, com encontros dentro do CAPS e saídas a campo com os usuários, para que eles pudessem reconhecer a rede de saúde que podem e devem acessar. Todas as assembleias foram registradas no livro ata do CAPS, tendo como proposta que, na medida do possível, os próprios integrantes do grupo elaborassem este material.

3.3 Síntese da experiência: descrição e reflexão da experiência teórico-prático e o reconhecimento dos usuários

No quadro a seguir, expomos a síntese das atividades realizadas juntamente com as temáticas que trabalhamos dentro do projeto de intervenção “Assembleia em Movimento: Trabalhando identidade, direitos e participação social junto aos usuários do CAPS Ad Cia do Recomeço”.

Atividade	Temática
Primeira atividade em grupo	Divulgação e convite no grupo adulto para participar do projeto de intervenção “Assembleia em Movimento: Trabalhando identidade, direitos e participação social junto aos usuários do CAPS Ad Cia do Recomeço”.
Segunda atividade em grupo	Apresentação do grupo, objetivos e metodologias do projeto; Breve conceituação de controle social e empoderamento; Dinâmica: “o outro em mim”
Terceira atividade em grupo	Histórico e cotidiano dentro da saúde mental; Sugestões de saídas a campo
Quarta atividade em grupo	Introduzindo a Unidade Básica de Saúde(UBS); Relato de experiência
Quinta atividade em grupo	Preparação dos usuários para a primeira saída a campo. (UBS).
Sexta atividade em grupo	Saída a campo (UBS Dom Antônio Reis)
Sétima atividade em grupo	Reflexões e avaliação sobre a saída a campo(UBS Dom Antônio Reis);
Oitava atividade em grupo	Saída a campo: Casa de Saúde de Santa Maria, RS; Reflexões e avaliação sobre a saída a campo.
Nona atividade em grupo	Saída a campo: Sala de Acolhimento Pós Alta do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria.
Décima atividade em grupo	Preparação para a próxima saída a campo: Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria;
Décima Primeira atividade em grupo	Saída a campo: Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria;
Décima Segunda atividade em grupo	Finalização do Projeto de Intervenção, reflexões e avaliação.

Quadro 2 – Atividades realizadas pelo grupo da assembleia

A *primeira atividade* do projeto de intervenção foi realizada no mês de abril de 2015 no espaço do grupo adulto. Inicialmente agradei a psicóloga que coordena o grupo pelo espaço disponibilizado, logo após, apresentei-me como estagiária do curso de Serviço Social da UFSM e expus a proposta do projeto que é a participação e empoderamento dos usuários frente às questões que percorrem o seu dia-a-dia dentro

do CAPS e território.

Estavam presentes cerca de vinte usuários no grupo adulto, com idade entre 35 a 60 anos, com uso de álcool e outras drogas³⁰. Logo que apresentei a proposta estimei os usuários em participar desse espaço que é a assembleia, pois é de suma importância para o exercício de participação dos mesmos dentro e fora do CAPS. Além disso, trouxe que este é o espaço para eles apresentem suas demandas, indagações e alternativas para um melhor atendimento dentro do serviço.

Robaina (2010) traz que no nível dos CAPS temos por desafio problematizar a natureza da atividade denominada assembleia, para além de sua função terapêutica, para alçá-la à participação na gestão. A mesma autora apresenta que é nesse espaço que os usuários e familiares exercem sua autonomia política e social.

Após incentivar o grupo a aderir o espaço da assembleia, distribuí um informativo com os horários e o dia da semana. Informei que o processo de construção da assembleia será em conjunto com a participação de todos, portanto, nada impediria a mudança e horário do projeto.

A *segunda atividade* do projeto de intervenção contou com a participação de seis usuários, todos do sexo masculino. Iniciei a atividade com uma breve apresentação do projeto e dinâmica dos encontros. Explanei que o projeto tem como objetivo o empoderamento deles frente às questões que percorrem o seu cotidiano, sejam no seu território, ou nos espaços do CAPS. Além disso, fiz uma breve explicação do que seria o empoderamento³¹, e do quão é importante eles se apropriarem dessas discussões.

Abordei o tema Controle Social, pois acredito que é de suma importância para os usuários começarem a se apropriar da temática da participação social, e sugeri a saída a campo em uma das reuniões do Conselho Municipal da Saúde. Expliquei aos usuários que se apropriar desses espaços é direito de todos e, por estarem circulando nos serviços da rede de saúde, é necessário o reconhecimento destes espaços, a fim de se manterem informados acerca das decisões e discussões que envolvem a saúde de forma geral.

Logo após, expliquei aos usuários o porquê da escolha pelo grupo, que devido serem participativos nos espaços do CAPS possuem um perfil diferenciado. Dando

³⁰ Alguns usuários já não estão mais com o uso da substância.

³¹ Vasconcelos (2003) traz que o empoderamento se dá pelo aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva.

seguimento, propus a dinâmica o “outro em mim”, que tinha como objetivo agregar grupos de dois usuários trocando experiências de vida e se conhecendo entre si. Passados dez minutos, sugeri que fizéssemos uma roda e que cada um apresentasse a dupla com quem conversou. Alguns usuários acharam engraçado, pois conversaram sobre assuntos que não tinha a ver com a história do colega. Expliquei que não teria problema, pois de uma maneira ou outra eles se conheceram melhor e se aproximaram.

Após a dinâmica pedi para que cada usuário falasse como eles enxergam os espaços do CAPS e os grupos aos quais frequentam. Usuário A que frequenta o grupo adulto relatou algumas situações que acontecem e estaria lhe incomodando:

O grupo adulto é muito numeroso, tem colegas que não respeitam as falas dos outros, e quando um usuário está relatando alguma situação há conversas paralelas no mesmo instante, prejudicando assim o andamento do grupo. Também a questão do tempo limite para cada usuário relatar situações, pois como o grupo é numeroso muitos ficam sem falar, e somente uma minoria consegue trazer alguns assuntos e com isso usando quase todo o tempo do espaço (DIÁRIO DE CAMPO, 09/04/ 2015).

