

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

**OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À
EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DOS
USUÁRIOS DO CAPS ad II CAMINHOS DO SOL**

Trabalho de Conclusão de Curso

Nicolle Montardo Appel

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A
EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO
CAPS ad II CAMINHOS DO SOL**

Nicolle Montardo Appel

Trabalho de Conclusão de curso apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em serviço social**.

Orientadora: Profa. Mestre Cássia Engres Mocelin

**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

**OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE A EFETIVAÇÃO
DOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO CAPS ad II CAMINHOS
DO SOL**

Elaborado por
Nicolle Montardo Appel

Como requisito parcial para a obtenção do grau de **bacharel em Serviço social**

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Cássia Engres Mocelin
(Orientadora)**

**Cristina Kologeski Fraga, Dr^a
(UFSM)**

Santa Maria, 30 de Novembro de 2015

*Dedico este trabalho a minha mãe como mulher, mãe e
trabalhadora Sônia Raquel da Fonseca Montardo*

*“...Mas te vejo e sinto o brilho desse olhar, que me acalma me
traz força pra encarar (tudo) ...”*

(Cidadão Quem)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a DEUS por ter me abençoado e me proporcionado mais esta conquista...

A minha família que me incentivou e me apoiou muito na concretização deste curso superior, ainda, por mais que tenha passado por um momento de dúvidas me ajudaram a entender “tudo que começamos, terminamos” e que este processo iria mudar, contribuindo para que eu chegasse até aqui.

Ao meu namorado Mateus Sprandel que contribuiu me mostrando a grande força que tenho que teve paciência comigo em meus momentos de tristezas, dúvidas e em meus estudos acirrados, que me deu apoio e está sempre presente em todos os momentos de conquistas e alegrias das nossas vidas...

Aos meus avós, que sinto muita saudade por hoje não estarem presentes em nossas vidas, e por terem feito também parte desta história, por nos ajudarem a ter uma vida digna...

Aos meus colegas e amigos do curso de Serviço Social, em especial Tatielen Moura, Raniele Milford, Rafael Almeida, Jaqueline Pena e Graciele de Matos, pelo apoio durante toda a nossa trajetória acadêmica, pela amizade e coleguismo, e todos os outros colegas que contribuíram direta e indiretamente durante toda esta trajetória...

As minhas primas, Marcele Acosta, Michele Montardo, Lahraïne Montardo e Marcella Simões que contribuíram muito me apoiando e se disponibilizando para em ajudar nesta caminhada...

Ao CAPS ad Caminhos do Sol, ao Assistente Social Muriel Anselmo e a equipe multiprofissional, pelo acolhimento, pelo aprendizado e conhecimento adquiridos nesta tão sonhada trajetória...

Quero agradecer à todos que contribuíram para que eu chegasse nesta tão sonhada conquista, a Deus, minha família, ao meu namorado e ao meu supervisor de campo Muriel Anselmo, a minha supervisora de estágio Camile A. César, a minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC Cássia Engres Mocelin e Professora Cristina Kologeski Fraga, amigos que me apoiaram também, todos contribuindo para o tão grande sonhado momento para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Serviço Social, meu muito obrigada...

“não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência”.

(ENGELS, 2002, p. 20)

RESUMO

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

OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO CAPS ad II CAMINHOS DO SOL

AUTORA: Nicolle Montardo Appel
ORIENTADORA: Profa. Mestre. Cássia Engres Mocelin
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 30 de novembro de 2015.

Este trabalho de Conclusão de Curso é resultante da experiência de estágio curricular em Serviço Social realizado no serviço de Saúde Mental Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad (Álcool e outras drogas) II Caminhos do Sol em Santa Maria - RS. Durante o estágio, que compreendeu o período entre agosto/2014 e julho/2015, procurou-se apreender a prática profissional do Serviço Social na saúde mental, envolvendo os instrumentais do profissional Assistente Social, como a observação, olhar crítico sensível, escuta sensível, entrevistas individuais, abordagem coletiva com usuário e família. O objetivo do projeto de intervenção efetivou-se através dos pôsteres nas oficinas realizadas pela estagiária de Serviço Social para demonstrar a importância das informações para a viabilização da garantia dos direitos sociais. Do desafio na atuação profissional com a intersetorialidade, como primeiro passo para o alcance de ações com as redes institucionais na saúde mental, a partir do processo multidisciplinar realizado no CAPS, para dar suporte para os usuários junto com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Destaca-se durante os três capítulos a historicidade de como surgiu o processo de desinstitucionalização na Itália e posteriormente no Brasil com base em legislações e contextos históricos, envolvendo também Redução de Danos como estratégias de fortalecimento de vínculo familiar, ainda, o papel fundamental da ação profissional do Assistente Social na construção de estratégias de cuidados dirigida para a integralidade do usuário, tendo como compromisso a autonomia do sujeito e desenvolvimento interpessoal da cidadania do usuário da Política de Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviço Social. Direitos Sociais.

ABSTRACT

Completion Of Course Work
Course of Social Work
Federal University of Santa Maria

THE CHALLENGES OF SOCIAL WORKER FRONT TO EFFECTIVE SOCIAL RIGHTS CAPS USERS ad II CAMINHOS DO SOL

AUTHOR: Nicolle Montardo Appel

ADVISOR: Profa. Mestre. Cássia Engres Mocelin

Date and place the Defense: Santa Maria, 30 de Novembro de 2015.

This work completion of course is the result of curricular internship experience in Social Work held in mental health service Psychosocial Care Center - CAPS ad (alcohol and other drugs) II Caminhos do Sol in Santa Maria - RS. During the stage, which covered the period between August / 2014 and July / 2015, we tried to grasp the professional practice of social work in mental health, involving the instrumental of professional social worker, such as observation, sensitive critical eye, sensitive listening, individual interviews, collective approach to user and family. The objective was the realization of folders in workshops held by the social work intern to demonstrate the importance of information for driving the guarantee of social rights. The challenge in professional practice with the intersectionality as a first step to achieve shares with institutional networks in mental health from the multidisciplinary process held at CAPS, to support for users with the Basic Health Units (BHU). Highlights during the three chapters the historicity of how did the deinstitutionalization process in Italy and later in Brazil based on laws and historical context, involving Harm Reduction as a family link building strategies, yet, the fundamental role of professional action Social Worker in building care strategies directed to the user integrity, and a commitment to the autonomy of the individual and interpersonal development of citizenship user of the Mental Health Policy.

Key words: Social Work. Mental Health. Social Rights.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Folder “Saiba seus direitos”	78
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL.....	14
2.1 A Saúde Mental, luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	16
2.2 A Redução de Danos como estratégias de fortalecimento do vínculo familiar	26
3 O SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS	34
3.1 O Assistente Social inserido na Saúde Mental e suas estratégias de intervenção	35
3.2 O fazer profissional do Assistente Social no CAPS ad II Caminhos do Sol.....	47
4 VIVÊNCIAS DE ESTÁGIO	53
4.1 Historicidades do CAPS AD caminhos do sol	53
4.2 Projeto de intervenção com os usuários do CAPS ad Caminhos do Sol.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

A escolha pela temática da Saúde Mental, neste Trabalho de Conclusão de Curso, tem como entranhas a vivência tida no estágio na área da saúde no campo de Saúde Mental, pela estagiária do curso de Serviço Social.

O tema está longe de uma delimitação, mas esse estudo indica elementos importantes para a compreensão, então, se resume no cotidiano do trabalho do Assistente Social na subárea da Saúde em Saúde Mental, e a contextualização teórica com base na Reforma Psiquiátrica que teve início em 1978 até os dias de hoje.

Sendo a participação dos usuários e o controle social¹ na viabilização dos direitos sociais, é essencial abordar este assunto, até porque é de grande relevância para os mesmos, onde o Assistente Social é um profissional novo nesta área da Saúde Mental, acarretando grandes desafios, assim, sendo, a construção de novos modelos de se fazer saúde, onde o Assistente Social tem que estar em articulação com a equipe multiprofissional² que luta pela efetivação do SUS e das políticas públicas.

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo conhecer e aprofundar a inserção do Assistente Social na Saúde Mental, problematizando as competências e atribuições profissionais conforme o projeto ético-político³ no acesso dos usuários às políticas públicas, a partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizado na instituição de Saúde Mental CAPS ad (álcool e outras drogas) II Caminhos do Sol, nos anos de 2014/2 e 2015/1 na cidade de Santa Maria - RS, totalizando 2 semestres, bem como a relação teoria e prática para o processo de formação do profissional Assistente Social.

¹ A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, onde se compreende que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade (BRAVO et al, 2004, p. 7).

² Profissionais atuando na universalização dos usuários nas redes institucionais de variadas áreas como: Enfermeiros, Psicólogos, Médica Psiquiátrica, Médica Clínica Geral, Fisioterapeuta, Técnico em saúde mental, Técnico em enfermagem, Assistente Social, atuando em diversos níveis de complexidade de historicidade de cada usuário.

³ O projeto ético-político do Serviço Social é composto pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social, regulamentado pela Resolução CFESS nº 273/93 de 13 de março de 1993, pela Lei de Regulamentação da Profissão, e pelas Diretrizes da ABEPSS.

Neste sentido será elaborada a sistematização em etapas, apresentada em 4 capítulos. Portanto, este trabalho será composto por um resgate histórico das políticas em Saúde Mental, a experiência de estágio vivenciada pela aluna do curso de Serviço Social - UFSM, apresentando a instituição e seu espaço terapêutico de tratamento ao usuário, o Assistente Social inserido na Saúde Mental e o projeto de intervenção com os usuários, familiares e profissionais da equipe multiprofissional que atende na instituição.

No capítulo 2 será abordado o histórico, de como surgiu a reforma psiquiátrica brasileira com objetivo de desinstitucionalização, será abordada a legislação em Saúde Mental a partir da Constituição Federal de 1988 e, por fim, a política de Saúde Mental⁴, os avanços das políticas e a Redução de Danos como estratégia de fortalecimento do vínculo familiar.

No capítulo 3 abordaremos a importância da viabilização de direitos nesse processo de saúde-doença dos usuários na saúde mental e as estratégias da inserção do Assistente Social na Saúde Mental.

Por fim, no capítulo 4, será abordado um breve histórico da instituição CAPS ad II Caminhos do Sol, por seguinte, um histórico acerca do Serviço Social na instituição articulado à reforma psiquiátrica, com a (re) inserção psicossocial no CAPS ad II Caminhos do Sol. Será exposto neste contexto do trabalho a vivência de estágio supervisionado em Serviço Social a partir do projeto de intervenção com os usuários debruçando sobre o tema que conduz o trabalho, ou seja, iremos contextualizar teoricamente a instituição CAPS ad II Caminhos do Sol em Saúde Mental como um espaço sócio ocupacional do Assistente Social e, neste sentido, irei abordar as competências e estratégias profissionais, os desafios postos à categoria e as possibilidades de fortalecimento do trabalho profissional compatível com as políticas públicas da intervenção do Assistente Social com os usuários.

Com os desafios do Assistente Social inserido na Saúde Mental, despertou-se a necessidade de trabalhar neste contexto teórico e prático, com a sistematização das experiências tidas em estágio, a falta de informações da parte dos usuários em relação as políticas públicas⁵, e as dificuldades de engajamentos e acessos dos usuários na integralidade das redes institucionais, para a viabilização de direitos,

⁴ Lei 10.216/01 Política Nacional de Saúde Mental.

⁵ A Política Pública deve ser entendida em sua dimensão política e histórica, bem como deve ser compreendida dentro de uma noção de tempo e espaço, onde coexistem os elementos econômicos, sociais, culturais, tecnológicos e ideológicos (SANTOS, 2015, p. 02)

expressadas pela Questão Social⁶, fez-se a participação dos mesmos nas oficinas, criada pela estagiária, problematizando as política públicas e os direitos sociais, assim um produto se concretizou em forma de folder para dar suporte para essas pessoas, que está nos apêndices.

⁶ Questão Social: o Serviço Social tem na Questão Social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

2 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL

No primeiro momento, para a melhor compreensão das especificidades, ações, objetivos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, estando essa associada à Reforma Sanitária, analisaremos a trajetória sóciohistórica onde os dois movimentos contribuíram para consolidação de políticas públicas, trilhando os mesmos caminhos com contextos diferentes em relação a garantia de direitos sociais dos usuários, vincando as conquistas a partir da Constituição de 1988, a Lei 8080/90⁷ e a Lei 10.216/01⁸ e o Serviço Social articulado nessa trajetória histórica.

A Reforma Sanitária, rompe com todos os princípios de saúde até então vigentes, visando a criação do SUS – Sistema Único de Saúde. Segundo Trabuco e Santos (2015), foi partir deste movimento de Reforma que uniu-se também as buscas pela Reforma Psiquiátrica em demanda de seus direitos sociais, contendo então a participação social.

O movimento sanitarista originou-se em meados dos anos 70 em transcurso dos anos de 1980, com objetivos ao direito à saúde, sendo gestado em núcleo do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde⁹ em 1979. Durante a Ditadura Militar, o CEBES elaborou em meios as lutas sociais, um documento propositivo para a origem do SUS, com intuito da ampliação ao acesso à saúde, a uma centralização de acesso independentemente de classe social, sendo universalizado os direitos de todos os cidadãos a qual precisar.

Contudo, este processo histórico ao qual o Serviço Social também está em movimento de mudanças conjunturais da época, segundo Bravo (2004) o Serviço Social está em processo de revisão, para o projeto ético-político da profissão com a tendência hegemônica, vinculando então o método Marxista dialético, e esse processo do Serviço Social Brasileiro, de mudança, está proferido aos fatos postos pelos profissionais antigamente, “mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexos direto com outros debates, também relevantes, que

⁷ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19/09/1990

⁸ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 06/04/2001

⁹ (SANTOS, Diajane da Silva et al, 2015, p.4)

buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária” (BRAVO et al, 2004, p. 8).

Com sentido das lutas sociais tidas naquela época, ramificou-se no mesmo contexto de garantia de direitos a Reforma Sanitária Brasileira e a luta pela Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica lutava em busca da humanização na Saúde Mental, a quem tinha transtorno mental, com um olhar crítico sobre o processo de internação manicomial desses usuários. Por vez, a Reforma Psiquiátrica teve início em 1978 como uma negação à não institucionalização em hospitais psiquiátricos.

Através desta visão de desinstitucionalização, o movimento psiquiátrico foi tornando-se consistente na aspiração com exemplos de lideranças mundiais da psiquiátrica, bem como Franco Basaglia, que foi o pensante pela regulamentação da Lei Basaglia 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália¹⁰, tornando-se um símbolo pela luta antimanicomial. Com promulgação dessa Lei, os hospitais psiquiátricos foram fechados na Itália e substituídos por outros serviços acessíveis comunitários, no rompimento da violação dos direitos e cidadania dos usuários (TRABUCO; SANTOS, 2015). “Essa mudança ocorreu porque a doença mental passou a ser compreendida como um fenômeno complexo que envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sociais e psíquicos” (TRABUCO; SANTOS, 2015, p.5).

Através dos avanços que a Reforma Psiquiátrica lutava, objetivando a substituição do modelo manicomial, Vasconcelos (2000) afirma que esse movimento foi se encaminhando junto com a Reforma Sanitária, em questão da promulgação destas Leis abaixo descritas no texto referente à Saúde ao SUS, a Reforma Psiquiátrica também teve avanços, segundo Trabuco e Santos (2015), foi criado em meios as lutas, o projeto de Lei 3.657/89 de autoria do Paulo Delgado que somente em 2001 se concretizou com a Lei 10.216 sendo sancionada, após anos da tramitação, enfim para sua promulgação.

Assim, foi em 1988 com a Constituição Federal, em seu artigo 198 ‘Seção II DA SAÚDE’, que dispõe:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

¹⁰Lei Basaglia: Franco Basaglia o autor da Lei que dispõe sobre a visão de novos valores da psiquiatria, que envolveram a sociedade Italiana, pelas lutas antimanicomiais e a reforma psiquiátrica no país (GOULART, 2008).

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, Constituição Federal, Art. 198).

Os processos de movimentos sociais conquistados em 1988 pela Constituição Federal e na Declaração dos Direitos Humanos, acarretou na ramificação de outros ganhos, assim, na implementação da Lei 8080/90 que dispõe em seu artigo 2º e 3º, conforme observado pelo Diário Oficial da União (1990):

Art.2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art.3º - 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.

Portanto, as reformas aqui colocadas, podem destacar o avanço com relação aos Direitos Humanos, contudo nos próximos subitens será abordado, a historicidade com contextualização mais ampla e abrangente de como ocorreu a Reforma Psiquiátrica, suas influências e estratégias em relação ao profissional de Serviço Social inserido nas políticas de Saúde Mental.

2.1 A Saúde Mental, luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

A história da Psiquiatria é ampla com fundamentos para estudos no campo da Saúde Mental. No Renascimento, a loucura foi apresentada como 'enunciadora da verdade' o 'louco vivia solto'. Os loucos eram ignorados, tampouco tratados como seres inúteis, onde essa sociedade não tinha menor interesse em entender a loucura. Pois, no decorrer dos anos o 'louco' foi apontado juntamente com os moradores de rua, libertinos e criminosos, ou seja, estigmatizado ao perigo social, sendo posto como incapaz para trabalhar.

A Doença Mental é recente, pois foi no Ocidente que concederam à loucura esta denominação. Antes do século XIX o Ser Humano em situação de loucura era

considerado pela Medicina Positiva¹¹ como um indivíduo possuído, isso quer dizer que acreditavam em probabilidade da religiosidade e mágica, sendo então, diagnosticado apenas como perversões anormais sobrenaturais.

Na idade média por mais que acreditassem na medicina positiva, as perversões anormais, não revelavam que a pessoa possuía algum tipo de patologia ou transtorno mental, e sim, uma história de ideias religiosas. Ainda antes do século XIX, com tantos ritos religiosos a medicina positiva conseguiu identificar, a definição da doença mental.

[...] a pedido da igreja católica e do governo contra a explosão de misticismo protestante e jansenista, desencadeada pelas perseguições do final do reinado de Luís XIX; os médicos foram então convocados pelas autoridades eclesiásticas para mostrar que todos os fenômenos do êxtase, da inspiração, do profetismo, da possessão pelo Espírito Santo eram devidos somente (no caso dos heréticos, é claro) aos movimentos violentos dos humores ou dos espíritos. A anexação de todos estes fenômenos religiosos ou para religiosos pela medicina é, assim, apenas um episódio lateral em relação ao grande trabalho que definiu a doença mental; [...] (FOUCAULT, 1975, p.52).

Com o passar dos anos surge uma nova nomenclatura para as pessoas que obtinham a loucura, assim, denominada como Doença Mental. Então, ao final do século XIX, se delineia uma nova perspectiva da doença Mental, mas sendo somente no início do século XX, que abordaram a internação como sendo a única e necessária resposta para o entendimento desta doença, assim, o doente mental passou a ser tutelado e administrado ao tratamento moral, nos antigos asilos.

A psiquiatria do século XIX passou a perceber, e a encontrar pessoas doentes mentais, em situações de vícios, no uso abusivo de álcool e outras drogas que levavam as pessoas a terem esta doença.

As primeiras medidas de tratamento como colocado ao início deste trabalho, às pessoas que obtinham a doença mental, hoje denominada Transtorno Mental, sempre foram no sentido de vigiar os loucos e puní-los, pois as pessoas diagnosticadas com a Doença Mental, se infligissem a lei ou cometessem alguma sansão eram julgados através da medicina e jurisprudência positivista, assim, justificando o comportamento do condenado pela sua própria doença, contudo,

¹¹Medicina Positiva é entendida como doutrinária e não científica, segundo Foucault (1975 p. 52), “De fato, o complexo problema da possessão não releva diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das ideias religiosas”.

acompanham a pena, a proibição de permanência do mesmo em regime carcerário, junto de outros seres em conflito com a lei, mas sim em regime de tratamento médico obrigatório, liberdade vigiada, controlando o indivíduo a controlar a sua periculosidade, como se esta situação fosse um problema de conduta (FOUCAULT, 1991).

Antigamente, o 'paciente' internado em hospitais, chamados como 'loucos' foi considerado pela psiquiatria como um ser improdutivo para a sociedade, e seu tratamento era o confinamento trancafiado em uma sala, acorrentado, com isso acarretava um depósito de pessoas consideradas 'anormais', as quais eram improdutivas para o Estado (SANTOS, 1992).

Essa relação da psiquiatria com a sociedade com base nos contextos históricos, apresenta forma variada e descontínua, o que quero dizer é que com o passar dos anos, modificou-se muito o modo como eram tratadas as pessoas com transtornos mentais, destacando, a loucura vista como doença mental é uma construção histórica recente não tendo dois séculos de existência.

Ainda no século XIX, depois do contexto histórico sofrido das pessoas estigmatizadas de loucas, seres sem utilidade para a sociedade civil, o Estado criou asilos para elas as quais possuíam a doença mental, passando a desenvolver melhores condições mas caminhando sempre linearmente com o passado. Acreditava-se que a doença mental era decorrente do 'vício ou do pecado', "a bebida excessiva tornou-se a doença mental do alcoolismo, os doentes mentais ainda eram rotulados com sintomas da doença, a falta de apetite, insônia irritação" (SANTOS, 1992).

Caminhando então nesta perspectiva, mais adiante percebe-se que a doença mental não é orgânica, porque naquela época não se tinha os aparelhos contemporâneos que se tem nos dias de hoje para poder diagnosticá-la, mas assim, vinham percebendo que o conjunto de fatores que acarretavam a doença mental era caracterizada por várias distorções dos processos dos pensamentos como fantasias e alucinações (SANTOS, 1992).

Os hospícios/asilos para as pessoas que possuíam a doença mental, ficavam afastados da sociedade e dos centros urbanos, práticas essas de ideais do Estado Republicano, então para o Estado não ficar no prejuízo, fez com os estrangeiros que vinham a ser internados no Brasil, fosse paga uma taxa de 31% no período de 1905 a 1914, assim sendo pagas pelos países de origens dos mesmos. Decorrendo deste

fato, então, foi criado um Decreto 1.132 de 22 de Dezembro de 1903¹², que obrigava a efetuar tais pagamentos as diárias nesses hospícios.

O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte:

Art. 19. Ao Governo da União incumbe manter a assistência aos alienados do Distrito Federal, havendo da Prefeitura do Distrito a diária dos doentes.

Parágrafo único. A diária dos alienados remetidos pelos Estados será paga por estes, e pelos respectivos países a dos alienados estrangeiros (BRASIL, 1903).

A partir do século XX se inicia um novo processo de conceituação da psiquiatria, onde Santos (1992) coloca que autores como Lang, Cooper, Basaglia, Szasz e Foucault foram líderes do movimento pela anti-psiquiatria, em nível internacional. As contradições desses autores em relação ao contexto da doença mental vieram em contrapartida do modo de como os 'doentes' eram tratados, pois os médicos não tratavam os pacientes, assim o objetivo a se chegar desses autores foi a efetivação do médico e paciente, doença mental e sociedade. Percebendo, que já naquela época a estigmatização e o preconceito com essas pessoas se tornavam cada vez mais forte por parte da sociedade de modo nas contradições de classe.

Amarante (1994) coloca que Basaglia foi o criador do movimento de desinstitucionalização na Itália, e foi na Itália aonde se configurou este primeiro movimento com projeto de desconstrução da psiquiatria, na reinvenção do conceito da luta pela anti-psiquiatria, que abordava os seguintes aspectos: a ideia de destruição dos manicômios, a invenção e constituição de contratos sociais e lutas nos campos políticos e sociais.

[...] a desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se neste período de transição, onde se inicia uma fase de afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isso significa que, ao abrir um processo de re-complexificação da loucura, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento (Amarante, 1996, p.31).

¹²Decreto 1.132 de 22/12/1903 que Reorganiza a Assistência à Alienados.

Durante o processo dos asilos/hospícios no Brasil, houve um grande crescimento cada vez mais dessas instituições, porque as pessoas que se comprovado a alienação, comprometessem a ordem pública ou a segurança das pessoas, eram recolhidas à esses asilos/hospícios. Ao decorrer disso, Santos (1992), fala que nesta época já recriavam um ambiente rural pré-capitalista, assim esta ação de recolhimento dos doentes mentais, caíam em contradição. Os doentes devolvidos à comunidade, “encontravam uma nova realidade, muito mais urbana do que rural” (SANTOS, 1992, p. 35), dessa forma, alguns ‘alienistas’ queriam reverter ao normal a pessoa que possuía a doença mental, então, os doentes mentais eram obrigados a trabalhar.

No início dos anos 70, a política lenta de diminuição das internações dos pacientes com doença mental, fez com que agilizassem a tramitação dos objetivos com o processo de desinstitucionalização, que ocorria na época sem a segurança de alguma legislação vigente, contudo a única garantia que tinham era de um projeto de Lei que só por volta do ano 2001 no início do século XXI começou-se a promulgação da Lei 10.216/01, como já referida neste trabalho.

Assim foram criadas normatizações, como Portarias, Decretos, Leis para regerem os CAPS com a finalidade e objetivo de assistência e habilitação, que era, planejar, coordenar e fiscalizar, as mesmas para garantia dos direitos aos usuários. O marco legal da Saúde Mental no Brasil, foi fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo como seu primeiro dispositivo legal, a Lei nº 9.716 – 07/08/1992 que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. No Brasil, em âmbito nacional o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental ocorre somente em 2001, com a Lei 10.216 – 06/04/2001.

Esses serviços de normas e assistências técnicas, serviu e serve para estabelecer métodos aplicáveis as atividades de proteção ao usuário com transtorno mental e a assistência da equipe multiprofissional, com objetivo para a estimulação da reinserção da pessoa com esta doença na sociedade, e trabalhando o vínculo familiar do usuário.

No passado a loucura foi visada como uma ameaça para a sociedade e o seu tratamento foi em decorrência de modo de exclusão social, e repreensão para os que sofriam com esta doença. A reforma psiquiátrica que teve início em 1978 no Brasil, acontecida por meio de grandes lutas, com a proposta de

desinstitucionalização (VASCONCELOS, 2000), como grande marco na história da reforma psiquiátrica, no caso da Saúde Mental no Brasil, a mudança de concepção e de trabalho com o usuário com transtorno mental pode ser considerada recente.

Santos (1992) afirma que em 05 de dezembro de 1852 na cidade do Rio de Janeiro, o Estado imperial consagrou o primeiro hospício psiquiátrico, o maior marco da história da psiquiatria Brasileira, Hospício de Pedro II. Naquela época, não existia “um saber psiquiátrico enquanto corpo de um saber médico, não havia uma nosologia psiquiátrica para a seleção da sua clientela, e a direção das instituições encontravam-se ainda nas mãos das irmãs de caridade” (SANTOS, 1992 p. 36).

Em 1978, dentre os movimentos sociais da época, destacam-se um grupo de militantes do “Movimento de trabalhadores de Saúde Mental, que iniciou um forte processo de questionamento nas políticas de assistência” (VASCONCELOS, 2000, p. 22). O movimento do ‘MTSM’ começaram a articular em congressos de psiquiatria e ganhavam corpo com vista de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, com a aprovação da Lei 180 que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália (VASCONCELOS, 2000).

Os movimentos neste período objetivaram denúncias, reivindicações, pela mobilização da humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, melhores condições de trabalho para as equipes, expansão de serviços ambulatoriais. Neste contexto foram feitas as primeiras tentativas de mudanças, através do sistema global de saúde no país o plano ‘PREV-SAÚDE’, em que mais tarde esse plano passa a ser nomeado como ‘Reforma Sanitária’. Com esta implementação do ‘CONASP – Conselho Nacional de Saúde Previdenciária’, houve uma expansão ambulatorial em ‘Saúde e em Saúde Mental’. (VASCONCELOS, 2000).

Em 1980 com a expansão e a Formalização do Modelo Sanitarista, inicia-se um processo chamado de Cogestão, entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência para a administração dos hospitais públicos, permitindo que a liderança do MTSM, implementassem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos, assim, surge o lançamento do plano CONASP em 1982-83, que possibilitou a implantação gradativa em todo o país do modelo Sanitarista das chamadas Ações Integradas a Saúde, que desaguam mais tarde no Sistema Único de Saúde – SUS, sendo consagrado então pela primeira vez na I Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2000, p. 24).

Entre os anos de 1987 a 1992, foram os anos da luta antimanicomial, e as estratégias de desinstitucionalização psiquiátrica, mas por parte dos governos naquela época que não queriam saber dos interesses democráticos em Saúde Mental, teve uma exceção na qual o governo do Estado do Rio Grande do Sul, acaba por permitir um avanço, nessas políticas de Saúde Mental (VASCONCELOS, 2000).

Mas colocando aqui a não intervenção do Governo Federal em relação à Saúde Mental, podemos perceber como já dito neste trabalho os grandes avanços das políticas em Saúde, quer dizer, em relação à consolidação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica em Saúde que apoiaram o Sistema Único de Saúde em 1990.

Vasconcelos (2000) afirma que com o modelo de desinstitucionalização, a Itália, passa por uma transformação, diante de movimento de lutas para a reforma psiquiátrica, assim, sendo, o mesmo movimento encontrado no modelo Sanitarista, através da humanização dos hospitais psiquiátricos, com os avanços nos objetivos e estratégias do qual se quer chegar, lutando pela implementação dos serviços que substituíram os hospitais psiquiátricos convencionais.

Contudo, o marco na história da psiquiatria brasileira deu-se em 1992 na II Conferência de Saúde Mental, marco este da implementação das primeiras experiências de 'rede de cuidados' a partir do novo modelo de se fazer saúde mental com o propósito já referido ao parágrafo acima, modificando o entendimento de que os indivíduos fossem culpados por sua situação.

Em decorrência desse processo foi a abertura de 200 Serviços de Atenção Psicossocial (CAPS) mostrando um processo de substituição da assistência psiquiátrica baseada na internação, assim esses novos serviços chamaram os profissionais da área Social e da Saúde para fazer parte da equipe multiprofissional, para poderem garantir os direitos sociais dos usuários dessas instituições com tratamentos terapêuticos interligado com Redução de Danos (VASCONCELOS, 2000).

Portanto, as instituições denominadas CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), foram criadas para diminuir o número de internações criando assim uma relação assistencial com o usuário, conforme o Ministério da Saúde (1992, p 1-2), portaria GM 224/92 que oferece atendimentos, cuidados intermediários entre o

regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um dos turnos em 4 horas, por equipe multiprofissional.

O Primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, inaugurado na cidade de São Paulo no ano de 1986 denominado 'Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Serqueira, conhecido como CAPS da rua Itapeva' (BRASIL, 2004).

Como sabemos os CAPS foram criados a partir de um grande movimento histórico social, com a luta da anti-psiquiatria, assim neste contexto apontaremos a Portaria GM de nº 224/92, que dispõe diretrizes, dos exercícios dos serviços dessas instituições com o princípio da universalização, integralidade das ações, garantia da continuidade de atenção ao usuário, multiprofissionalidade na prestação de serviços, ênfase na participação social, responsabilidade da parte gestora da instituição, comprometimento, assiduidade, ética profissional, sigilo, encaminhamentos às redes institucionais.

Apresentado os movimentos sociais em favor da saúde pública, do contexto histórico, articulando a legislação com a historicidade de lutas, passando pela estratégia de implementação de serviços que substituíram os hospitais e asilos, criasse ambulatorios de Saúde Mental, e os CAPS, conforme a portaria 224/02, que define:

1- Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório 1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares.

2- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

Hoje, os CAPS são regulamentados pela "Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002¹³ e integram a rede do SUS (Sistema Único de Saúde), que tem missão de dar atendimento para as pessoas que sofrem de transtornos mentais severos ou persistentes" (BRASIL, 2004). Os Centros de Atenção Psicossocial são constituídas

¹³Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por complexidade e abrangência populacional, o objetivo desses CAPS tem o mesmo propósito, atendimento aos usuários em Saúde Mental, distinguindo-se pelas características descritas no:

Artigo 3º desta Portaria de nº336/02, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Os CAPS são entendidos como um caminho para a transformação da assistência que se concretiza a partir da Portaria 336/02 GM, a organização de uma ampla rede de cuidados (YASUI, 2006). Quer dizer, que a instituição além do processo de tratamento do usuário em relação a desintoxicação, internação e Redução de Danos, também as redes institucionais trabalham em conjunto para melhor engajamento com o usuário, tecendo um conjunto de cuidados, implementação da politização de Saúde Mental, viabilização de direitos sociais as políticas públicas. O CAPS viabiliza para cada usuário que busca um cuidado, um Plano Terapêutico Singular - PST¹⁴ (YASUI, 2006) a se pensar diversas estratégias da equipe multiprofissional para com o usuário.