Usuário B, relatou que:

Os colegas do grupo adulto devem respeitar a profissional coordenadora, pois sempre quando ela fala é interrompida, também tem muitos colegas que não são educados e desrespeitam as falas dos outros. Deveria ter um tempo limite para cada um falar (DIÁRIO DE CAMPO, 09/04/2015).

Perguntei aos usuários o que poderíamos fazer enquanto grupo da assembleia para melhorar o andamento daquele espaço e muitos não souberam dizer. Propus que poderíamos elaborar um documento com sugestões ao grupo adulto e entregar para o profissional que é responsável pelo espaço. Expliquei ao grupo que o documento será uma sugestão de melhoria, e que possivelmente teria que conversar com a coordenadora do grupo para ver o que ela sugere e pensa a respeito do assunto.

Após esses relatos, o grupo sugeriu que as reuniões da assembleia fossem nas terças-feiras uma hora antes do grupo adulto, assim faria com que eles viessem somente uma vez ao CAPS. Essa sugestão foi proposta, uma vez que o grupo adulto (que todos participam) acontece nas terças-feiras, e a primeira proposta da

assembleia foi em realizar as atividades nas quintas-feiras para que viessem mais de uma vez na semana ao CAPS³².

Acredito que a primeira assembleia foi positiva, pois conseguimos fazer com que os usuários visualizassem a sua inserção dentro do serviço. No momento em que eles refletiram sobre o grupo adulto, trazendo para a assembleia os acontecimentos e insatisfações de algumas atitudes por parte dos colegas, eles já estão exercendo o seu processo de participação e empoderamento dentro do serviço. Além disso, o espaço da assembleia proporciona que os usuários tenham voz e que suas demandas sejam escutadas com a devida importância. Nesse sentido, faz-se importante que as questões trazidas pelos usuários gerem uma finalidade às suas indagações.

Após os relatos, sugeri para a próxima assembleia uma reflexão sobre a estrutura e os atendimentos por parte dos profissionais do CAPS.

A *terceira atividade* do projeto direcionou para que cada usuário relatasse sua inserção nos serviços de saúde mental, fazendo uma comparação com as atividades que o CAPS disponibiliza. Ao trazer a experiência nos serviços de saúde mental, o usuário A socializou sua vivência em uma Comunidade Terapêutica³³:

Fiquei três meses internado em uma Comunidade Terapêutica, foi o pior momento da minha vida e recuperação das drogas. Eu era tratado que nem um animal. O local era pago, naquela época era mais que um salário mínimo, não tinha convênio com o SUS. Tinha vezes que faltava comida e materiais básicos de higiene (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/2015).

Questionei o usuário sobre atendimento que é oferecido no CAPS, como ele vê a estrutura, os profissionais que trabalham no local. O mesmo relatou que “faz um ano e meio que frequenta o serviço e que até então os vidros das janelas permanecem quebrados. Em relação aos profissionais não tem do que reclamar, sou muito bem atendido” (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/2015). Relatei que alguns problemas do CAPS não dependem só do serviço, mas sim de recursos e organização da gestão. Além disso, trouxe a importância de cuidar o local em que estão inseridos, enfatizando que

³² A proposta das assembleias em acontecer nas quintas-feiras foi sugestão da equipe em uma de suas reuniões. A sugestão teve o intuito de uma maior participação dos usuários em mais dias da semana, e não somente nas terças-feiras.

³³ São Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público (Resolução-RDC nº 29, de junho de 2011). Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. (PORTAL SAÚDE, 2015)

vários casos de descuidos com o patrimônio foram causados pelos próprios usuários.

O Usuário C, que frequenta o CAPS há cerca de um ano, relatou que:

Fiquei oito meses internado em um lugar, foram oito meses de ódio e oito meses de amor. Minha internação foi muito difícil, pois faltavam muitas coisas no local como comida e água, mas isso me ajudou a sair das drogas. Aqui no CAPS sou bem tratado, não me falta nada e os profissionais são atenciosos (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/ 2015).

Já o usuário D que frequenta o CAPS há mais de dois anos disse que “não tem do que reclamar, a estrutura é boa e desde quando começou a vir no serviço nunca mais fez uso de álcool. Em relação aos profissionais todos são comprometidos” (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/2015).

O usuário E relatou que ficou dois anos em uma Comunidade Terapêutica, segundo ele haviam muitas regras, como horário de dormir e o banho. A questão da religião era muito presente, como traz:

O banho era de um minuto, e caso não obedecesse algumas regras todos ficavam sem comer. O sino tocava às duas horas da manhã para rezarmos, e também antes das refeições todos tinham que ler uma parte da bíblia ajoelhado. A religião era bem forte, mas todas essas regras me ajudaram a sair das drogas, e eu agradeço muito a Comunidade Terapêutica (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/2015).

Pacheco (2013) traz que essas regras do local acabam subjetivando os sujeitos em seu tratamento, pois o que é realizado vai além de uma reabilitação, posto que se trata de uma verdadeira reforma subjetiva, uma reforma do sujeito. Sobre esse aspecto, Goffman (2001) ressalta que existe um contraste entre a vida familiar e a vida nas instituições totais, pois nessas instituições há uma série de regras e normas de comportamento que tentam promover uma mudança cultural nos sujeitos, que passarão a conformar-se a uma nova realidade, apartada do meio social.

Em relação as Comunidades Terapêuticas, o Conselho Federal de Serviço Social (CEFSS) emitiu uma nota³⁴ com posicionamento contrário à sua regulamentação, tendo em vista que a categoria defende que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de

³⁴ Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>

rua como é trazido na Lei nº 10.216/2001.

A regulação - pelo Estado - de “Comunidades Terapêuticas” para prestação de serviços de apoio às pessoas que usam de forma abusiva, ou são dependentes de drogas, se contrapõe aos princípios inscritos na Constituição Federal, como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde sejam prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS(CEFSS, 2014).

É necessário recordar que desde 1891 o Estado brasileiro tornou-se laico, ou seja, caracteriza-se por posição neutra na questão religiosa. Sendo assim, o aspecto laico precisa se ampliar a todos os serviços e extensões da vida social por ele regulado, havendo necessidades de sua preservação para a materialização do processo democrático.