Enfim, o CAPS tem muitas dificuldades ainda, com a interdisciplinaridade, a inclusão do usuário nas redes institucionais, pois além da diversificação e complexidade de cada histórico de vida do usuário, se faz abordagens diversas. Assim podemos destacar também a falta de subsídios frente as demandas apresentadas pelos usuários, a falta de materiais, demanda excessiva de novos usuários, transporte para visitas domiciliares, dentre outras dificuldades.

No ano de 2008 no Estado do Rio Grande do Sul, aconteceu um movimento dos trabalhadores vinculados a comissão de políticas públicas do Conselho Regional de Psicologia, em defesa do engajamento da Reforma Psiquiátrica numa maneira de defesa dos princípios do SUS no campo da Saúde Mental. O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade em diferentes

¹⁴A 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 (MACHADO, 2009, pg. 243).

contextos sócio- históricos do usuário, assim, muitas vezes tentando consertar a realidade atual em que vivem.

Segundo Maragno et al (2006), estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Quadros como sintomas nervosos, depressivos, mesmo não atendendo todos os critérios dos diagnósticos da doença mental, mostrar-se uma elevada prevalência nas pessoas adultas. Entretanto, apenas uma pequena parcela deles é identificada e tratada, aumentando assim o sofrimento individual e trazendo implicações socioeconômicas significativas, na medida em que tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde.

A psiquiatria vem sendo sempre reconstruída, com a assistência do Estado em dois pontos, no primeiro ponto, a normatização das Leis e Decretos e no segundo ponto, pela gerência dos custos não só do tratamento, mas também da equipe multiprofissional que atua nas instituições públicas da sociedade. A Saúde Mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos e sociais dos que adquirirem esta doença.

Por vez, é construído com o usuário um Plano Terapêutico Singular - PTS, nas instituições CAPS que auxilia para encaminhamentos às atividades que são disponibilizadas com ele e também as redes institucionais, com isso, os usuários além da equipe multiprofissional que também interveem com o mesmo, tem aquele profissional que ficará de alusão ao usuário para manter um maior diálogo, na acolhida, com possibilidade de melhora de sua qualidade de vida, também com o viés de fortalecimento de vínculo familiar e redução de Danos.

Portanto, o movimento de desinstitucionalização de Franco Basaglia em suas diretrizes a influência da experiência Italiana, acarreta uma nova visão indicando novos dispositivos para a assistência em Saúde Mental, dando relação de interdisciplinaridade e integralidade da atuação profissional em equipe com o usuário, com o tratamento em medidas terapêuticas, em atividades disponibilizadas pela instituição, e não somente a internação do mesmo. Assim, a articulação, a conexão, ações complementares das redes institucionais, garantem a integralidade

da atenção aos segmentos sociais de vulnerabilidade ou em situação de risco social e pessoal.

2.2 A Redução de Danos como estratégias de fortalecimento do vínculo familiar

Neste subitem, será abordado breves aspectos sobre Redução de Danos como uma estratégia de medidas de prevenção (terapêutica), será posto seu objetivo para com os usuários de álcool e outras drogas. Podemos dizer que a Redução de Danos é interligada com as políticas públicas, porque, é a partir da garantia dos direitos e de prevenção que se viabiliza, a diminuição de doenças e violência, efetivando a autonomia do sujeito e sua (re)inserção social, fazendo-se necessário a participação das redes intersetoriais.

A Redução de Danos passou a ser pensada no Brasil a partir de 1989, visto que a tentativa de tratamentos terapêuticos aos usuários de álcool e outras drogas, não estava sendo eficaz.

Em 1989, foi então a primeira vez que se implementou-se no Brasil esta estratégia de tratamento ao usuário, no município de São Paulo – SP, por causa dos altos índices da doença da AIDS que estava vincada ao uso indevido de drogas injetáveis, pelas trocas de seringas que as pessoas faziam. Foi abordado nesses anos uma proposta de prevenção, contudo a “[...]Redução de Danos se torna uma estratégia de produção de Saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde [...]” (PASSOS; SOUZA 2011, p. 154).

A politização de Redução de Danos teve seu resultado em promulgações de Leis, fazendo com que esta estratégia de tratamento ao usuário fosse legitimada, através dos programas de prevenção de doenças. Faz-se então uma expansão para outros Estados e Municípios ao aderirem desta estratégia de prevenção de Redução de Danos com os usuários. No Rio Grande do Sul o programa de Redução de Danos foi no ano de 1996, na capital na cidade de Porto Alegre, com o mesmo princípio do Estado de São Paulo.

O que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a flexibilidade no contato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde, utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Considera-se o que é pedido e as possibilidades para compor um acompanhamento, com combinações em comum acordo, chamado de plano de ação terapêutico (CONTE, 2003).

Com a aplicação deste programa para com os usuários de álcool e outras drogas, podemos perceber o tamanho do problema que o Programa de Redução de Danos passou logo que veio ao Brasil e em todo o seu trajeto histórico, pois os usuários de drogas são estigmatizados e excluídos do social, essas são as representações das facetas da Questão Social, a não inclusão do usuário e a não politização das políticas públicas que viabiliza os direitos sociais. Contudo, o Programa de Redução de Danos, foi inserido para desmistificar este olhar do senso comum, porque além de promover garantias de direito, podemos salientar que esse se torna um método de Saúde que acolhe esses usuários de entorpecentes, "[...]como cidadãos de direitos e sujeitos políticos" (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Então o Programa de Redução de Danos, faz uma abordagem ampla como afirma Oliveira (2003), é ainda um assunto muito complexo a se debater, mas com objetivo de prevenção, ao tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários de entorpecentes, fazendo alusão às drogas lícitas, com estratégias ensinadas aos mesmos, para minimizar os riscos relacionados com o consumo, com o autoconhecimento a partir do uso das substâncias psicoativas, podendo assumir as responsabilidades por suas escolhas sem prejudicar a si próprio, e a terceiros.

A Redução de Danos faz com que o usuário se enxergue como autor de sua própria vida, levando a autonomia do sujeito, oferecendo ao usuário um espaço de reconstrução. Então, é trabalhado com o usuário, não a partir da abstinência e sim um modelo de tratamento da melhor forma de se trabalhar com o dependente químico, mostrando-lhe os maléficos que podem acarretar o uso indevido da substância.

Desta forma, o anúncio que a política de Redução de Danos faz é o da possibilidade de haver outras estratégias de abordagem ao uso e abuso de drogas que não aquela fundamentada na repressão, exclusão e associação imediata a problemas médicos, pois, se pensarmos que tanto a maneira de ver quanto de tratar o usuário de drogas está diretamente relacionada ao lugar que este ocupa na malha

social, fica evidenciado o núcleo de opressão que gira em torno da questão (QUEIROZ, 2007).

Os Programas de Redução de Danos anunciam através das instituições, um espaço de construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) com o usuário, com viés a subjetividade e responsabilidade do mesmo. Apoiando o sujeito em sua capacidade de reflexão, e promover estratégias dele mesmo poder desenvolver esta capacidade de autonomia. “Colocando-se na contramão das tentativas de controle do sujeito” (QUEIROZ, 2007, p. 155), é o que muitas fazendas de tratamento estão fazendo, pois o sujeito antes de ir para a fazenda, passa por uma desintoxicação que dura em torno de 21 dias de abstinência, a partir daí, o usuário inserido neste tratamento para a internação em fazendas, fica livre em sua arbitrariedade, pois se ele quiser se desligar da instituição ele pode, mas antes disso é trabalho a sensibilização das causas de possíveis danos e com isso ele irá decidir, e isso faz que o usuário e o profissional tenha um vínculo de confiança.

Os familiares que ficam responsáveis por cuidarem direto dos usuários que estão em tratamento nas instituições psicossociais, sofrem também, tornando uma sobrecarga para os mesmos. As famílias muitas vezes tem de se organizar com gastos, mesmo algumas instituições sendo universalizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com medicações que a Farmácia Popular não disponibiliza, contudo, gastos com alimentação, vestuário, também com outros fatores que são modificados nos grupos familiares, como: a limpeza da casa, compras, diminuição do lazer, atividades que talvez o usuário não possa cumprir são repassadas a outros do membro familiar, esses detalhes, acarretam na estrutura familiar (CALDANA et al., 2006), isso mostra, que não somente a pessoa que usa entorpecentes acaba desencadeando outra doença, assim, como o transtorno mental mas também seu familiar, os usuários não sofrem sozinhos.

Diante destas situações colocadas no parágrafo acima, podemos dizer que compete aos profissionais, no apoio à família, orientá-la, e fortalecê-la, onde o tratamento do usuário não se abrevia somente à remédios e internações ocasionais, mas também a ações e procedimentos de fortalecimento de vínculo familiar, que visa a participação dos familiares na instituição, onde o usuário faz seu tratamento terapêutico. Assim, a perspectiva pensada é assistencial, sendo então, identificado na instituição dos CAPS, ações e atividades desenvolvidas para o grupo familiar (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS, consideram a família como base fundamental na vida dos usuários:

Configuram-se como atividades de atenção à família no CAPS Fragata o acolhimento, a visita domiciliar, o atendimento individual e em grupo aos familiares, buscando assim, implementar essa parceria e a interação entre os atores desse processo. Assim, o CAPS busca o redirecionamento da assistência nos responsáveis do tratamento no contexto da reforma psiquiátrica brasileira por meio da inserção familiar[...] (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p.130).

A vivência familiar em relação aos CAPS, é essencial na vida de um usuário de álcool e outras drogas, porque possibilita as inclusões, as valorizações, e identificações no que diz respeito a vida do seu membro familiar usuário nessas instituições. Através das escutas com um integrante familiar do mesmo, pode-se identificar a problemática que a trouxe naquele momento, e o trabalho em grupos, movidos pela equipe multiprofissional, que fará uma atenção voltada para esta pessoa que também está sofrendo com o usuário de entorpecentes e que sofre algum tipo de transtorno, proporcionando assim, um momento sincero e responsável estabelecendo vínculos familiares com os profissionais da área da Saúde Mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Muitas vezes os familiares tem uma certa resistência em parceria com a equipe multiprofissional dos CAPS, em troca de informações, pelo convívio diário, em esclarecimento de dúvidas, dentre outras. A partir destas resistências, é realizado um trabalho minucioso para poder resgatar o vínculo entre os familiares, profissionais e usuários, nas diferentes maneiras de trabalhar o cuidado em Saúde Mental, por meio de habilidades com a família que convive com o usuário de álcool e outras drogas, incluindo a integração desses, em espaços cotidianos de trabalhos e lazer (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Assim, o vínculo familiar requer um trabalho conjunto das instituições psicossociais junto dos familiares dos usuários, cuidando para que este vínculo obtido não se rompa, com objetivo de perspectiva retilíneo e contínuo ao mesmo tempo do tratamento do usuário, em escutas com os grupos familiares, acolhimentos, visitas domiciliares, busca ativa, oficinas e grupos, pondo em prática então o saber profissional vincando às estratégias para que essa finalidade se concretize.

Desde o início da Reforma Psiquiátrica identificamos a exclusão social das pessoas que tem transtorno mental, na sociedade burguesa capitalista. Esta exclusão se desenvolve por vários motivos envolvendo o preconceito, mas um dos motivos são os usuários estigmatizados como seres improdutivos, sem capacidade para o trabalho. Cabe neste contexto histórico a politização e empoderamento dos mesmos, pelo tripé da seguridade social, pelo modo mais seguro da viabilização de garantia dos direitos sociais.

Realiza-se um paradigma posto pelo Ministério da Saúde (2003a), na qual reflete na assistência ao usuário de álcool e outras drogas, quer dizer, por haver as ausências de cuidados e exclusões sociais, nos serviços públicos universalizados de saúde, que o modelo de Política de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas foi abordado nestas instituições com princípios de atenção à esses usuários, em conformidade com os princípios da política de Saúde Mental, seguradas pela Lei 10.216/2002, assim, ainda como assegura Passos (2003) o modo como enfrentamos a problematização do uso as drogas é no princípio de Redução de Danos, com a atenção integral para essas pessoas usuárias de álcool e outras drogas, e a amplitude de variados tipos de drogas, requer uma aceitação de autoconhecimento do usuário em relação a si mesmo, pois sendo sensibilizando, que o usuário saberá o que é permitido e proibido, no sentido de malefícios para sua saúde.

O Redutor de Danos, segundo Passos (2003) surge como um mediador experiente, apoiado nas drogas e não contra ela, assim, a politização para com os usuários, serão postos os malefícios, mas não o julgando como lícita ou ilícita, e nesta perspectiva de trabalho, que o Assistente Social irá atuar no campo da Saúde Mental.

Segundo Nunes et al (2010) o uso abusivo de álcool e outras drogas pode acarretar em danos para a saúde dos usuários, mas aqui ele salienta, as diferentes formas do uso dos entorpecentes, e que não generalizando para o público usuário de drogas, que nem todos os usuários tem problema com seu uso. Com os diversos tipos de usos das drogas, o consumo não necessariamente irá acarretar malefícios na vida daquela pessoa usuária.

Acaba que as políticas de direitos aos usuários são diariamente julgadas pelo público de senso comum, no que dizem respeito na mídia que aliena essas pessoas para que acreditem, que este público usuário de substâncias psicoativas, conduzem a violência, de toda uma sociedade. Assim, pondo a esta pessoa usuária, como se

fossem estorvos e com isso acarretando a não inclusão dos direitos sociais. Nunes et al (2010) afirma que o uso dessas substâncias psicoativas sempre esteve presente na historicidade do ser humano, claro que, em diferentes contextos sociais, político e econômicos. Também, com diferentes empregos desse tema, comumente unido à vontade do homem, na busca por aspectos simples, de mudar a sua realidade momentaneamente, aliviar seu estado de espírito e modificar seu estado de sua Saúde Mental de consciência, tentando consertar a realidade de vida na qual está inserido pela busca do prazer imediato.

Ao tratar deste tema das drogas podemos identificar, a vulnerabilidade ao qual muitas pessoas estão inseridas, procurando nas drogas expectativas de renda, pela precisão de ajudar suas famílias que se encontram, em uma cultura organizacional político-econômica capitalista, que são determinantes para a violação dos direitos civis, onde o apoio do Estado muitas vezes não acontece, para a garantia de condições mínimas de vida para estas famílias (NUNES et al, 2010).

O uso abusivo das drogas, podem vir de vários fatores determinantes, um deles pode ser os fatos colocados acima, do conserto à realidade vivida, da vulnerabilidade social, portanto como afirma Nunes et al (2010) no que diz respeito as drogas, quando falamos em terminar com as mesmas, não estamos indo a fundo no tema, pois, há outros desafios maiores a serem tratados neste assunto. Assim, a direção a se tomar, é um trabalho árduo de organização na viabilização na inserção dos usuários nas redes de cuidados, atuando com as redes intersetoriais estratégias sobre a descentralização sobre as drogas no País.

Ainda existem muitas pessoas que defendem a ideia dos hospitais, o processo de institucionalização, e no campo da Saúde Mental, isso deve ser quebrado, até porque, quando afirma Vasconcelos (2000) que em 1978 a Reforma Psiquiátrica acontecida através dos movimentos sociais, veio com uma proposta à desinstitucionalização, com o olhar, como já colocado neste trabalho, mais humanizado para os usuários que possuíam o transtorno mental.

Assim, no Rio Grande do Sul houve um movimento, apontando para o projeto ético-político, em um acordar ao cuidado dos usuários, voltados a um olhar transformador para a realidade de cada usuário, por volta de 2008 que nem afirma Nunes et al (2010) o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, realizou seu primeiro seminário, acarretado, diante de vários encontros anteriores, para a realização do mesmo. O evento realizado no Batalhão da Brigada Militar de

Porto Alegre, pode contar com a participação de quase 200 pessoas, de variadas profissões, usuários de diversos serviços, trabalhadores e outros. O tema abordado, neste primeiro encontro o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Redução de Danos.

Ainda em mesma perspectiva da autora Nunes et al (2010) ela mostra que a partir desses encontros do CRPRS, passou a se tornar muito importante, chamados em vários eventos para problematizarem o tema referentes ao uso de substância psicoativas. Com isso a autora quis dizer, que além da eficácia desses encontros houveram os contrapontos, atribuídas pela mídia alienadora a sociedade de senso comum. Quando ouvíamos as referidas propagandas explanadas pela televisão, rádios, internet e outros meios de comunicação, que falavam 'Crack Nem Pensar', afirma que além de ser uma propaganda de citação direta à negação do uso, colocasse a frente um problema para a negação.

O fato de abordagem, deste tema é contraditório com o que o CRPRS, vinha propondo a cada encontro, pois além de falar sobre o Crack, o que quer dizer, o que é, tinha que ser refletido também, não tão somente no Crack, mas nas substâncias psicoativas em seu amplo contexto, é preciso ter e fazer estratégias para a atribuição de políticas públicas sociais facilitadoras, para o acesso ao usuário, então a proposta de intervenção com os usuários não era a negação do consumo de drogas, mas sim a Redução de Danos como estratégia (NUNES et al).

Portanto ao construirmos a descriminalização, que se deu através da Leis antidrogas, que nem afirma Siqueira (2010), prestar uma fala que articula a extinção das drogas, é o mesmo dizer que, a sociedade ainda não atingiu um amadurecimento suficiente, em termos éticos e psicológicos para lidar com esta problemática. Portanto a atenção em saúde deve atender aos princípios mínimos estipulados pela Lei do SUS 8080/90, agregando novas estratégias terapêuticas que possam dar suporte para os usuários. E com isso é trabalhado com os mesmos o fortalecimento de vínculo familiar, para que uma pessoa a qual o usuário se identifique possa estar participando dos grupos e oficinas oferecidas à eles, com um viés não somente ao atendimento ao usuário, porque se fosse dessa forma, esse processo de atendimento exclusivo, também seria um processo de exclusão social para como conjunto familiar. Assim a dependência que aprisiona o usuário, em seu tratamento faz com que ele busque a autonomia e o protagonismo social.

Mesmo existindo as instituições psicossociais para usuário de álcool e outras drogas, vemos muitas falhas do sistema, visto que nos hospitais ao qual os dependentes químicos também podem fazer seu tratamento nas unidades de desintoxicação devido a não suportaçãomais aos riscos sociais provocadas a si mesmo, pela sua patologia, em seu consentimento, ainda é um ambiente muito sucateado. Pois, deste modo, afirma Oliveira e Santos (2010, p.78-79), incluímos outros setores e instituições, além dos CAPS na viabilização a integração, atenção e proteção aos usuários, pois, existem também, “as redes sociais e comunitárias; a atenção primária, [...] Centros de Convivência, Agentes Redutores de Danos; Serviços de Atendimentos Móveis (SAMU); Unidades de Desintoxicação (UD)” [...], dentre outras.

Mas para o Ministério da Saúde (2005) os CAPS são instituições de estratégias, para as organizações das redes intersetoriais no campo da Saúde Mental. Contudo ainda, na mesma linha, os CAPS disponibilizam atenção psicossocial, voltadas a inclusão social dos usuários de entorpecentes.

3 O SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS

Neste capítulo, será abordada a questão em Saúde Mental, considerando o exercício profissional do Assistente Social inserido neste campo. Um dos motivos desta abordagem se deve ao fato de que entre as profissões de saúde o Assistente Social, bem como falaremos mais adiante, é caracterizado como um profissional da área da saúde, baseando-se pela Resolução do CFESS nº383/99. O trabalho do Assistente Social tem sido estudado, assim como a sua atuação como profissional do campo da Saúde Mental, e suas relações interdisciplinares e multiprofissionais.

A Saúde Mental tem sido um desses espaços que vem ampliando a atuação do Serviço Social, onde o maior desafio que o profissional enfrenta frente às expressões da Questão Social, são as diversas formas de violação de direitos sociais. As expressões da Questão Social na Saúde Mental são expressadas pela exclusão social do usuário com transtorno mental, inviabilização dos direitos sociais, privação de seu convívio social e do sistema sócio-ocupacional no mercado de trabalho e a não inserção dos mesmos nas redes intersetoriais, sendo essa uma realidade que coloca o usuário como se fosse uma pessoa incapaz e estigmatizando-o, para o mundo do trabalho em uma sociedade capitalista preconceituosa e conservadora.

Desta forma, a finalidade do trabalho do assistente social está voltada para a intervenção nas diferentes manifestações da questão social com vistas a contribuir com a redução das desigualdades e injustiças sociais, como também fortalecer os processos de resistências dos sujeitos (materializados em organizações sociais, movimentos sociais, conselhos de direitos...), na perspectiva da democratização, autonomia dos sujeitos e do seu acesso a direitos (FRAGA, 2010, p. 45).

Vale a atribuição de que, o objetivo deste estudo trouxe a inquietação que alguns profissionais reiteram como discurso de dúvida da profissão, na área da saúde bem como afirma a autora Bravo (2004), então o projeto de reforma sanitária e psiquiátrica é essencial para a reconstrução do processo de trabalho em saúde onde o Assistente Social está inserido. Os desafios do Assistente Social na área da saúde parte da premissa dos modelos de se fazer saúde: “a integralidade, a

intersetorialidade, a interdisciplinaridade de atuação em equipe, o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção e controle social” (BRAVO et al, 2004, p. 15).

3.1 O Assistente Social inserido na Saúde Mental e suas estratégias de intervenção

Uma breve (re)construção histórica do Serviço Social na Saúde Mental ajudará a entendermos seu processo de intervenção e o saber profissional neste campo da Saúde Mental de modo a consolidar e ampliar a intervenção com o usuário dos CAPS.

No ano de 1905, os Assistentes Sociais começaram a ser chamados para estruturarem a composição da historicidade de vida de cada usuário, realizando estudos e coletas de dados econômicos sociais, físicos hereditários, mentais, familiares e emocionais, dando origem ao Serviço Social Americano, influenciando o Brasil no século XX (VASCONCELOS, 2000).

No século XX, nos anos 40, inicia-se a profissão de Serviço Social no campo da Saúde Mental no Brasil, influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento de Higiene Mental, que se aliaram demarcando a complementação e a área na atuação de competência do profissional Assistente Social. O Serviço Social abre espaço para a formação higienista nos currículos escolares, conteúdo este, empregado de forma complementar e subordinada, abordando então, um estudo totalmente científico e médico, e isto só veio a mudar em meados anos de 1970, pelo Conselho Federal de Educação (CFE) (VASCONCELOS, 2000).

Nessa época os Assistentes Sociais trabalhavam de forma subordinada para os médicos, as tarefas, eram em ações de levantamentos de dados sociais, sempre em contato com os familiares dos usuários, fazendo uma mediação para tratarem da alta do mesmo, também na confecção de atestados sociais (VASCONCELOS, 2000).

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja, classe dominante, o Serviço Social caminhava em seu processo de

institucionalização, atravessado continuamente pelo signo da alienação [...], os levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas a reprodução das relações sociais de exploração, fundamentais para a sustentação do processo de acumulação capitalista (MARTINELLI, 2009, p.135).

O Movimento Higienista surge com intuito de buscar melhores atendimentos nos hospitais e asilos psiquiátricos, “ampliando seu enfoque para a prevenção e a higienização mental na sociedade da época” (GUIMARÃES, 2013, p. 3). Entretanto os Assistentes Sociais trabalhavam com a assistência, atuando na coleta de dados com os usuários que tinham transtorno mental em contato com as famílias dos mesmo para o desligamento das instituições consideradas manicômios. Na época a hierarquia dos médicos em relação ao profissional de Serviço Social era de subordinação, de fazer subalterno, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2000).

Vasconcelos (2000) afirma que em 1946 desenvolve-se as primeiras práticas dos profissionais de Serviço Social, com o Serviço Social Clínico na perspectiva de adaptação do usuário com as regras impostas a prevenção patológica de diagnóstico mental. Por seguinte no ano de 1964, inicia-se com a Ditadura Militar, “com as reformas da saúde e previdência promovidas – com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada – ocorreu um aumento do número de hospitais psiquiátricos” (GUIMARÃES, 2013, p. 4), a doença mental passou a favorecer lucros neste contexto histórico, favorecendo a atuação de Assistentes Sociais na área de Saúde Mental.

A partir da Reforma Psiquiátrica em 1978, o foco não era mais os hospitais e asilos psiquiátricos, e sim a substituição por outros serviços psicossociais abertos e comunitários, atendendo as necessidades individuais dos usuários com transtorno mental com uma abordagem mais humanizada. Mas foi em 1980, que a segunda fase da Reforma Psiquiátrica impôs as esferas de Governo uma liderança pela Reforma, nas instituições visando três direções principais:

- o gerenciamento e controle geral do sistema, principalmente das internações fáceis e do processo de mercantilização da assistência na rede de hospitais conveniados;
- a crítica e “humanização” da realidade interna dos asilos e hospitais, com eliminação das formas mais severas de controle dos pacientes e ensaios de programas de reabilitação social, principalmente via oficinas expressivas e atividades laborativas, e alguns processos de desospitalização;

- a criação de equipes de saúde mental (psiquiátrica, psicólogo e assistente social constituíam a equipe mínima) em ambulatórios e postos de saúde, com regionalização das ações para uma atenção primária e preventiva em saúde mental, dentro do que foi chamado de “Ações Integradas de Saúde” (AIS), esboço do que constituiu mais tarde o Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS, 2000, p.193).

A partir desta mudança, era preciso basear esse processo de trabalho na lógica da ação territorial, ação grupal e no trabalho em equipe, atuando então de forma multiprofissional e interdisciplinar, para que o usuário pudesse ser visto nas suas maiores dimensões, e não apenas em ótica médica, da enfermidade e dos sintomas (VASCONCELOS, 2000).

Foi em 1988 com a Constituição Federal que, se consolidou os resultados das mobilizações sociais, com objetivos da ampliação da esfera pública de Governo e a democratização, discorrendo assim, da efetuação do tripé da Seguridade Social, que segura o direito às garantias fundamentais, sendo estas, Saúde, Previdência Social, e Assistência Social.

A relação do Serviço Social e a Reforma psiquiátrica, marca os movimentos democratizantes, com a descentralização do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica sobre um olhar à pessoa com transtorno mental, fez-se o pensar da profissão em uma nova conceituação, inaugurando um novo modelo de atenção, não somente em diagnóstico científico patológico da medicina, mas com um olhar voltado ao sujeito, utilizando-se o termo reabilitação psicossocial (ROCHA, 2012).

A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. Portanto, importa-nos que a reforma da psiquiatria significou a problematização social de saberes até então cristalizados, avançando na direção de reconhecimento da reabilitação social do indivíduo, promovendo uma atenção à saúde integralizada à seguridade social, buscando a efetivação da cidadania do doente mental e instrumentalizar a atenção psicossocial a este segmento (ROCHA, 2012, p.40).

Na década de 1990, Vasconcelos (2000) afirma que as entidades como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, promoveram uma forte mudança nas políticas de Saúde Mental Brasileira. Contudo,

o Serviço Social Brasileiro e o campo da Saúde Mental, possibilitaram uma aproximação com os mesmos princípios positivos no centramento na abordagem psicossocial individual com cada usuário, que vinham em direção ao processo de reconceituação da profissão.

O movimento psiquiátrico se aproxima dos objetivos na reorganização das políticas públicas sociais junto do Processo de Reconceituação do Serviço Social caminhando num sentido único, no período dos anos de 1990, no que diz respeito para a profissão de Assistente Social, um deslocamento para linha marxiana, em oposto dos ideais do profissional tradicional, resumindo-se na construção do Projeto Ético-Político da profissão dos meados anos de 1970 e 1980¹⁵ (FALEIROS, 2011). Ainda, neste mesmo ano, de 1990, com os movimentos de lutas pela mobilização da promulgação de Lei do Sistema Único de Saúde, nº 8080/1990¹⁶, ou seja, a Lei Orgânica Saúde (LOS), que detalha seus objetivos, diretrizes e competência a cada esfera de governo tanto, Federal, Estadual e Municipal, atribuindo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, é sancionada também a Lei nº 8.142/90¹⁷ que trata da participação da população na gestão do SUS.

O resultado da comunicação das esferas de Governo contribuiu para as ações dos serviços públicos com as equipes multiprofissionais, que tem por desafio o funcionamento do engajamento das redes intersetoriais para a efetivação do serviço, com o princípio a integralidade do usuário, e para se chegar a tal objetivo, surge em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), viabilizando um olhar humanizado para os usuários (ALCANTARA et al, 2013).

A profissão de Serviço Social usa de intervenção com os usuários o método dialético (categorias: historicidade, contradição e totalidade)¹⁸, possibilitando fazer

¹⁵ Foi construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional presente no Serviço Social brasileiro. Constata-se o seu amadurecimento na década de 1990, período de profundas transformações societárias que afetam a produção, a economia, a política, o Estado, a cultura, o trabalho, marcadas pelo modelo de acumulação flexível (Harvey) e pelo neoliberalismo (Conselho Regional de Serviço Social 17º Região) Fonte: <http://cress-es.org.br/projetoetico.htm> acesso em 22 de outubro de 2015.

¹⁶ Lei 8080/1990, Dispõe as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹⁷ 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.

¹⁸ O Método Dialético de Marx esclarece a realidade constituída pela sociedade capitalista (capital x trabalho), que na área do Serviço Social, procedendo-se no conhecimento em relação à Questão Social como objeto a ser 'desvendada' nas vidas dos usuários, historicidade: História de vida do usuário, Contradição: 'obstáculos' que se colocam para um olhar crítico a formação no atual contexto

com que os mesmos encontrem as determinações que os fazem ser o que é, o próprio sujeito encontrando seu Eu. As determinações trazem suas relações, “pois a compreensão do objeto deverá contar com a totalidade do processo, na linha da intencionalidade do estudo, que é estabelecer as bases teóricas para sua transformação” (WACHOWICZ, 2001, p.1). Esse método é utilizado como consciência do processo de transformação do usuário, concretizando um desenvolvimento para atingir a um objetivo chegando então à uma síntese, como afirma a autora Wachowicz (2001) que em seu artigo utiliza da concepção da dialética de Marx, a relação profissional com usuários é determinante na condução para se chegar a uma totalidade, e esse é um desafio profissional no campo da Saúde Mental.

Uma das características do método dialético é a contextualização do problema a ser pesquisado, podendo efetivar-se mediante respostas às questões: quem faz pesquisa, quando, onde e para quê? Não se trata de subjetivismos, mas de historicidade, uma vez que a relação sujeito e objeto na Dialética vêm a cumprir-se pela ação de pensar. As sínteses são constituídas numa relação de tensão, porque a realidade contém contradições. Assim, a totalidade, a historicidade e a contradição são as categorias metodológicas mais importantes na Dialética (WACHOWICZ, 2001, p.1).

“É nessa diversidade e no confronto teórico e histórico de sua formação e formulação que se coloca hoje o desafio de se encontrar uma definição que possa agregar propostas de ação, valores e métodos” (FALEIROS, 2011, p. 754). Propostas essas não somente vindas dos profissionais de Serviço Social, mas de um conjunto societário em perspectiva na justiça social e viabilização dos direitos sociais, através das políticas sociais públicas (FALEIROS, 2011).

Na realidade, o exercício do Serviço Social não se tenciona apenas entre propostas diferentes por parte dos profissionais, mas entre propostas societárias de mudanças. Nesse sentido, os profissionais brasileiros mobilizados pelas suas organizações profissionais (CFESS-Cress-Abepss) construíram uma proposta ético-política com compromisso democrático, da cidadania, de participação política e de crítica ao capitalismo e ao neoliberalismo “na luta pela construção de um novo projeto societário que tem como princípios fundamentais a liberdade e a justiça social” (CFESS-Cress, 1996). Essa perspectiva está presente no Código de Ética Profissional e vem sendo reafirmada nas manifestações políticas dos

da historicidade de vida dos usuários e Totalidade: trabalho de ‘múltiplos fatores’ com a prática e a teoria (práxis), chegando então a uma análise concreta (TÜRK, M. G. M. G, 2008).

profissionais, o que se pode constatar nos sites do CFESS e dos Cress (FALEIROS, 2011, p. 756).

Os profissionais Assistentes Sociais contribuem para o campo da Saúde Mental, com base no Código de Ética profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, formulando e implementando propostas que contribuam com a cidadania, mantendo um olhar crítico sobre o usuário de Saúde Mental e seus familiares, assim, O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica (GUIMARÃES, 2013).