A nota do CEFSS coloca que o Conselho Federal de Psicologia inspecionou 68 CTs em 24 estados brasileiros e DF, gerando um relatório nacional³⁵ de direitos humanos dos locais de internação para usuários de drogas. Confirmando o que foi referido pelo usuário E, esse documento evidencia que a imposição de credo religioso é prática evidenciada em todas as comunidades terapêuticas analisadas, o que isso significa “uma violação dos direitos das pessoas que têm sido atendidas por estas entidades” (CEFSS, 2014).

Nessa ótica, refletimos que devemos respeitar os aspectos culturais e religiosos dos usuários e conforme as falas durante a assembleia, percebi que para muitos foi um momento difícil e doloroso, mas isso os ajudaram a sair das drogas e “agradecem” de certa forma essas instituições. Acredito que as propostas das Comunidades Terapêuticas vêm ao encontro da questão que trata de algo mais repressor do que a ideia de abstinência, pois o que está em questão é uma “renúncia do ser”.

Foucault (2004) fala sobre a renúncia de si como um dispositivo proposto pelo Cristianismo, que se caracteriza como uma nova concepção de subjetividade e de experiência ética. A renúncia de si concerne a uma direção de consciência voltada para a salvação, que está calcada na obediência e na abdicação completa da vontade, de maneira que “não haja outra vontade senão a de não ter vontade” (Foucault, 2004,

³⁵Disponível em: http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf

p. 181).

Seguindo os relatos, o usuário A referiu-se ao momento da assembleia como “algo muito bom, pois a troca de experiências ajuda a compreender o outro” (DIÁRIO DE CAMPO, 14/04/2015). Logo após alguns relatos, sugeri que fizéssemos saídas de campo, para que todos conhecessem os serviços que estão disponíveis dentro da rede de saúde. Também, a necessidade de avançar nas discussões, pois um dos objetivos do projeto é a participação social e o empoderamento deles frente às questões que envolvem o seu dia-a-dia e o CAPS.

Os usuários gostaram da sugestão e mostraram interesse em visitar a Casa de Saúde e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) (ambulatório de psiquiatria). Informei que levaria essas sugestões na reunião de equipe para viabilizar as passagens. As sugestões de conhecimento de alguns lugares como HUSM e Casa de Passagem mostra que no fundo há vontade dos usuários de se movimentar pelos serviços, conhecer como funcionam os outros atendimentos que vão além do CAPS.

Os espaços das assembleias tiveram o objetivo de instigar os usuários a uma visão mais ampla dos serviços de saúde e que se reconhecessem, nesses espaços, para que depois pudessem se apropriar das discussões referentes aos seus direitos enquanto cidadãos e não como parte que é excluída e estigmatizada pela sociedade a qual estão inseridos.

A *quarta atividade* do projeto surgiu a necessidade de retomar o assunto sobre a comparação entre os serviços, pois havia um usuário que não estava presente na última reunião. Expliquei para o usuário como havia sido a última assembleia e que gostaria que ele trouxesse para o grupo como foi sua passagem pelos serviços de saúde. O usuário F relatou que há cinco meses estava em tratamento no CAPS, antes morava em uma cidade da serra, mudou-se para Santa Maria, devido a separação conjugal. Segundo usuário F:

Na cidade o atendimento é de excelência, não precisa ficar esperando por horas nos postos de saúde, tu chega (sic) e já é atendido. Aqui na cidade tu morre na fila e ninguém está nem aí para você, essa cidade não tem recurso para a saúde (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Expliquei ao usuário F que como a cidade é mais desenvolvida, (dando um exemplo que tem muitas fábricas), tem-se, de certa forma, mais recursos para investir na saúde, educação, entre outros programas, e que a organização desses recursos

vai muito da gestão de cada cidade.

Após os relatos, sugeri ao grupo a proposta de conhecermos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos seus territórios, pois elas são a porta de entrada dos serviços de saúde, como traz no site do Portal Saúde:

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PORTAL SAÚDE, 2015).

Questionei aos usuários se eles conheciam as suas UBS, dos sete que estavam presentes apenas dois relataram que conheciam esse serviço no seu território. Relatei a importância deles e suas famílias em utilizar esse serviço, pois a UBS realiza um atendimento que visa a integralidade, com ações de promoção e prevenção da saúde.

Usuário A relatou que conhece a UBS Dom Antônio Reis, a qual se localiza no seu território (Centro) e se disponibilizou em contatar com a equipe para realizar uma visita a campo.

Ao sugerir a saída de campo, os usuários ficaram contentes, pois nunca fizeram essa atividade dentro do CAPS. Acredito que além do empoderamento e reconhecimento dos serviços de saúde, é necessário proporcionar aos usuários um momento que vai além de suas atividades dentro do CAPS, rompendo com o cotidiano corriqueiro a qual estão inseridos dentro do serviço.

A *quinta atividade* do projeto teve como viés a preparação dos usuários para a saída de campo que foi realizada no encontro seguinte.

Pedi para que os usuários relatassem um pouco do que esperavam da visita a UBS Dom Antônio Reis. A usuária G relatou que já frequentou a UBS, e que não foi bem atendida pelos profissionais, gerando assim um descontentamento com o local.

Perguntei a usuária se ela em algum momento fez reclamações frente ao atendimento, a mesma trouxe que não, pois “não queria incômodo” (DIÁRIO DE CAMPO, 05/05/2015). Relatei que quando acontecesse novamente ela tem por direito de exigir um bom atendimento, e que a questão não é “se incomodar”, mas sim, usufruiu de um serviço público e de qualidade, com profissionais que se co-responsabilizam pelos atendimentos.

Retomei novamente o que é uma UBS, a equipe que compõem a mesma e os serviços prestados. Além disso, trouxe que a UBS tem como um dos objetivos atender uma maior parcela da população, buscando resolver os problemas menores de saúde sem que haja a necessidade de encaminhamentos para os hospitais.