A profissão, no entanto, mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais tendo em vista a construção de uma prática emancipadora, em que o assistente social desenvolva uma crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. Nesse contexto, o profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (GUIMARÃES apud, 2013, p. 6).

O Assistente Social na Saúde Mental, enfrenta muitos desafios, utiliza do instrumental técnico-operativo acompanhado da competência e extrema importância teórico-metodológica, tem que estar sempre informado sobre a situação de tratamento dos usuários em seu Plano Terapêutico Singular (PTS), fornecendo orientações e apoio sempre que solicitado, possibilitando uma leitura detalhada da realidade social em que o usuário está inserido. Os desafios do Assistente Social, são amplos em relação a intersectorialidade nas instituições, visam buscar estratégias, em combinação e aplicação das políticas sociais públicas, viabilizando o acesso às redes institucionais para os usuários que delas precisarem.

A relação de trabalho com os usuários do campo da Saúde Mental se dá através da integralidade das redes intersectoriais com encaminhamentos, visando a melhoria dos resultados e a qualidade dos serviços oferecidos, com o desvendamento e dinâmica dos processos sociais em sua totalidade.

Bravo (2001) afirma que os desafios postos aos profissionais, em especial os Assistentes Sociais, estão assentados com base nas principais diretrizes: da intersectorialidade; da interdisciplinaridade de atuação em equipe; de cooperação de

ensino e atenção entre os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental, trocando informações e saberes; de gestão, no viés de coordenação de instrumentos de trabalhos precários, sem o subsídio suficiente para dar suporte ao melhor atendimento para com os usuários; de controle social e o processo contemporâneo de desinstitucionalização, com um viés mais humanizado não tão focado somente na patologia dos usuários.

O Assistente Social utiliza das estratégias para conseguir chegar a tal objetivo e metas, na qual a resolução CFESS nº 383/99 afirma que na prática profissional o mesmo colabora com o atendimento das demandas trazidas pelos usuários, facilitando o acesso as redes institucionais, “[...] e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida [...]”(CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1999, p.1) O Serviço Social, deve articular e atribuir seu papel de atuação, teórico-metodológica, ético-política e teórico-operativa no campo da Saúde Mental.

É necessário refletir sobre quais fundamentos a estratégia da intersetorialidade tem sido traçada, pois na medida em que não há participação dos técnicos, gestores e usuários de maneira equânime para propor, implementar e fiscalizar pactuações entre políticas, objetivando os direitos sociais, os frutos da estratégia intersetorial tenderão a ser: contradições, brevidade, propostas incompletas, divergentes e sem o apoio necessário dos profissionais, da sociedade e do Estado (FRANÇA et al, 2012, p. 02).

Destacamos então o que Robaina (2010) afirma na Saúde Mental com diretrizes, princípios e estratégias próprias do campo, onde o Assistente Social e a equipe multiprofissional vêm dirigindo-se seu trabalho com as famílias, com muitos questionamentos em relação ao perfil dos familiares para com os usuários, a família tem um importante papel social e pode contribuir na prevenção do uso abusivo álcool e outras drogas, indo em busca de ajuda e no apoio ao tratamento de quem está tendo problemas como o uso de entorpecentes, sendo então a base de apoio que o usuário necessita e o serviço também compartilha o cuidado contínuo com os usuários. A outra matriz é a territorialidade, o Serviço Social tem a acumulação teórico-operativo estudado na academia, para identificar o perfil e articular esses aspectos “com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros” (ROBAINA, 2010, p.345).

O Assistente Social trabalha na dimensão técnico-operativa de seus instrumentos de trabalho com a concepção de totalidade de três dimensões, como: teórico metodológica, ético-política, técnico-operativa (MIOTO; LIMA, 2009), esses são elementos que contribuem para a efetividade da ação profissional, as instituições de modo geral mas principalmente na área da Saúde Mental no sentido de trabalhar com o usuário “condições de sobrevivência” (OLIVEIRA, 2008, p.9) àqueles que se encontram em extrema vulnerabilidade social de trabalho do Assistente Social em relação da atuação profissional, é de extrema importância para a intervenção com os usuários (OLIVEIRA 2008).

Na atuação profissional do Serviço Social com o usuário, busca-se transformar a natureza da realidade apresentada, trabalhando seus instrumentais como metodologia de trabalho: Entrevista, Visita Domiciliar, Observação, Escuta Sensível, Olhar crítico sensível, Estudo Social e Diagnóstico Social. Segundo Fraga (2010) O Assistente Social ou outro profissional, que deseja uma melhor ‘desenvoltura’ em seus afazeres profissionais, diga-se, em sua metodologia de trabalho técnico-operativo com o usuário, possui um olhar ‘crítico’, com um propósito de objetivo em ‘colher informações’, vincando com a Observação. Um dos instrumentos utilizados pelos Assistentes Sociais nas Instituições de Saúde Mental hoje em dia, é o (re)acolhimento realizado a fim de entender a historicidade de vida do usuário em sua totalidade, o que o levou o mesmo ao serviço, visitas domiciliares, escutas individuais ou como afirma (SCHULTZ et al, 2010, p. 3) que:

[...] junto com familiares contemplando o contexto sócio econômico, sócio familiar, cultural, demográfico enfim dados que darão relevância ao trabalho do Assistente Social no processo de conhecimento dá realidade dos sujeitos envolvidos, observações, estudos sociais, parecer social, reuniões de equipe matricial que viabiliza a compreensão do trabalho psicossocial aos trabalhadores da rede de saúde municipal, dentre outras técnicas e instrumentos [...].

O Serviço Social nos ambulatórios de Saúde Mental e nos CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, tanto terapêutico ou de desintoxicação do mesmo. Na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalhando com a identificação de necessidades sócioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais

específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas.

O Serviço Social na área da Saúde Mental, intervém com os usuários, no sentido da efetivação e garantia de direitos. O profissional também tem como objetivo a garantia digna do tratamento do usuário e usar de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos e ao mesmo tempo sua responsabilidade aos seus deveres. Não é só encaminhamentos de rede, além disso, a sua responsabilidade, como ir até uma instituição, levar a documentação necessária ou fazê-la, exercendo seu papel como cidadão.

Um dos desafios, que o Assistente Social tende a enfrentar, é a diretriz da intersetorialidade. A intersetorialidade, é um quesito primordial na intervenção com os usuários, muito importante no trabalho em Saúde Mental, sendo a articulação dos outros setores no acesso as políticas sociais públicas para o atendimento das necessidades dos usuários.

Levando em conta esta problematização e a peculiaridade do trabalho do assistente social na saúde mental, acreditamos que a articulação e atuação como referência em rede intersetorial deve ser exercida pelo profissional de Serviço Social, ou seja, devemos reivindicar a criação destas redes e nos apropriarmos deste espaço como forma de viabilizar direitos sociais em uma perspectiva integral, potencialmente capaz de fortalecer a autonomia do doente mental e, desta forma, colaborar para o processo de desinstitucionalização do usuário. Através das redes intersetoriais é possível intervir sobre as múltiplas expressões da questão social [...]. Assim, acreditamos que não deva ser o psicólogo ou o terapeuta ocupacional a referência na rede, mas sim o assistente social, pois a inserção neste espaço possibilita a materialização do trabalho profissional, fortalecendo a dimensão social da reforma psiquiátrica e ampliando a possibilidade de reabilitação psicossocial do doente mental (ROCHA, 2012, p. 57,58).

Outra diretriz, que envolve a interdisciplinaridade é constituir-se contundente para a concretização da intersetorialidade, são “[...] as redes apresentam dificuldades próprias da dinâmica social e da conformação história da política social no Brasil (fragmentada, desarticulada e pontual)” (ROCHA, 2012, p. 59), mas apesar de todas essas dificuldades é necessário que a equipe seja bem democrática no sentido de trocar conhecimentos, em atividades grupais, mostrando sua eficácia de se trabalhar em equipe multiprofissional. Coloca Vasconcelos (2000, p. 59) que “não há menor sombra de dúvida de que o setor da Saúde Mental, dentro do conjunto do

setor de saúde, é reconhecido hoje no país como o que mais avançou na direção da interdisciplinaridade”.

Não pode deixar de ser lembrada a importância do acoplamento de ensino e pesquisa aos novos serviços. A presença dos estudantes significa um elemento de “sangue novo”, “ventilação” e de “crítica” constante do serviço, pois os trabalhadores regulares atendem a ir naturalmente institucionalizando sua prática de forma rotineira. Além disso, a pesquisa traz sempre os componentes de avaliação, de sistematização e de propagação das novas experiências. A divulgação de trabalhos sobre essas práticas inovadoras em revistas científicas e na mídia convencional é fundamental para a sua legitimação e difusão mais ampla (VASCONCELOS, 2000, p. 62).

Nesta citação de Vasconcelos, ele se refere aos novos serviços, querendo dizer sobre os serviços dos centros de atenção psicossociais (CAPS) no campo da Saúde Mental, assim, quando Bravo (2001) remete as diretrizes de cooperação, ensino e gestão entre os profissionais, discorrendo num mesmo pensamento linear de Vasconcelos (2000) na importância da troca de saberes, e a inclusão da presença dos estudantes nas instituições de equipe multiprofissional, com uma visão crítica e ampla, de acordo com o projeto ético-político de cada profissão.

A cooperação dos profissionais e estudantes de relação interdisciplinar de ensino, deve manter o foco na mediação nos desfechos de cada demanda trazidas pelos usuários de gestão, e não em uma posição individual do profissional, inserido em equipe multiprofissional, podendo intervir na historicidade de vida dos usuários de uma maneira mais ‘central’, possibilitando uma democracia de opiniões diferentes, fazendo com que a direção a se tomar seja a mais adequada e eficaz para o tratamento do mesmo (BRASIL, 2013).

Na esfera do controle social, “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” (ROBAINA, 2010, p. 347). Com intuito de instigar a participação dos usuários e seus familiares nas organizações da instituição, o Assistente social com a sua imensa importância “deve programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente” (CFESS, Art. Nº 8, alínea ‘a’, 1993, p. 31), fazendo uma articulação promovendo a participação popular.

Por este mesmo viés, O Ministério da Saúde (2003b) afirma que a Política Nacional de Humanização (PNH) concretizada no ano de 2003, no Brasil, é um dos quatro acontecimentos dos movimentos de mobilizações de lutas, sendo estes: Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Neste mesmo ano de 2003, o Governo Lula, faz uma associação dos experimentos dos programas propostos nos anos passados, e chegando a culminação desta política, trabalhando com objetivo da Assistência Social e rompendo com o assistencialismo, com a finalidade aos “usuários do SUS, nos eixos das instituições, gestão de trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação e comunicação” (ALCANTARA, 2013, p. 338).

Princípios da PNH: Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: Transversalidade - Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; - Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho. Indissociabilidade entre atenção e gestão - Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2004, p. 09).

Um dos maiores desafios postos ao Assistente Social é o desenvolvimento de sua capacidade em entender a realidade dos usuários e construir estratégias voltadas à efetivação de direitos, usando de todo seu saber acadêmico, teórico e prático para se chegar a efetivação desses direitos. Na área da Saúde Mental a efetivação dos direitos parte da premissa das relações das redes, e do envolvimento da equipe multidisciplinar. Como Vasconcelos (2000) afirma, a multidisciplinaridade, pode ser concebida nas novas práticas da desinstitucionalização, nas instituições

voltadas para a humanização dos usuários, num sistema de referência do profissional para o mesmo em seu tratamento terapêutico.

A humanização, se implantou rompendo com as práticas desumanas de tratamentos torturantes antigamente, garantindo um convívio social a inclusão social, então o sujeito estigmatizado na época de doente mental, passa a ser cidadão de direitos, o que era omitido pela psiquiatria clássica.

A compreensão histórica hegemônica do Serviço Social, nos faz compreender, o enfrentamento do Assistente Social frente as múltiplas expressões da Questão Social, com desafios no campo da Saúde Mental, onde o Assistente Social irá trabalhar a reabilitação do usuário, em que a maioria dos casos, são pessoas em extrema vulnerabilidade social, com moradias insalubres, sem saneamento básico, pessoas que passam fome, que se quer sabem como funciona a gestão dos programas e benefícios, o não acesso a medicamentos disponibilizados pelo SUS, esses dentre os múltiplos desafios à inclusão dos usuários ao sistema para a viabilização dos direitos sociais. Segundo Fraga (2010) coloca que, o Assistente Social, Intervém na realidade social dos sujeitos por meio às demandas expressadas pela Questão Social, como 'exclusão social', 'pobreza', 'analfabetismo', 'desemprego' dentre outras, tendo em vista a contribuição na redução das desigualdades sociais e injustiças sociais.

Esses desafios, impõe para o profissional Assistente Social, frente a supervalorização de outros profissionais que nem coloca Vasconcelos (2000) na formação profissional dos médicos, psicólogos e psiquiatras, fica muitas vezes, caracterizado como um profissional técnico-administrativo dentro das equipes de Saúde Mental. E com isso acarreta o descrédito à profissão de Assistente Social, "uma vez que o usuário personifica no profissional o problema conjuntural das políticas sociais" (ROCHA, 2012, p. 50), acabando no desfecho de seletividade das políticas públicas para a efetivação do trabalho profissional, da profissão do Serviço Social no campo da Saúde Mental.

Numa outra perspectiva dentro de um viés teórico-metodológico e ético-político, a atuação do Serviço Social no campo da Saúde Mental, deve-se preservar a sua autonomia profissional e sua identidade, sem negar a interdisciplinaridade. Irá ter casos da historicidade de vida do sujeito que é de caráter sigiloso, onde vem acarretar risco social para o mesmo e não deve ser compartilhado com a equipe multiprofissional. Os desafios postos ao Serviço Social são tantos, com análise

crítica de sua efetivação, que tem de ser trabalhado essa peculiaridade dentro de vários contextos deste campo da Saúde Mental que o Assistente Social atua.

Afinal, o Assistente Social na contemporaneidade se coloca frente as esferas de direitos sociais e a inclusão social do cidadão à serem assegurados pelo Estado laico e democrático. Independentemente das demandas trazidas pelos usuários, os assistentes sociais podem objetivar e prover as necessidades humanas, com a intervenção de seu trabalho para com o sujeito. Portanto, esse direito ao acesso à Assistência Social, Saúde e Previdência Social foi assegurada em 1988 pelo tripé da seguridade social, incluída pela Constituição Federal, não podendo esquecer que para essa garantia, houveram grandes lutas e movimentos sociais.

3.2 O fazer profissional do Assistente Social no CAPS ad II Caminhos do Sol

Visto a historicidade do Assistente Social inserido na Saúde Mental no subitem anterior deste capítulo, abordaremos neste outro subitem a atuação do profissional Assistente Social no CAPS ad II Caminho do Sol, com intuito para a reinserção psicossocial dos usuários da instituição no campo da Saúde Mental.

Ao partir do pressuposto de humanização na qual é o objetivo do Serviço Social na instituição CAPS ad, em garantia dos direitos sociais e intervindo nas expressões da Questão Social faz-se necessário uma análise sobre o processo de trabalho do profissional do Assistente Social na Instituição.

Deste modo, foi analisado o cotidiano do fazer profissional Assistente Social na instituição do CAPS ad II Caminhos do Sol, visto, a existência da instituição desde o ano de 2003 e o Assistente Social atuando em diversas demandas trazidas pelos usuários, tais como: o preconceito, a inviabilização de acesso aos direitos sociais, a falha das redes intersetoriais, o estigma, a vulnerabilidade social, o uso abusivo de álcool e drogas, dentre outras expressões da Questão Social. “O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atenção profissional em uma perspectiva totalizante” (CFESS, 2010, p. 34).

O Assistente Social na instituição, enfrenta muitas dificuldades, sendo que essas se resumem na precarização do sistema, no que diz respeito aos subsídios

repassados à instituição por determinação da Lei, assim como na disponibilização do transporte, pois esse não é só disponível para a instituição ficando à mercê de outros serviços, não dando conta das demandas postas pelas redes sociais, para a viabilização do fazer técnico-operativo e teórico-metodológico do Serviço Social, como por exemplo em uma Visita Domiciliar.

Observa-se a ausência, de recursos materiais, como passagens de ônibus para alguns usuários que precisam utilizar mais de dois ônibus no dia, para chegar até a instituição, pois é concedido um limite de passagens para cada usuário, onde esse limite é de duas passagens diárias, uma outra dificuldade então é a onde a organização da equipe acaba individualmente, visto que a instituição é composta por uma equipe multiprofissional.