O relato da usuária G sobre um atendimento não efetivo, leva-me a refletir sobre a questão do profissional que não possui um comprometimento no atendimento junto ao usuário. Várias questões podem envolver a problemática do atendimento, como a falta de capacitação profissional, um olhar mais voltado para o usuário, questões de estrutura e espaço o qual é feito esse atendimento. Mas ainda acredito que nada justifica o atendimento ineficaz, sem um olhar sensível e principalmente um atendimento integral frente às demandas que esse usuário traz. Pensando assim, creio que os profissionais devem repensar suas práticas, buscar se inserir em outros espaços de discussões e capacitações, desmistificando com a lógica da acomodação profissional.

Nesse viés, relatei para o grupo sobre a importância de se questionar os profissionais que trabalham na UBS, sanando suas dúvidas e reconhecendo a dinâmica do serviço. Além disso, observar a estrutura, sinalizando o que mais chama a atenção e principalmente conversar com alguns usuários que estão esperando o atendimento.

A *sexta atividade* do projeto foi referente a primeira saída a campo do grupo, tendo como espaço a Unidade Básica de Saúde Dom Antônio Reis. Primeiramente procurei o funcionário que havia contatado via telefone para o mesmo nos mostrar como é o funcionamento da UBS, o mesmo não foi muito receptivo com o grupo, pois a UBS estava movimentada pela manhã. Então, enquanto não vinha um profissional para nos acompanhar o grupo ficou conversando com alguns usuários na sala de espera.



Figura 1: Reconhecimento dos usuários na UBS.

No decorrer da atividade comecei a conversar com alguns usuários da UBS para entender um pouco sobre o serviço e também para instigar o grupo da assembleia a questioná-los também. Conversamos com alguns usuários e os mesmos relataram que o serviço prestado pela UBS é muito bom e os profissionais são atenciosos com a população.

O usuário A questionou uma senhora que estava esperando pelo atendimento de como é prestado o serviço, a mesma trouxe que a única coisa que deixa a desejar é a estrutura do local, pois quando chove fica alagada a sala de espera.

Segundo relatos de uma profissional que nos acolheu, a UBS conta com alguns profissionais como: Clínico Geral, Dentista, Técnico de Enfermagem, Pediatra, agente comunitário de saúde. Também trouxe questões sobre o território, explicando que o serviço atende cerca de 50 mil famílias. Questionei quantos agentes comunitários de saúde são disponibilizados para atender tamanha população, a mesma relatou que o serviço conta com somente um agente comunitário de saúde. Relatou ainda, que já foram solicitados inúmeras vezes concursos para essa aérea, mas a Secretaria de Saúde do município informou que não há recursos para o momento. Perguntei se não prejudica o atendimento tendo somente um agente comunitário, relatou que por enquanto não.

Conversamos com alguns profissionais e eles, assim como os usuários que estavam na UBS, trouxeram a falta de estrutura para o atendimento à população como um dos maiores problemas do espaço. Existem poucas salas para o acolhimento e atendimento, e segundo uma profissional do serviço já foram realizadas reuniões junto a Secretaria de Saúde do município para solicitar um local mais apropriado para o atendimento. Segundo a profissional, a secretária de saúde do município relatou em uma das reuniões, que a equipe da UBS é que deve procurar um local mais apropriado para o atendimento, e após isso, a secretaria viabilizaria a troca de espaço.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012, pg.27) é responsabilidade de todas as esferas do governo garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS. Em relação as Secretarias Municipais de Saúde, compete as mesmas:

- Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica;
- Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
- Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
- Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

Como vimos, não é de responsabilidade das equipes em solucionar problemas como infraestrutura, e muito menos buscar um local para realizar o atendimento à população. Pela fala dos profissionais, surgem duas hipóteses: uma devido a possibilidade de desconhecimento da PNAB e o papel dos gestores frente o serviço; a segunda deduz a questão do poder dos gestores frente aos profissionais de saúde, os intimidando frente as suas práticas. Acreditamos que existe esse tipo de intimidação e ameaça frente aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde,

essa relação diz respeito ao atravessamento das múltiplas relações de poder (FOCAULT, 1995)³⁶.

Para finalizar a visita, alguns usuários relataram que gostaram dessa atividade, pois muitos desconheciam uma UBS e o atendimento que é ofertado para a população. A empolgação do grupo foi nítida, transparecida por cada sorriso presente.

A *sétima atividade* do projeto foi sobre a reflexão do grupo sobre a saída a campo na UBS Dom Antônio Reis, estavam presentes sete usuários da Assembleia. Como havia usuários que não tinham participado da saída a campo sugeri que alguém trouxesse um pouco de como foi essa experiência. O usuário A se disponibilizou a falar, relatando que:

A saída foi muito boa, eu pelo menos consegui visualizar o serviço, percebi que a estrutura é ruim, pois as salas eram “amontoadas” e não tinha muita privacidade nos atendimentos, mas em compensação os atendimentos dos profissionais aparentemente eram bons. Seria legal se inserisse a informática na UBS, porque daí o atendimento é mais rápido, só “puxava” a ficha no sistema e estava pronto (DIÁRIO DE CAMPO, 19/05/ 2015).

Para o usuário B a saída foi muito boa, pois ele não conhecia ainda uma UBS. Disse que aproveitou a saída, pois questionou algumas vezes os profissionais, fazendo perguntas como: Vocês gostam de trabalhar aqui? (sic), mas se queixou da estrutura do local.

Logo após alguns relatos, que na maioria das vezes foram direcionados para o mesmo assunto (estrutura e equipe), informei que a nossa próxima atividade seria conhecer o serviço da Casa de Passagem de Santa Maria, aderindo assim, a sugestão de alguns integrantes do grupo. Questionei ao grupo, se alguém conhecia o serviço, e a usuária G relatou que:

Já fiquei internada um mês lá, fui bem atendida. Eles dão mais remédios, e a rotina é medicação, assistir televisão e dormir, não tinha muita atividade em grupo. Melhorei depois da internação, mas o atendimento no CAPS não se compara com o de lá, aqui o pessoal é mais atencioso. (DIÁRIO DE CAMPO, 19/05/2015).

O usuário A somou a fala da usuária G, quando trouxe que:

O CAPS se diferencia, pois existe um carinho grande com os colegas e o

³⁶ Não é nosso propósito discutir sobre as relações de poder de Michel Foucault. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/pensarcomfoucault/leituras/o-sujeito-e-o-poder.pdf>

serviço, é tipo uma família, é isso, o CAPS é minha família. Todo mundo se ajuda e se apoia, e principalmente se coloca no lugar dos colegas, e eu tento ajudar todo mundo (DIÁRIO DE CAMPO, 19/05/2015).

Ao refletir sobre as falas, penso que em nenhum momento nessa intervenção pedi para eles compararem qualquer serviço com o CAPS, somente para trazerem um pouco sobre como foi à saída a campo. Percebo que aos poucos eles estão se posicionando e questionando sobre os seus processos de reabilitação e inserção nos serviços de saúde, sem precisar questioná-los e instigá-los a refletir. É neste momento em que se percebe o processo de construção do protagonismo dos usuários.

A *oitava atividade* do projeto se contextualizou na visita ao Hospital Casa de Saúde de Santa Maria³⁷. Ao chegar ao local, a enfermeira com quem contatei via telefone e que iria nos acolher e mostrar o local não estava presente. Conversei com o recepcionista e questionei o mesmo se teria como outro profissional nos acompanhar na visita, o mesmo relatou que não.

Logo após, me desloquei para outra recepção dentro da Casa de Saúde, solicitei novamente um profissional para explicar aos usuários como funciona o atendimento no local. A recepcionista informou que não havia ninguém, e então trouxe toda a movimentação e expectativa do grupo em conhecer o local, viabilizando passagens via CAPS e o contato com a profissional responsável pela Unidade 100 para agendar a visita. Solicitei que pelo menos um profissional viesse conversar conosco para explicar o funcionamento do serviço.

Após muita insistência e quase desistindo da intervenção, um profissional veio conversar conosco. Apresentei-me e relatei o objetivo da visita. O profissional não nos recebeu muito bem, no entanto, explicou brevemente que ali eram atendidos pacientes com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

³⁷ Trazemos um recorde da Unidade 100 do Hospital Casa de Saúde, devido ser um atendimento direcionado a usuários com transtornos mentais e com uso de álcool e outras drogas.



Figura 2: Visita ao Hospital Casa de Saúde-Santa Maria

A Unidade 100 possui leitos que atendem mulheres, crianças e adolescentes com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. Os leitos são separados por cada especificidade, e atualmente estão em tratamento cerca de 35 usuários. O usuário B questionou ao profissional se os familiares são também atendidos, o mesmo relatou que não, mas as visitas podem ser feitas duas vezes na semana. Questionei ao profissional como se dá os encaminhamentos para a internação, o mesmo relatou que os serviços que mais encaminham são a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, CAPS, UBS.

O tempo mínimo de internação é de 21 dias, o máximo é de um mês, mas algumas internações duram mais, dependendo de cada caso. Os meninos podem ficar até completarem 18 anos, e depois continuam fazendo tratamento em outros serviços, como por exemplo, os CAPS Ad e CTs. Já as mulheres podem ficar mais tempo, principalmente as gestantes.

Ao nos deslocarmos até o CAPS procurei instigá-los, mostrando como foi feita a recepção e o reconhecimento do Hospital Casa de Saúde e comparar com a nossa última visita realizada na UBS Dom Antônio Reis.

A usuária G relatou que já ficou internada na Unidade 100 e que não quer mais voltar para lá. Para ela o CAPS ajudou mais do que a internação na Unidade 100.

O usuário D relatou que não gostou da visita, e se não fosse nós ter insistido para alguém vir conversar com o grupo teríamos perdido a viagem. Mostrei que essa experiência foi boa, pois a recepção que tivemos no hospital não se compara ao cuidado prestativo que os profissionais da UBS Dom Antônio Reis tiveram quando realizamos a visita no serviço.

A *nona atividade* do projeto foi fruto de uma sugestão de um dos integrantes da assembleia, em conhecer a Sala de Acolhimento Pós Alta do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria. A visita a campo foi sugerida por um dos usuários, pois o mesmo fez um curso de espanhol no local e achou interessante do grupo em conhecer.

Os profissionais foram receptivos e nos apresentaram como funciona o serviço. Primeiramente uma enfermeira contou como se deu a criação da sala de acolhimento, que antes não havia recurso para as refeições e que os profissionais faziam “vaquinha” para ofertar os lanches e almoços. Após muita luta feita por alguns profissionais, o Hospital Universitário começou a disponibilizar as refeições realizadas até então pelo serviço de nutrição.

A enfermeira que nos acolheu, relatou que a sala de acolhimento tem o intuito de como o nome já diz, acolher os familiares e usuários que deram alta do serviço de psiquiatria do HUSM. O espaço propõe momentos de convívio social, onde usuários e seus familiares podem realizar diversas atividades, como confecção de fuxico e tapetes. Além disso, foi disponibilizado um curso de espanhol, o qual o usuário A teve a oportunidade de participar.

O serviço funciona das 8h às 13h e são atendidos cerca de trinta usuários, entre eles familiares. A usuária G relatou que queria muito frequentar o local, pois ali ela ia conseguir aprender muita coisa, como confeccionar tapetes para depois vender. A usuária questionou uma enfermeira de como ela poderia participar das atividades, a enfermeira explicou que seria necessário encaminhamento médico feito pelo CAPS.

Nesse momento, refletimos sobre algumas ponderações já realizadas, mais precisamente em relação ao dispositivo que pode ser utilizado pelos assistentes sociais nos CAPS, tendo como a temática da geração trabalho e renda como um meio de intervenção profissional.



Figura 3: Sala de Acolhimento Pós Alta do Ambulatório de Psiquiatria do HUSM.

No momento de nos despedirmos do local, os profissionais junto com os usuários do serviço de acolhimento nos convidaram a participar da festa junina, que será realizada no ambulatório. O grupo da assembleia ficou contente com o convite, pois não seria disponibilizado pelo CAPS uma festa junina no presente ano. Informei que era viável e poderíamos contar como uma das atividades da assembleia.