As condições ética e técnicas do Serviço Social na Instituição em relação aos recursos físicos estão em conformidade com a resolução 493/2006 do CFESS, pois tem uma sala, computador, cadeiras e mesa, somente, para o Assistente Social e os estagiários de Serviço Social para a intervenção com os usuários

Considerando a aprovação da presente Resolução em Reunião Ordinária do Conselho Pleno do CFESS, realizada em 20 de agosto de 2006; RESOLVE:

Art. 1º - É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º - O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

Ao analisar o estágio supervisionado na instituição no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, pode-se perceber que as demandas mais decorrentes em relação ao pedido de passe livre interurbano, que é de direito dos usuários, na qual em primeira abordagem da estagiária junto do Assistente Social, foi o encaminhamento dos usuários que solicitaram, para a realização da carteira, efetivada no Centro Integrado à Saúde e Bem Estar Social (CISBES) Santa Maria –

RS. Foram realizados também, encaminhamentos para a Secretaria do Desenvolvimento Social, para a solicitação do benefício do Programa Bolsa Família.

Também realizados, orientações e encaminhamentos, sobre rede de serviços, esclarecimentos de aposentadorias, auxílios e benefícios, na intervenção de (re)acolhimentos aos usuários em tratamento terapêutico na instituição. No segundo semestre de 2014, através da observação da estagiária pode perceber a falta do acesso as informações para os usuários do CAPS ad, e a partir deste momento, surge um projeto de ação e intervenção, na qual a estagiária entrevistou com os mesmos para a garantia de seus direitos, que será abordado no capítulo 4 deste trabalho.

No primeiro semestre de 2015, notou-se o fluxo enorme das demandas envolvendo os atestados, ou seja, comprovação dos usuários no serviço, para a verificação da empresa em que o usuário está trabalhando, em decorrência de seu tratamento, disponibilizados pelo profissional Assistente Social. É no cotidiano profissional, no dia-a-dia em acompanhamento dos usuários que é possível identificar a sua demanda.

O trabalho do Assistente social no CAPS ad, se dá a partir da construção e reconstrução do seu fazer profissional na instituição, pois, é através de seu instrumental teórico-operativo, Guerra (2000) quando afirma que através do atendimento às demandas postas pelos usuários, “os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações” (GUERRA, 2000, p. 2). Isso significa que, sua intervenção, se compõe das orientações através das mediações, sendo o usuário o protagonista principal, da ação do objeto das expressões da Questão Social, com a importância de alcançar a compreensão das particularidades da historicidade de vida de cada usuário. O reconhecimento da instrumentalidade em atuação profissional no CAPS ad se compõe através das suas especificidades na política de Saúde Mental.

Segundo Mito (2006), o Assistente Social tem que se planejar diante do espaço sócio-ocupacional que está inserido, pois, as intervenções do processo de trabalho do profissional na qual foi identificada no trabalho do Assistente Social, da instituição do CAPS ad II Caminhos do Sol, foi a realização de entrevista no acolhimento ou recolhimento dos usuários do CAPS ad que chegam referenciados pelas redes sociais, afirma Gerber (2007) que a entrevista faz parte da instrumentalidade do Assistente Social, pois a partir da entrevista com o usuário, o

profissional poderá ter informações na qual poderá intervir na demanda que o mesmo irá trazer.

O Acolhimento, segundo Gerber (2007), acompanhará a entrevista a partir de uma introdução de 'questionamentos', 'reflexão', 'clarificação', 'silêncio sensível', 'apropriação do conhecimento', que nem se percebe no trabalho do Assistente Social ao desenvolver seu Plano Terapêutico Singular (PTS), as informações referentes a instituição, como funciona o serviço de gestão, é o momento do Assistente Social apresentar-se com cordialidade, informando o seu fazer profissional e também de toda a equipe e as competências profissionais, para a viabilização posteriormente de acesso as redes intersetoriais da qual for desprovida. Tendo mera importância em separar a linguagem informal do profissional Assistente Social ao encontrar com algum usuário, com colocações verbais de linguagem, como 'mãe', 'cara', 'amigo', 'vó', dentre outras, sabendo que o usuário que se encontra naquele momento na instituição não é parente do Assistente Social, e isso acaba acarretando num modelo artificial de intervenção para com o usuário.

Os pareceres sociais que são emitidos pelo Assistente Social da instituição, para o órgão jurídico da Comarca de Santa Maria, ou também, de uso para obtenção de controle de informações pessoal do profissional e também da instituição do CAPS ad, afirma Gerber (2007), a perícia social, remete a opinião vincada a historicidade de vida do usuário entrevistado e (re)acolhido, fundando-se em sua intervenção, com os exteriores mais importantes da demanda trazida para o profissional.

A observação, é um instrumento de utilização do profissional Assistente Social, conforme Gerber (2007, p.11), sendo utilizada na escuta sensível do profissional, "não fazer pré julgamentos e/ou discriminação. Envolve atitudes de perceber, tomar conhecimento de uma situação/demanda". Na construção o Plano Terapêutico Singular (PTS) do usuário, a partir da observação, feita na entrevista de (re)acolhimento e parecer do mesmo, podemos encaminhar os usuários para os grupos e oficinas disponibilizadas ao seu tratamento terapêutico, em busca da dinâmica com usuário, para prover um tratamento digno, proporcionando as relações interpessoais, a aprendizagem, a garantia de direitos sociais, viabilização de marcações de consultas médicas, reflexão, dentre outras. Para poder se tornar eficaz seu tratamento junto à instituição.

Quando o Profissional Assistente Social do CAPS ad faz a intervenção com os usuários, o primeiro contato na (re)acolhida do mesmo são as orientações e

encaminhamentos, indicadas àqueles usuários. Pois, as orientações e apoio na viabilização dos direitos sociais dos usuários, são as explicações, sobre informações das quais os usuários não têm propriedade, que nem afirma Gerber (2007), pois ainda, pode-se ser planejado junto dos mesmos as 'orientações técnicas', para o 'enfrentamento' da problemática que o usuário está trazendo para o profissional.

Os encaminhamentos, que o profissional Assistente Social faz na instituição são destinados às redes de proteção intersetoriais, esses encaminhamentos são viabilizados através das demandas trazidas pelos usuários, podendo ser encaminhamentos para Programas, Benefícios ou políticas públicas: INSS - Aposentadorias por tempo de contribuição; pessoas com deficiência; por idade e por Invalidez, Benefício de Prestação Continuada, Auxílio Doença, Pensão por Morte, Auxílio Reclusão dentre outros – transferência de renda, como já citado neste subitem, para a Secretaria do Desenvolvimento Social do Município de Santa Maria – RS, no setor do Programa Bolsa Família, regulamentações de documentos civis e assuntos no que diz respeito a Saúde Mental dos usuários, serviços de emergência, dentre outros.

A forma de concretizar a abordagem dos sujeitos (individual, grupal, por telefone, pessoalmente, por escrito/questionário, eletronicamente...) bem como a utilização de instrumentos técnico-operativos [...], encaminhamentos [...], deve ser incluída em um Plano de Ação que detalhará o processo interventivo profissional do/a assistente social para responder as demandas da instituição à qual está inserido/a (GERBER, 2007, p.1).

As Reuniões regulares para a efetivação do trabalho, organizadas na instituição do CAPS ad II Caminhos do Sol, feita pela equipe multiprofissional, onde todos os profissionais participam, em especial o profissional Assistente Social, são realizadas todas às segundas-feiras à tarde, onde somente neste dia o serviço fica fechado exclusivamente para esta atividade, pois envolvem as demandas mais complexas dos usuários trazidas a instituição, com as interações voluntárias, involuntárias e compulsórias, serviços de viabilização das redes sociais, falha do sistema na viabilização de recursos financeiros, materiais dentre outras. O Assistente Social, irá intervir de modo a colocar, todos os seus processos de trabalho, que possa desmistificar o cotidiano de vida daquele usuário que trouxe consigo as demandas, que por vez pode ser de caráter de outro fazer profissional,

das(os) médicas, das(os) enfermeiras, das(os) psicólogos e dentre outras, para então repassar aos usuários, à efetivação de seu tratamento na instituição.

Portanto, foi identificado, como afirma Gerber (2007) os 'Processos Políticos Organizativos, Processos de Planejamento e Gestão e Processos Socioassistenciais', no que se refere ao Processo Político Organizativo da Instituição do CAPS ad, as intervenções do Profissional Assistente Social em intervenção individual com o usuário ou coletiva, também com seus familiares de referência. O Processo de Planejamento e Gestão, condiz com o fazer profissional, nos contatos institucionais, reuniões do serviço, universalizando as relações dos outros serviços aos usuários, em viabilização das redes intersetoriais e por último, os Processos socioassistenciais, que partem da premissa de todo o seu projeto ético-político, teórico -metodológico e técnico-operativo, em viabilização dos direitos sociais dos usuários da instituição.

Se as demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas), então elas exigem ações mais do que imediatas, instrumentais, manipulatórias. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e Políticos). Mais ainda, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teóricos e princípios éticos-políticos (GUERRA, 2002, p.59).

Portanto o Assistente Social irá trabalhar nestas três dimensões, adquiridas na sua formação acadêmica, utilizando seu instrumental técnico-operativo, o seu saber teórico-metodológico e a sua intencionalidade ético-política. Isso, faz com que mesmo depois de formado o profissional tenha a necessidade de continuar se atualizando construindo e desconstruindo seu objeto de intervenção profissional.

Esses foram alguns processos vividos pela estagiária de Serviço Social, onde a mesma pode observar e analisar o fazer profissional do Assistente Social da Instituição do CAPS ad II Caminhos do Sol, que por vez não conseguindo identificar toda a metodologia de trabalho do profissional, pelo tempo curto de estágio obrigatório do Curso de Serviço Social, pois este momento vivido rendeu a aprendizagem e apreendimento do trabalho profissional e supervisor de campo acadêmico, podendo identificar e entender os objetos postos pelas expressões da Questão Social, em seu espaço socio-cupacional de trabalho, de políticas sociais e culturais de cada usuário que faz seu tratamento.

4 VIVÊNCIAS DE ESTÁGIO

Neste capítulo que propõe aspectos a serem detalhados sobre a rede de atenção em Saúde Mental, na perspectiva da dimensão da análise institucional caracterizando e politizando através da práxis. Também a abordagem do perfil dos usuários que frequentam o CAPS ad II (Álcool e outras Drogas) Caminhos do Sol, com objetivo de entender como se implementou esta rede no município de Santa Maria RS.

A dinâmica da mobilização para a implementação, resultou-se da parceria entre o Governo Municipal, Estadual e Federal, tríade que devem garantir as condições de funcionamento do mesmo. Atualmente o município de Santa Maria – RS possui uma população em média de 280.000 habitantes. Enfim, a estrutura, subsídios serão abordadas a seguir, na legitimação da implementação desta rede institucional, pública de Saúde Mental (Relatório de Gestão, 2003).

4.1 Historicidades do CAPS AD Caminhos do Sol

O CAPS é uma instituição pública que tem como objetivo promover a recuperação, tratamento ao usuário de álcool e outras drogas. Para tanto, os usuários do serviço assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (Portaria Nº 336, 2002). O tratamento continuado de saúde dá direito ao usuário de receber passagens para deslocar-se até a instituição. O CAPS ad II, tem objetivo de proporcionar um ambiente familiar e não aqueles expressados em internações hospitalares, trabalhando o processo de desinstitucionalização, como já referido no capítulo 2.

A organização do CAPS ad II, é composta pela equipe multiprofissional. Esses profissionais desenvolvem o trabalho de (Re) acolhimento, consultas médicas, escuta, visitas domiciliares, encaminhamentos de documentos: para medidas jurídicas de internações compulsórias, internação de desintoxicação de

consenso do usuário, auxílios e benefícios financeiros, atestado de frequência, mas cada um destinado as suas competências profissionais.

O CAPS ad II Caminhos do Sol foi construído a partir de 2003 e está vinculado à Secretária Municipal de Saúde da cidade de Santa Maria, sendo aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, posteriormente pela Câmara de vereadores, Secretaria Estadual de Saúde e em última instância aprovado na esfera Federal em Brasília, garantido e amparado pelas três esferas de governos descentralizados, Federal, Estadual e Municipal, com o princípio de humanização à a autonomia do sujeito e a reinserção social do usuário. Seu público alvo abrangente são os usuários adolescentes, adultos e idosos (Relatório de Gestão, 2003).

Até maio do ano de 2004, as atividades do CAPS ad II eram realizadas inicialmente, na instituição do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), quando mudou-se, e hoje encontra-se no atual endereço, na rua Euclides da Cunha nº 1695, bairro Nossa Senhora das Dores.

A equipe deste serviço é composta por 15 trabalhadores, 14 concursados públicos e 1 contribuidora por uma empresa terceirizada de auxílio na limpeza, entre eles Fisioterapeuta, Médica Clínica Geral, Médica Psiquiatra, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistente Social, Redutor de Danos, Técnico em Saúde Mental, recepcionista, agente administrativo e auxiliar de limpeza. Em espaços acadêmicos, são inseridos os residentes para atuarem no campo da Saúde Mental de Serviço Social, Enfermagem e Psicologia.

O CAPS ad II Caminhos do Sol, tem doze anos de história, é resultado das três esferas de governo para garantir o funcionamento público, pelo SUS. A equipe multiprofissional do CAPS ad II, vem cotidianamente se atualizando em conhecimentos da Saúde Mental, tendo como objetivo, a reinserção do sujeito na sociedade, além de realizar o tratamento terapêutico com o usuário que procura a instituição.

Portanto, é importante entendermos em que contexto fazemos nossos julgamentos sobre “o que é usar drogas” e o que está por trás do que é lícito ou ilícito. Frente à complexidade do tema, temos o grande desafio de organizar nossos serviços e sistemas de cuidados aos usuários de drogas para evitar que estes reflitam visões equivocadas sobre como “resolver o problema das drogas”. O preconceito, discriminação e estigma aos usuários é uma barreira importante para o tratamento. Para além das abordagens técnicas de cuidado, a esfera da relação entre profissional e usuário

aparece como um fator fundamental para o cuidado adequado (RONZANI; NOTO; SILVEIRA 2014, p.5).

No CAPS ad II Caminhos do Sol se realiza atendimento às pessoas com transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas com o viés de trabalho a da territorialidade, de uma população específica, pois, a instituição abrange uma boa parte dos bairros da cidade de Santa Maria – RS, mas salientando que na cidade, existem quatro Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). O perfil dos usuários do CAPS ad II Caminhos do Sol, na qual a estagiária teve acesso à alguns prontuários são: adolescentes, adultos e idosos, mulheres e homens usuários de álcool e outras drogas com dependência química, com faixa-etária de idade entre os 14 anos até 65 anos de idade, onde podem vir a desenvolver outra doença que é CID: “F10-F19” Transtorno mental e comportamental devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas como referido anteriormente no texto (BRASIL, 2014).

Essa rede é composta por os seguintes serviços na cidade de Santa Maria: Conselho Tutelar; o Ministério Público Estadual; a Secretaria Municipal de Saúde; o CAPS Prado Veppo; o CAPS infantil; CAPS Ad Companhia do Recomeço; CAPS Ad II Caminhos do Sol; o CRAS Leste, Oeste e Norte; o CREAS; as Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família; a Casa de Passagem (Lar Acolher) para adultos; a Casa Abrigo de Meninas e Meninos; SAMU; Unidade Psiquiátrica do Hospital Casa de Saúde; HUSM (Pronto Atendimento Psiquiátrico – Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes); a Secretaria Municipal de Assistência Social; o SINE; o Ambulatório de Saúde Mental; Comunidades Terapêuticas; além de movimentos e coletivos da cidade, assim formando uma ampla guia de redes para encaminhamentos dos usuários que usam dos serviços na Saúde Mental.

O planejamento em grupo, envolvendo toda a equipe multiprofissional e a família do usuário, aumenta significativamente o desafio no impacto dessa estratégia, em relação ao tratamento de cada usuário da instituição. A família é a base essencial que atua amparando e dando suporte àquele usuário que no momento se encontra em vulnerabilidade social. Contudo o trabalho em equipe com relação a família é primeiramente, identificar o familiar de referência do usuário, entrar em contato sempre que necessário com o familiar e realizar “uma

psicoeducação¹⁹ sobre o uso de drogas” (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014, p.19), isso irá contribuir para que o familiar do usuário ajude para monitorar as prevenções de recaídas e situações de riscos (RONZANI; NOTO; SILVEIRA 2014).