Ao chegar ao serviço os usuários mais uma vez solicitaram participar da festa junina e fizeram uma crítica aos profissionais do CAPS, pois eles não se mobilizaram para propor algo no mês comemorativo. Expliquei que iria entrar em contato com os outros participantes da assembleia para fazer o convite para nos organizarmos para a saída a campo.

No decorrer da assembleia, informei ao grupo o encerramento das atividades do projeto e que a festa junina seria um momento ímpar para esse fechamento. Também coloquei da importância de algum profissional ou estagiário de continuar com

o grupo da assembleia, pois há muitos serviços da saúde³⁸ que podem ser explorados e não conseguimos devido à falta de tempo.

No momento em que informei sobre a finalização do grupo da assembleia foi visível o desânimo do grupo. Muitos dos usuários haviam solicitado a continuidade do projeto, visto que as ações fora do CAPS estavam fazendo com que eles se tornassem “pessoas informadas”. Além disso, relataram que a dinâmica das saídas a campo foi algo que supriu com suas expectativas, saindo do cotidiano que eles tinham/têm dentro do CAPS. Relatei que havia sugerido, em uma das reuniões de equipe, a continuidade do projeto, mas que até o momento nenhum dos profissionais se disponibilizara em dar continuidade.

Relembrei o grupo sobre as últimas ações da assembleia, tendo como foco a participação dos mesmos em uma das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Trouxe que no próximo encontro iríamos ter um convidado externo, participante ativo das discussões do controle social, para trazer um pouco da experiência e contextualizar como se dá as reuniões do conselho no município.

A *décima atividade* do projeto como citado acima, ficou acordado e agendado que um profissional que participa das reuniões do conselho municipal da saúde iria fazer uma fala com o grupo, mas infelizmente surgiu um imprevisto e o mesmo não pode comparecer.

Estavam presente três usuários da assembleia e como ficamos esperando a chegada do profissional acabei não programando nenhuma atividade. Expliquei sobre nossa saída a campo, que será no próximo encontro em uma das reuniões do conselho Municipal da Saúde. Mais uma vez mostrei a importância do grupo em se apropriar desses espaços de discussões, trazendo o Conselho como um dispositivo em que os usuários tenham voz, e é neste espaço em que são tomadas decisões deliberativas de interesse público e coletivo.

Já a *décima primeira atividade* do projeto, como citado acima, nos deslocamos em uma das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, como o tempo estava ruim e bastante chuvoso foram somente três usuários do grupo. Ao chegar à reunião, assinamos a presença no local, e também solicitei que entrasse em pauta a participação dos usuários do CAPS Ad Cia do Recomeço no presente espaço.

³⁸ Trazemos a importância dos usuários em se apropriar não só dos espaços da saúde, mas também da assistência. Foi sugerido em uma das reuniões de equipe a continuidade do projeto da assembleia, dando foco num segundo momento para a Política de Assistência Social.

Os coordenadores da mesa fizeram a leitura das pautas, mas como havia muita conversa, pouco deu para entender do que se tratava. Primeiramente, foi explanado aos participantes da reunião a leituras das atas, e algumas questões que deveriam ser decididas.

Após todas as pautas e assuntos gerais, que demorou cerca de uma hora, foi disponibilizado um espaço para o grupo da assembleia relatar a experiência. Primeiramente expliquei o motivo da participação dos usuários neste espaço, onde trouxe o objetivo do meu projeto de intervenção. Além disso, relatei de algumas ações que o grupo vem fazendo, desde o reconhecimento da rede de saúde que os ampara, onde citei espaços como a UBS Dom Antônio Reis, HUSM, Casa de Saúde, até o empoderamento dos usuários frente aos espaços do CAPS Ad Cia do Recomeço.

Como foi disponibilizado somente dois minutos para apresentar a ação, relatei por fim que esse momento é de suma importância, pois todos os usuários devem se apropriar deste espaço de discussão e construção, e acredito que consegui fazer com que os mesmos exercessem o processo de participação, autonomia e cidadania durante a aplicação do projeto. Após o meu relato, solicitei que o grupo apenas se apresentasse citando o nome, mas eles foram além, trouxeram a importância que o CAPS teve no processo de reabilitação.

O usuário A relatou um pouco de sua trajetória, comentou sobre o problema que teve com as drogas, a exclusão social que sofreu, e que hoje consegue visualizar as coisas de modo diferente. Além disso, relatou dos espaços em que teve a oportunidade de conhecer, os problemas que os serviços e os profissionais se deparam no dia-a-dia, como a falta de estrutura e materiais. O usuário B relatou que faz um ano e meio que não usa drogas, que o CAPS foi muito importante para ele nesse processo. E que acha que esse momento é muito bom, pois ele não sabia o que acontecia aqui dentro. Já o usuário E que tem mais dificuldades em falar, somente apresentou-se e disse que está há dois anos está sem o uso de drogas.



Figura 4. Socializando a experiência do grupo da Assembleia em Movimento em uma das Reuniões do Conselho Municipal da Saúde.

Após as falas, uma das representantes da mesa coordenadora do conselho parabenizou os usuários e o projeto, pois segundo ela desde quando ela está à frente do conselho nunca havia acontecido esta mobilização, e trouxe que o controle social é isso, mobilização e participação social. Logo, solicitou que enviasse uma cópia do projeto para o e-mail do conselho.

Na saída da reunião, parabenizei o grupo, trouxe que só deles terem falado para um grande público, aproximadamente cinquenta pessoas, eles já exerceram o empoderamento que eu tanto falava e pedia nas assembleias.

O usuário B relatou que ficou nervoso, pois nunca tinha falado para tanta gente, mas que foi bom. Já o usuário C relatou que parecia que eles tinham gostado, pois todos aplaudiram o grupo, e que o usuário A havia “salvado” a fala deles, pois falou bonito. O usuário A fez alguns questionamentos que não gostou da reunião, como por exemplo, a falta de respeito do pessoal que estava no local, disse que tinha muitas conversas paralelas, telefone tocando toda a hora, e que teve vontade de chamar a atenção. Além disso, ficou satisfeito com a nossa participação, pois não achava que poderíamos “invadir” uma reunião para falar sobre a assembleia.

Novamente informei ao grupo, que é um direito deles em se apropriar destes espaços, e principalmente se inserir nas discussões das reuniões não só do conselho

da saúde, mas da assistência também. Além disso, os parabenizei por relatarem suas experiências de vida e pelo espaço que conseguiram, naquele momento, pois muitas vezes não se tem a oportunidade de demonstrar como é o cotidiano de um usuário de álcool e outras drogas, o processo de estigmatização e exclusão social em que vivem.

A *décima segunda* atividade do projeto teve como foco a finalização das atividades do grupo da Assembleia em Movimento, primeiramente relatei sobre o término do projeto e a proposta da última assembleia. Solicitei aos usuários que fizessem uma reflexão de como se constituíram os espaços da assembleia, um antes e um depois de participar do grupo.

O usuário B relatou que:

As saídas a campo é tipo um reforço para nós, uma proteção para nos defender quando solicitamos um bom atendimento, que é o nosso direito. Vou sempre repensar e lembrar do grupo quando for usar algum serviço, e que a assembleia não foi em vão, estou mais atento e aprendi muitas coisas (DIÁRIO DE CAMPO ,23/06/2015).

A usuária F disse que gostou muito de ter participado do grupo, pois agora tem uma visão mais ampla sobre os postos de saúde (sic). O usuário G trouxe que é muito boa essa movimentação, que não adianta ficar só no CAPS e não sair para conhecer outros lugares. O usuário A relatou que ficou entristecido com o final do projeto, pois já estava familiarizado com a estagiária e que o grupo já havia avançado bastante.

Retomei um pouco sobre a questão do SUS, participação social e controle social, logo distribuí um questionário de avaliação do projeto para os usuários responderem.

O questionário abordou um pouco das ações feitas enquanto grupo da assembleia, bem como um perfil dos participantes e as saídas a campo. Estavam presentes seis usuários.

Os usuários que participaram do grupo têm idade entre 39 a 59 anos, com histórico de uso de substâncias como álcool, crack e cocaína, e atualmente não fazem mais uso. Em relação há quanto tempo frequenta o CAPS Ad Cia do Recomeço, a variável é de seis meses há dois anos. No que se refere aos motivos de participar do grupo da assembleia, trouxeram sobre o interesse pessoal, lutar por melhoria dentro do serviço, e questões relacionadas ao uso da droga.

Ao serem questionados se conheciam o SUS, dois usuários responderam que não, e quatro relataram que sim. Quando a pergunta é quem pode utilizar o serviço

(SUS) três usuários responderem que uma parte da população pode usar, enquanto três responderam que todos têm direito.

Em se tratando das reuniões do Conselho Municipal da Saúde, cinco usuários trouxeram que não conheciam este espaço, enquanto um relatou que conhecia. Também quatro responderam que as reuniões do Conselho é o lugar que eles têm voz, um não respondeu, e o outro disse que não pôde se manifestar durante a reunião.

Em relação às saídas a campo, cinco responderam que nunca fizeram atividades fora do CAPS, somente um respondeu que sim. Ao perguntar se sentiam falta dessa dinâmica, os cinco responderam que sim. No que se refere a avaliação das assembleias, quatro responderam que foi muito bom, já dois usuários avaliaram como bom.

Ao fazer a análise do projeto de intervenção, com a possibilidade de uma avaliação continua durante todas as assembleias realizadas, percebe-se que o dispositivo da assembleia é um importante analisador das demandas que os usuários trazem nesse espaço, além disso, possibilita uma reflexão mais abrangente por parte dos usuários no que tange as ações desenvolvidas pelo serviço, a fim de propor melhorias na qualidade do seu atendimento. Em contrapartida, fica em questão os motivos pelos quais os profissionais não utilizam esse dispositivo que é de suma importância dentro do CAPS, visto que somente foi reativado devido ao projeto de intervenção.

Essa análise perpassa do esvaziamento de interesse dos profissionais que muitas vezes não se identificam em trabalhar com esse dispositivo, trazendo como justificativa o receio de não dar conta das demandas que os usuários podem oferecer. Os profissionais devem visualizar o espaço da assembleia como um dispositivo que potencializa e renova as práticas profissionais, para isso, faz-se necessário, como assinala Brito (2006), sair dos nossos processos inerciais e agirmos no sentido de experimentarmos um lugar com plasticidade suficiente para mudar nossos enquadres à medida de novas demandas e de novas configurações dos grupos. As ideias desenvolvidas por Moura (2003 apud BRITO, 2006) mostram que se no caso de mostrar-se inadequada, de ser tomada pela inércia ou de se desviar de sua função, a instituição deve ser coletivamente descontinuada e/ ou reinventada, por meio da análise elaborada por todos que dela participam, tanto os que cuidam, quanto os que são cuidados.

CONCLUSÃO

O percurso deste trabalho nos remete a uma visão ampla acerca da importância do trabalho do assistente social no âmbito da saúde mental. O campo da saúde mental proporciona amplas possibilidades de atuação profissional e devemos problematizar acerca das condições de vida, inserção e reprodução social dos usuários que frequentam esse serviço, de modo que possamos ter nitidez dos problemas relacionados com as múltiplas expressões da questão social, a fim de garantir os direitos desses usuários.

Como Lewgoy aponta, “o processo formativo não se desenvolve por meio de pura interpretação da realidade, nem se atém somente aos fatos empíricos. Este processo, ao interpretar a realidade, constitui-se em fundamento para sua transformação em práxis [...]” (2010, pg.8). Sendo assim, é impossível relatar o processo de estágio e a aplicação do projeto de intervenção sem retomar a ideia da transformação social. Infelizmente não há muitos espaços na formação acadêmica que aproximem tanto a realidade do cotidiano do assistente social, como se tem dentro de um estágio.