De segunda a sexta-feira existe um cronograma a ser seguido pelos usuários, feito pela a equipe multiprofissional do CAPS ad II, construído por grupos e oficinas, que os profissionais os realizam com intuito de prestar atendimento em Saúde Mental diário, com objetivo às pessoas usuárias de álcool e outras drogas; promover a inserção social e relação interpessoal dos usuários através do trabalho, lazer/passeios, direito civil e fortalecimento de vínculo dos familiares; gerem a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental e dão suporte à atenção à Saúde Mental na rede básica de saúde do SUS.

Os profissionais que constroem com os usuários o PTS, podendo ser realizado de segunda a sexta-feira, com o usuário que chega para acolhimento, é neste momento em que é trabalhado com o usuário a sua demanda, e sua expectativa de funcionamento do serviço em si, apontando quais atividades e encaminhamentos são possíveis e necessários. Os recursos financeiros do CAPS ad são provenientes de um acordo legal, realizado com a Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, através da Gestão da Política de Saúde Mental.

No CAPS ad II Caminhos do Sol, podemos encontrar grupos e oficinas destinadas aos familiares dos usuários, podendo então ter um maior engajamento de identificação do que a instituição irá proporcionar para o seu familiar que ali se encontra fazendo tratamento.

Os tratamentos oferecidos aos usuários são de processos diurnos funcionando das oito da manhã até as dezoito horas da tarde, sem fechar ao meio dia. Com tratamentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos, passando por entrevista de (re) acolhimento para que sejam encaminhados ao tratamento mais adequado.

No CAPS ad II Caminhos do Sol, podem ser também encaminhados para os hospitais os usuários que passam pela desintoxicação, sendo o primeiro processo da internação dos mesmos para posteriormente ser encaminhados novamente para

¹⁹Procedimento Terapêutico, envolvendo os usuários e os seus familiares, contribuindo para que cada um consiga enxergar sua capacidade e aprimorá-las para fortalecer enfrentamentos dos problemas (Fonte: LEBON, A. “Psico-Educação: A Ciência do Viver com Educativo e Terapêutico”. Paidéia, FFCLRP – USP, Ribeirão Preto. Ano, 1997, p.22).

as fazendas, os hospitais de desintoxicação são: Hospital Piedade que fica na cidade de Nova Palma – RS; Hospital Santo Antônio que fica na cidade de São Francisco de Assis – RS; Hospital de Caridade na cidade de Santiago – RS; Hospital ISEV – Instituto de Saúde e Vida que fica na cidade de Cacequi – RS; Casa de Saúde que atende somente mulheres, crianças e adolescentes que fica na cidade de Santa Maria – RS, esses hospitais ficam em tratamento de processo de desintoxicação entre 7 dias, podendo-se chegar até 21 dias.

As internações em fazendas e hospitais para a abstinência do usuário se dá em segundo momento, depois da desintoxicação, as fazendas que acolhem os usuários são: (casos crônicos de usos de álcool e outras drogas) Hospital Pacto que fica na cidade de Ivorá – RS, atendendo só gênero masculino; Hospital Pacto que fica na cidade de São Sepé, atendendo só gênero feminino; fazendas para permanecer por certo período entre 3 há 9 meses, até conseguir ficar sem o uso das drogas ou álcool.

Contudo as demandas dos usuários vão além do tratamento de prevenção de recaída, é trabalhado com os mesmos um conjunto de estratégias do Programa de Redução de Danos, como também outros grupos e oficinas terapêuticas que o CAPS ad oferece aos usuários.

Fazemos com que cada demanda trazida pelos usuários seja problematizada num olhar crítico saudável de conhecimento de saberes entre vários pontos diferentes, no que se refere à equipe multiprofissional de atuação na instituição, para ter um total engajamento com a historicidade do usuário e poder expor as contradições, sensibilizando o usuário para que ele seja o próprio autor de sua vida.

As demandas trazidas pelos usuários do CAPS ad definirá, como dito a cima, o tratamento mais apropriado para o mesmo, podem ser constatadas o atendimento do profissional Assistente Social para viabilizar orientações e necessidades que se constituem pelas múltiplas expressões da Questão Social, também medicamentos, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar, internação²⁰ se for o caso, que se dá através da desintoxicação, podendo ser nos hospitais ou fazendas em durabilidade

²⁰Da Lei 10.216, Internações: Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

de 7 a 21 dias, para posteriormente a iniciação de seu tratamento terapêutico ao CAPS ad.

Os Determinantes Sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco da população em Saúde Mental (BUSS, 2007). A Saúde Mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos e sociais, e que por isso existe uma equipe multiprofissional para dar assistência ao usuário.

Os Profissionais Assistentes Sociais, junto da equipe multiprofissional tem muitas dificuldades em relação a inserção do usuário nas redes institucionais, que deveriam ser diversificadas, e acabam se tornando complexas, com abordagens diversas, trabalhando-se na perspectiva da inclusão social. Dentre as dificuldades encontradas destacam-se a falta de recursos humanos frente a demanda apresentada no CAPS, falta de recursos materiais para realização de oficinas, grupos e visitas domiciliares em questão ao transporte, demanda excessiva de novos usuários, pouca articulação das redes intersetoriais e relação interdisciplinar com a equipe multiprofissional, entre muitas vezes, na dificuldade inicial de adaptação do serviço e aos profissionais Assistentes Sociais residentes e estagiários do Serviço Social, mas no que depender da democratização da equipe multiprofissional, as dificuldades, serão sempre superadas na medida do possível.

4.2 Projeto de intervenção com os usuários do CAPS ad Caminhos do Sol

O Projeto de Intervenção é uma das ações conjuntas entre, a supervisora de estágio acadêmico e supervisor de campo, o projeto foi planejado através das demandas percebidas em serviço, que os usuários trazem até os profissionais e estagiários que trabalham no CAPS ad II. A realização do projeto partiu da necessidade observada pela estagiária de um instrumento que orientasse os familiares e aos usuários quanto aos seus direitos.

O objetivo do projeto foi realizar uma ação focada na garantia de direitos para a Previdência Social e ao Programa Bolsa Família. O nome do Projeto é “Saiba Seus

Direitos” que se deu através das políticas públicas, necessárias para os usuários, resultando num instrumento - folder – conforme apêndices A e B, como ferramenta de trabalho da estagiária, com caráter de aproximar, informar e politizar os familiares, os profissionais e os usuários do CAPS ad II Caminhos do Sol.

O Profissional Assistente Social intervém com os usuários do CAPS ad II, com objetivo voltado ao seu papel profissional, de caráter no âmbito de seus conhecimentos do Projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo, na perspectiva de promover a universalização dos direitos sociais dos mesmos, na qual muitos acabam sendo violados, pela falta de informações, pela falha de comunicação das redes intersetoriais, sem querer saber mais sobre a vida daquele usuário, que acaba se expondo de várias formas.

O papel do Assistente Social, no campo da Saúde Mental, é essencial, afim de identificar as demandas trazidas por cada usuário, expressadas pela Questão Social, conexas com o uso abusivo de álcool e outras drogas acarretando ao transtorno mental, visando buscar estratégias para a mudança daquela realidade vivida por estes sujeitos, com visão então, para a integração dos usuários de forma legal nas redes intersetoriais, nas atividades sociais disponíveis pela instituição.

A partir daí foi identificado o fazer profissional do Serviço Social, e a intervenção da estagiária no campo da Saúde Mental, pois, alguns usuários ao iniciarem tratamento mostraram-se confusos em relação ao caminho para se chegar na garantia dos direitos sociais, também salientaram que desconheciam o assunto, sobre os programas e benefícios, diante deste acontecido percebeu-se a exclusão social dos mesmos do acesso aos direitos sociais garantidos na legislação.

Então foi identificada a necessidade de criar um instrumento que contribuísse nos tratamentos dos usuários, aqueles que estão em vulnerabilidade social ou ainda àqueles que atingiram a idade estipulada pela Previdência Social para os programas, benefícios e aposentadorias, também o Bolsa Família, para que esses usuários pudessem conhecer e exercer seus direitos, assegurados através das normas contidas pelas Leis. Lei 10/836 de 9 de janeiro de 2004 o Programa Bolsa Família e Lei complementar da Previdência Social 142/2013 para os usuários com deficiência.

Assim o projeto viabilizou a realização de um produto nomeado “Saiba seus direitos” que foi um folder, aplicado através de oficinas realizadas durante o estágio curricular no período de Maio e Junho de 2015. O folder contribuiu nas oficinas para

a abordagem dos assuntos sobre as políticas sociais e fortalecer o espaço da população usuária para a garantia de seus direitos. O espaço na oficina permitiu a possibilidade de projeção das políticas públicas em contexto de direitos sociais, são estratégias de cuidado, interação e socialização direcionada em viabilização dos direitos.

As oficinas terapêuticas têm se destacado por se constituírem novas formas de acolhimento, de convivência, de mediações do diálogo e de acompanhamento que associa a clínica à política. No entanto, as suas finalidades sofreram modificações ao longo da história. Os primeiros relatos do seu uso, como forma de reabilitar sujeitos, datam do século XVII, período em que os hospitais, ainda não eram reconhecidos como instituições de saúde, pois mantinham sob tutela leiga, e não médica, a assistência a grupos "socialmente desajustados". Nesse contexto, a finalidade da atividade era, por meio do trabalho, restaurar ou manter a ordem social (RIBEIRO apud GUERRA, 2004 E NISS 2004, 2008 p.517).

Neste espaço foram abordadas a politização das políticas sociais públicas e direitos sociais através do Programa Bolsa Família e INSS – Previdência Social, tendo como base e metodologia, a disponibilização há um momento na oficina para os usuários exporem suas dúvidas e conhecimentos, em relação ao Programa Bolsa Família e Previdência Social. Também ao acesso dos usuários às informações do folder “Saiba seus Direitos”, para viabilização de espaço na inclusão social, bem como cidadão, direitos sociais e não o isolamento do homem em relação às Políticas Sociais Públicas e Saúde Mental e sim fazendo com que os usuários conhecessem seus direitos.

A oficina foi nomeada como “Saiba Seus Direitos”, foi definido pela construção de conhecimentos, direitos, junto dos profissionais, familiares dos usuários e usuários. Esse espaço desenvolveu e fortaleceu os assuntos voltados às Políticas Públicas com explicação detalhada através de slides e o instrumento folder, teve como objetivos específicos a distribuição do folder como ferramenta de trabalho sendo elaborado pela estagiária a cada Plantão Social de (re)acolhimento no CAPS ad. Os conteúdos problematizados nas oficinas foram relacionados ao trabalho e às políticas públicas, Serviço Social e Saúde Mental, proporcionando os encontros momentos de aprendizado e conhecimento sobre os direitos sociais. Tiveram como pauta também o tema, Programa Bolsa Família, Previdência Social e outras demandas relacionadas às Políticas Públicas.

As oficinas aconteceram de 15 em 15 dias nas quartas-feiras, totalizando 05 encontros, variando na duração de cada encontro, entre 30 min e 45 min. A oficina foi complementada com os slides que abordaram as regras, Portarias, Regimentos e Leis para adquirirem os benefícios, auxílios, aposentadorias a partir do Programa Bolsa Família e Previdência Social dentro dos critérios estipulados por cada programa.

Como já colocado neste presente trabalho, a Oficina foi destinada aos familiares dos usuários e aos usuários do CAPS ad II e ao final de cada oficina foi aberto espaço para debate e dúvidas. A escolha do público-alvo foram todos os usuários que tiveram interesse em participação das oficinas, homens, mulheres, adolescentes, Jovens e idosos independente de idade, bem como a participação nas falas para com a estagiária, em perguntas e respostas em relação as políticas públicas, já citadas acima.

A avaliação se deu por meio de processos quantitativos e qualitativos. Quantitativos através da aceitação do instrumento folder no trabalho dos profissionais do CAPS, questionamentos, sugestões dos mesmos. A forma qualitativa, foi observado se os usuários entenderam ao conteúdo exposto no folder, onde verificou-se se foram informados dos programas e benefícios. Como estagiária do Serviço Social me disponibilizei para dar informações sempre que os mesmos estivessem com dúvidas e entregar o folder àqueles usuários que tivessem interesse.

Os resultados foram concluídos ao final das oficinas através de uma aferição do objetivo avaliativo, entregue a cada usuário, com a perspectiva de analisarem o quanto projeto contribui para eles, e seus familiares. Sempre atualizando algum conteúdo sobre as políticas públicas, Programa Bolsa Família e Previdência Social com sugestões da Equipe multiprofissional e usuários.

As divulgações das oficinas foram feitas para todas as pessoas que se encontravam na instituição do CAPS ad II, sendo estes, usuários, familiares dos usuários e profissionais da equipe multiprofissional do CAPS. A estagiária ficou como responsável pela divulgação dos dias a serem executadas as oficinas intervindas com os usuários. A primeira divulgação da oficina com os usuários, foi no dia 20 de Abril de 2015, para a realização do primeiro encontro dia 29 de Abril de 2015, no turno da tarde, no horário das 15h30min.

No primeiro encontro, dia 29 de Abril de 2015, turno da tarde 15:30H. Neste primeiro encontro, compareceram 15 pessoas, sendo, 7 usuários do CAPS e 2 residentes, 1 enfermeira, 2 estagiários da psicologia e 3 da enfermagem. Na apresentação da estagiária do Serviço Social e da oficina, foi firmado que este encontro seria sobre a Previdência Social e que o próximo seria abordado o Programa Bolsa Família, e os outros encontros seriam abordados com eles no decorrer do mês de maio e junho do ano de 2015, que estaria passando para a divulgação das oficinas duas semanas antes, mas que os horários poderiam ser modificados em relação a algum contratempo.

Ao iniciar a oficina, a estagiária do Serviço Social apresentou-se, na qual foi colocado o objetivo para as pessoas que estavam presentes, por seguinte foi pedido que eles se apresentassem. Primeiramente foi perguntado para as pessoas presentes, se elas sabiam sobre os auxílios e benefícios da Previdência Social. Assim, os usuários colocaram que sabiam muito pouco sobre esse assunto. Em segundo momento, distribuí os fôlderes, com as informações necessárias em relação ao assunto abordado.

“Para esclarecer os objetivos das oficinas, é fundamental explicitar que elas estão ligadas a um dos paradigmas que amparam a Reforma Psiquiátrica no Brasil: a reabilitação psicossocial” (RIBEIRO, 2008, p. 519). Como afirma Rauter (2000) que, o processo de desinstitucionalização fez com que o sujeito com doença mental, estigmatizado, passasse a ser tratado de uma forma mais humanizada.

Foram colocados posteriormente, os slides para ficarem claras as explicações, em relação aos direitos sociais. A cada slide passado foi surpreendente, pois todos os presentes na oficina participaram, sendo um momento bem dinâmico. Foi discutido o assunto e orientados, sobre Benefício de Prestação Continuada, Auxílio Doença, Aposentadoria por Invalidez, Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Aposentadoria por Deficiência, dentre outras Aposentadorias seguradas por lei.

Foram supridas algumas dúvidas diante deste assunto, mas também obtiveram dúvidas em relação às medidas 664 e 665²¹ adotadas ao início do ano de 2015. Essas dúvidas são: Pensão por Morte, quem tem direito? Contribuição

²¹Portaria 664 e 665, dispõe sobre as novas regras no benefício de Auxílio Doença, Pensão por Morte, Seguro Defeso, Abono Salarial e Seguro Desemprego, Fonte Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/Cartilha-regras-MP-664.pdf>>.

individual? Auxílio Doença, se foi demitido há pouco? Auxílio Maternidade, quanto tempo de contribuição?

Então, foi reforçado ao informá-los que a oficina é um momento de debate, onde o usuário pôde expor o que não entendeu. Acredito que a primeira oficina foi positiva, pois todos participaram do debate. Alguns usuários colocaram suas histórias com relação à Previdência Social, e isso foi muito valioso para eles e para a estagiária de Serviço Social, as informações passadas na oficina atribuíram à inserção dos usuários nas políticas públicas.

A segunda intervenção foi realizada no dia 06 de Maio de 2015, onde foi convidada toda a equipe multiprofissional do CAPS ad, onde houve uma resistência por parte de alguns profissionais sobre a oficina criada pela estagiária de Serviço Social. Neste dia então, fiz a oficina com os estagiários de Enfermagem da UFSM, o assunto abordado em momento de oficina, foi o Bolsa Família, fortalecendo com os mesmos as diretrizes de gestão do PBF.