O estagiário ao se deparar com a realidade profissional é chamado muitas vezes, a responder e utilizar-se dos instrumentos operativos da profissão, tornando assim, o exercício da reflexão entre teoria e prática e, com isso, entender e compreender como é posta a questão social dentro de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Com já foi citado anteriormente, no decorrer da formação acadêmica pouco se trabalha com o tema da saúde mental, por isso que há muita dificuldade de identificar o trabalho do assistente social neste espaço. Dificuldade essa, em que se trabalha muito o campo da saúde mental, e o núcleo profissional acaba se resguardando para situações que são diretamente associadas ao serviço social.

Acreditamos que o trabalho do assistente social no campo da saúde mental é de suma importância, pois o profissional é responsável por garantir a unidade entre o social e o singular, ou seja, devido o assistente social ser o único profissional cuja a intervenção é diretamente ligada a questão social, remete ao mesmo, valorizar e

propor meios que fortaleçam a dimensão social. Iamamoto (2008) coloca que é necessário um perfil profissional, crítico, propositivo, capaz de propor alternativas socialmente viáveis aos limites conjunturais e estruturais do sistema capitalista.

A partir das análises das falas dos usuários durante as assembleias, percebemos que o CAPS representa, para eles, um espaço de atenção que é valorizada e reconhecida pelos mesmos. O serviço não é caracterizado como um espaço qualquer, e sim um lugar que é reconhecido devido as possibilidades de mudança que ele traz na vida dos sujeitos.

O espaço das assembleias permitiu que os usuários visualizassem a sua inserção no serviço que vai muito além do tratamento, trabalhos em grupos e medicação, ela possibilitou a análise da realidade a qual eles estão inseridos, o pensar dentro e fora do serviço, e principalmente instigá-los frente aos seus direitos enquanto usuários do SUS.

Por fim, notamos, através do que foi relatado pelos usuários, que o processo de participação social, através do dispositivo das assembleias, causou efeitos significativos no que tange ao conhecimento da rede de saúde, como a atenção básica e o Conselho Municipal da Saúde. Nesse sentido, entendemos que os sujeitos desta pesquisa conseguiram exercer sua cidadania e reconhecer o que lhes é de direito, e está instituído através das legislações, como o acesso e a qualidade dos serviços da área de saúde. Além disso, o assistente social cumpre tarefa primordial na garantia desses direitos. Sendo assim, a assembleia, por ser um dispositivo tão rico e transformador, precisa ter mais importância nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, não podendo ser esquecida no exercício profissional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª ed. RJ: Fiocruz, 2007.

AROUCA, A.S. da S. **A história natural das doenças**. Saúde em Debate, 1:15-19, 1976.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**. Tema-Radis, 11:2-4, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília, 2012.

Brasil. **Lei Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/**

2004.

_____. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html> acesso em 29/10/2015.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 1989.** Dispõem sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/>> acesso em 26/10/2015.

_____. **Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.** Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/>> acesso em 26/10/2015.

_____. **Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> acesso em 26/10/2015.

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

_____. **Decreto nº 24.559 de Julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm> acesso em 26/10/2015.

BARBOSA, T. K. G. de M.; SILVA, W. M. R. A. de. **Serviço Social e Saúde Mental.** In: PRÉDES, R. (org). Serviço social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas. Maceió: EDUFAL, 2007.

BEZERRA, JR. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista Saúde Coletiva*, v. 2, n. 17, 2007.

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

BRAVO, M.I. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. ET al. (org.) Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e Práticas Profissionais**. São Paulo/ Rio de Janeiro, Cortez/UFRJ, 1996.

BRITO, I. C. Refletindo sobre o dispositivo assembleia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de Saúde Mental. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP/SP. 2006.

CAMPOS, G.W.S. **O Protagonismo do Usuário da Assistência Social Na Implementação e Controle Social do SUAS**. Caderno de textos: subsídios para debates: participação e controle social do SUAS / Conselho Nacional de Assistência Social. – Brasília, 2009.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

COHN, A. **Transferência de renda e questão social**. IN: VELLOSO, J. P.; ALBURQUEQUE, R. **Cinco décadas de questão social e os grandes desafios do crescimento sustentável**. Rio de Janeiro: José Olympo, p.221-248, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993**, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

_____. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate.** Brasília, 28 de novembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília, 2011. 200 p.

CORREIA, M. V. C. **Controle Social na Saúde.** In: MOTA, A. E.; et al (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional (1ª Parte, 6º capítulo- p.111 a 138).

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saúde Mental, v.1, n.1, 2009. 1 cd-rom.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder.** In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRANCHINI, C. B.; CAMPOS, E. M. P. **O papel de espelho em um centro de atenção psicossocial.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 3, 2008.

GARCIA, A. P. T. et al. **Aprendendo a trilhar um caminho diferente.** 2001. f. 58 Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo", Presidente Prudente, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 22. Edição, São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983. Parte II – Aspectos da História do Serviço Social no Brasil (1930-1960).

JACCOUD, L. **Proteção Social no Brasil: Debates e desafios**. In: Brasilimos (org). *Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva*. Brasília: UNESCO/MDS, 2009(PAG. 57 a 86).

YAZBEK, M. C. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade**. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4: O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais*. Brasília: CFESS, ABEPSS, UNB, CEAD, 1999.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. *Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78, pp. 27-34. ISSN 0103-4014.

MOURA, A. H. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PEREIRA, E. C; COSTA-ROSA, A.. *Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis*. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.4, 2012.

ROCHA, T.S. **A Saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades**. Monografia de Conclusão de Curso. Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras.2012.

RAMOS, R.A. **As representações sociais sobre a prática profissional do assistente social nos centros de atenção psicossocial no Ceará**. UFPE/Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Mestrado. Recife, 2003.

ROBAINA, C.M.V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010

SANTOS, A. L. e RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando como Relações Produção, Trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde**. *Trab. educ. Saúde (Online)* [online]. 2010, vol.8, n.3, pp. 387-406. ISSN 1.981-7.746.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Cultura Acadêmica da Fundação UNESP, 2010, v.1. p. 252.

TEIXEIRA, E. C. **O Local e o Global:** limites e desafios da participação cidadã. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. et al. (org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.