Diante desta resistência, como diz o autor ANGERAMI et al, (1986, p.21)

No processo de civilização do homem, foi gradualmente abrindo mão de parcelas de sua individualidade e liberdade pessoal, em troca da segurança. Seu compromisso com o grupo tolhe parte de sua liberdade, mas resulta na contrapartida de proteção. Leis e normas foram criadas; modelos de organização vêm sendo experimentados; crises são vivenciadas; tentam-se mudanças e novas experiências. Esse vem sendo o percurso natural da evolução da sociedade humana. “A perfeição é uma meta”, e o trabalho é o único caminho conhecido e disponível para se tentar chegar a tal objetivo.

Essa fala do autor nos deixa claro que algo tem que ser feito que mesmo sendo o trabalho de ‘formiguinha’, uma pessoa tentando fazer a diferença já é o suficiente para dar início, quem sabe para a mudança. Portanto, a intervenção do Serviço Social está diretamente articulada às mudanças na relação entre capital e trabalho e na organização das políticas sociais que os usuários devem ser informados, para saberem de seus direitos sociais. (IAMAMOTO, 2004)

Com essa atitude a estagiária explicou para este grupo que participou da oficina, que, é tentado buscar e reforçar a cidadania da pessoa com transtorno mental, procurando entender à realidade em seus múltiplos significados, articulando os direitos sociais que cada usuário tem o direito de saber, direito à informação.

Pois, inicialmente foi passado o slide sobre o PBF, foi colocado que o Bolsa Família existe desde 2004, e a lei que dá suporte a este programa é: A Lei 10/836

de 09 de Janeiro de 2004. Também informado sobre os tipos de benefícios: básicos, variável, variável vinculado ao adolescente e benefício para a superação de extrema pobreza.

No final da oficina, coloquei para os estagiários de Enfermagem que os mesmos poderiam trazer sugestões, de andamento para aquele espaço, onde proporcionaria um momento reflexivo-crítico, este trabalho contém as premissas básicas para que a estagiária atingisse plenamente o objetivo de proporcionar aos seus ouvintes informações adequadas. Portanto esse encontro proporcionou conhecimentos, para esses estagiários, ao acolherem um usuário à instituição, que colocassem esses assuntos diante do mesmo, para que se tenha a sabedoria de seus direitos.

A terceira intervenção foi realizada no dia 27 de Maio de 2015, neste dia, foi convidada a Professora supervisora de estágio, para participar da oficina junto da estagiária de Serviço Social, Assistente Social e supervisor de campo, Residente de Serviço Social, Psicólogo Residente, Prof^a adjunta de Enfermagem, três estagiárias da Enfermagem e seis usuários do CAPS ad II Caminhos do Sol.

Nesta oficina, foi abordado o assunto referente ao Programa Bolsa Família. Primeiramente a estagiária de Serviço Social apresentou-se, pois as oficinas que aconteceram foram para aquelas pessoas que tinham interesse em saber mais sobre os benefícios do Programa Bolsa Família (PBF) e da Previdência Social, portanto não foram às mesmas pessoas presentes no dia de cada oficina, assim foi uma oficina terapêutica, heterogênea e aberta, em viabilização na garantia dos direitos. Foram distribuídos os fôlderes para que os presentes nesta oficina pudessem acompanhar o que a estagiária de Serviço Social propusera naquele dia.

Então, foi posto o slide com o conteúdo a ser apresentado em relação à Lei 10/836 que segura o Programa Bolsa Família (PBF). Ao decorrer da oficina, foi identificada a demanda de um usuário que estava presente, pois, um deles, ao saber das informações passadas na oficina colocou seu interesse para a inclusão no Programa Bolsa Família (PBF), após seu conhecimento das regras estipuladas pelo programa. Portanto, foi solicitado ao usuário, que ao final da oficina, pudesse esperar conosco, a estagiária de Serviço Social e o Assistente Social da instituição do CAPS ad, para que pudéssemos ter acesso ao seu prontuário e poder fazer contato e o encaminhamento com a Secretaria do Desenvolvimento Social, na garantia da viabilização dos seus direitos.

Foi explicado cada slide, passado para as pessoas que estavam presentes na oficina e finalizado com orientações, direcionadas aos direitos sociais, as pessoas presentes participaram em forma de um debate em relação ao assunto abordado, foi contada a historicidade anteriormente do benéfico ao Programa Bolsa Família, quais programas viabilizavam as condições mínimas de vida.

A quarta intervenção foi realizada no dia 17 de Junho de 2015, neste dia esteve presente dez usuários, cinco enfermeiros, dois Residentes do Serviço Social. A Oficina continuou sendo sobre a Previdência Social, pela identificação das demandas trazidas pelos usuários. Foram abordadas então só as informações inseridas nos pôlderes que foram: O Auxílio Doença, Benefício de Prestação Continuada, Aposentadoria Especial, Aposentadoria por invalidez, Aposentadoria por idade e Aposentadoria Especial para pessoas com Deficiência.

Contudo foi explicado através dos slides e também entregue os pôlderes, para as pessoas que estavam presentes. Houve uma dúvida por parte de uma usuária do CAPS, que a mesma colocou que trabalhou seis meses em um mercado da cidade e informa que é usuária de drogas há quatro anos. A usuária perguntou SIU²² “se ela poderia pedir o auxílio doença”, a partir desta dúvida, foi colocado que dependeria da situação do tempo que trabalhou na empresa e do tempo sem trabalhar, também, da doença da qual a impedi de trabalhar. Assim foi solicitado que aguardasse ao final da oficina para que possamos verificar sua historicidade e encaminhá-la para o INSS, para que a usuária possa então se inserir neste auxílio. Portanto, as pessoas presentes, discutiram bastante sobre as informações abordadas nos slides e no folder, foi comunicado que os folders ficarão à disposição quando precisarem na ambiência do CAPS ad Caminhos do Sol.

Informado aos usuários que as dúvidas que não conseguimos solucionar naquele dia, em oficina, poderiam ser solucionadas no dia 01/07/2015, que as Assistentes Sociais do INSS, se disponibilizaram para fazer um debate das novas regras, das medidas que mudaram em relação à Previdência Social, no início do ano de 2015. Assim seria divulgado, com convites, cartazes, para que as pessoas que frequentassem a instituição pudessem participar.

A quinta intervenção, foi realizada no dia 01 de Julho de 2015, onde foi contada com a participação da Assistente Social do INSS, indo até o CAPS ad

²² Segundo Informações do usuário (SIU)

Caminhos do Sol, para realizar um debate em relação à Previdência Social e Benefícios. Estavam presentes na oficina, 25 usuários e dois Assistentes Sociais, 1 estagiária do Serviço Social, 1 enfermeira, 5 estagiários da enfermagem, 1 professora de enfermagem. Ao iniciar o debate, colocaram-se as apresentações, foram postos os slides que a Assistente Social Bárbara iria apresentar.

Assistente Social do INSS começou falando sobre as aposentadorias, posteriormente os auxílios e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Assim, foi comunicado para os usuários que depois da apresentação da Assistente Social, seria aberto um espaço para perguntas, na qual a mesma iria responder em relação às dúvidas referentes às informações apresentadas. Assistente Social falou com os usuários que tinham dúvidas, assim explicando para cada um, como a mesma colocou que cada caso é um caso. Mas salientou que os usuários que foram mal atendidos poderiam ligar para o número 135, que serviria e serve como ouvidoria, marcações de perícias e outros.

Deste modo, ao final da oficina, foi realizado o coffee break, uma confraternização em agradecimento, por todos terem comparecido e também a Assistente Social ter se disponibilizado para ir até à instituição. A avaliação do projeto deu-se através de uma aferição, de qualificação, para com os usuários. E foi colocado que os mesmos poderiam deixar sugestões de melhorias, assuntos a serem abordados referentes aos assuntos pautados, Previdência Social/BPC e Programa Bolsa Família, Assim, finalizou-se a oficina e o estágio supervisionado no campo da Saúde Mental. Foi muito significativa e valiosa esta vivência de estágio vivida pela estagiária de Serviço Social no CAPS ad II Caminhos do Sol.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória histórica realizada nesta Monografia foi ordenada através da vivência de estágio feita pela acadêmica de Serviço Social da UFSM no campo da Saúde Mental, na instituição do Centro de atenção Psicossocial (CAPS) ad II Caminhos do Sol, no município de Santa Maria – RS.

Esta trajetória foi construída com o objetivo da efetivação dos direitos sociais através das políticas sociais públicas com os usuários do CAPS, e um olhar para os desafios do Assistente Social incluído na área da saúde, no campo de Saúde Mental. A apreensão acerca das demandas postas pelos usuários da instituição de Saúde Mental possibilitou uma análise em toda a historicidade do movimento psiquiátrico Basagliano acontecido primeiramente na Itália e posteriormente no Brasil, com intuito à ruptura das práticas conservadoras e desumanas da psicologização, que culpabilizava os usuários como se fossem ameaças para a sociedade, com o processo de desinstitucionalização dos mesmos que tinham transtorno mental.

Através do movimento psiquiátrico identificamos a construção dos direitos sociais conquistados aos usuários da saúde mental - chamados anteriormente de doentes mentais -, através de grandes lutas pela anti-psiquiátria com objetivo da humanização dos sujeitos. Também, este movimento, marca a inserção do trabalho profissional do Assistente Social neste campo, num contexto de contradições interferentes nas relações sociais, políticas, econômicas e culturais, sendo construído junto com o processo de humanização, num viés de equipes multiprofissionais, que surgiram para dar suporte aos usuários de Saúde Mental, onde o Serviço Social se insere neste campo, com as requisições profissionais precisam ser apreendidas para poder ter embasamento teórico e prático, na intervenção com os usuários.

O campo da Saúde Mental é amplo, no que diz respeito à inclusão profissional em uma equipe multiprofissional, pois, o Assistente Social inserido neste campo, enfrenta diversos desafios postos em relação à intersetorialidade, a efetivação da inclusão social nas políticas públicas para os usuários, dentre outras, mas a mais desafiante neste campo é expressa pela Questão Social, e o

adocimento mental do usuário devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas passam a ser uma de suas múltiplas expressões da Questão Social.

Pode-se perceber que a partir do estágio curricular, que o Assistente Social inserido neste campo da Saúde Mental é essencial, por assegurar a instituição entre o social e particular do usuário, com a responsabilidade de trabalhar na intervenção do mesmo através da Redução de Danos e com o fortalecimento de vínculo familiar, a inclusão social, a desestigmatização e a viabilização na garantia dos direitos sociais, fazendo com que os usuários possam ser autônomos de suas vidas e poder acessar as redes institucionais que são asseguradas pelas legislações de direito do mesmo.

Ao afirmar que é essencial a inserção do Assistente Social na área da Saúde Mental, devemos salientar que o profissional deve buscar estratégias de intervenção nas expressões da Questão Social. A partir de 1980, observa-se na profissão de Serviço Social, uma mudança com uma visão mais crítica nas atividades desenvolvidas nas instituições de saúde, a profissão se vê em meio a uma formação voltada para a justiça social, direito social e democracia, na atuação em um campo que anteriormente, foi marcado pela luta por igualdade, justiça e universalidade no acesso aos direitos sociais e agora transpassados por grandes desafios contrários do passado, e que na contemporaneidade disputam espaço dentro da política de saúde brasileira, por não ser um profissional de saúde, mas sim caracterizado como um como expresso na resolução do CFESS 383/99, facilitando o acesso às informações e ações educativas, de proteção, promoção em saúde, para os usuários.

No último capítulo, deste Trabalho de Conclusão de Curso, destacaram-se as vivências de estágio, o surgimento da historicidade do CAPS no município de Santa Maria – RS, e o projeto de intervenção da aluna com os usuários do CAPS, na viabilização dos direitos sociais, das políticas públicas universalizadas, na viabilização de condições contra a vulnerabilidade, pobreza e as desigualdades sociais.

A instituição do CAPS ad II Caminhos do Sol, foi no ano de 2003, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, possui uma equipe multiprofissional onde o Assistente Social faz parte.

O acolhimento feito pelo Serviço Social aos usuários da instituição do campo da Saúde Mental se dá primeiramente na ambiência, assim logo, encaminhado a

uma sala em particular onde será feita a ação na historicidade de vida daquele usuário, conforme da demanda trazida à instituição. Foi a partir destas demandas trazidas, que se planejou um projeto de intervenção na instituição que objetivou levar informações de programas, aposentadorias e benefícios estipuladas legalmente pelas políticas sociais públicas.

O Assistente Social ao trabalhar com os usuários a politização/democratização de informações, está fazendo uma estratégia de intervenção com o mesmo, a partir do conhecimento dos usuários aos seus direitos sociais, a inserção nas redes intersetoriais, acabam sendo efetivadas com mais eficácia, visto que ainda há dificuldades neste procedimento. Pois muitos usuários do CAPS por utilizarem álcool e outras drogas, sofrem estigmatizações e preconceito na inserção no mercado de trabalho. Por via deste, o projeto efetuado na instituição, apontou as oportunidades nas quais cada usuário poderia ter seus direitos viabilizados, claro que em relação às regras estabelecidas a cada programa, benefício ou aposentadoria, mas um deles é em relação aos beneficiários do Programa Bolsa Família que possuem o CadÚnico²³, podem se incluírem aos cursos disponibilizados, e também na gratuidade de taxas para concursos públicos.

Portanto, percebemos o quanto a inserção do Assistente Social para a garantia de direitos neste campo da Saúde Mental se faz necessária, onde o profissional na rede pública de Saúde Mental vai atender as políticas sociais dentro da área da saúde, para mediar às contradições das desigualdades sociais inerentes e emergentes do sistema capitalista de produção.

O assistente social incluso nesta área, não foca a visão na patologia de cada usuário, mas em sua historicidade de vida, fazendo uma análise com o método marxiano dialético. Esta estrutura assistencial²⁴ em que o Serviço Social atua na intervenção do profissional com os usuários origina-se a partir da década 1990, com os movimentos das mudanças previdenciárias, dos indigentes para os trabalhadores

²³Cadastro Único para Programas Sociais do Governo, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS), instrumento de identificação às famílias de baixa renda, entendidas, que tenham renda mensal de até meio salário mínimo federal por pessoa, ou renda total de três salários mínimos. Permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias, agregando informações de todo o núcleo familiar, características do domicílio, formas de acesso a serviços públicos essenciais e dados coletados individualmente de cada componente familiar. Fonte: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico> - Acesso em 05 de novembro de 2015.

²⁴ Portaria/SNAS nº 189 - De 19 de novembro de 1991 Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos); Portaria nº 224/92 e Portaria 336/2002.

e seus dependentes em internações asilares e hospitalares, que antigamente os usuários eram obrigados a serem internados.

O entrelaçado como afirma Bisneto (2005) da Reforma psiquiátrica e o Projeto ético-político do Assistente Social, tem valores parecidos, tornando-se mediador a metodologia na junção da 'psi' com o 'soci' da atualidade das instituições psicossociais, que habituam com diversos conceitos diferentes, de intervenção com os usuários do CAPS, e é nesta perspectiva que o Serviço Social intervém, usando seu instrumental teórico operativo e metodológico, para garantia de direitos dos mesmos.

Assim sendo, a politização dos usuários no campo da Saúde Mental se concebe sobre as políticas sociais públicas, na garantia ao acesso aos direitos sociais, e essa garantia é trabalhada na instituição dos CAPS, podendo ser através de projetos de intervenções para a instituição, esclarecendo aos usuários sobre as políticas vigentes, informando sobre os dispositivos e possibilidades de inclusão, com as responsabilidades da equipe multiprofissional, os gestores das três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. S. et al. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Revista Texto & Contexto**, v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

AMARANTE, P. **Uma Aventura no Manicômio: A Trajetória de Franco Basaglia**. Texto, 1994.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicoterapia existencial: noções básicas**. São Paulo: Traço, 1985. p.21.

BISNETO, J. A. Uma Análise da Prática do Serviço Social em Saúde Mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 82, p. 110-130, 2005.

BUSS, P. M. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Decreto 1.132 de 22 de Dezembro de 1903**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em 10 nov 2015.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/SNAS nº 224 de Janeiro de 1992**. Disponível em:< http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em 10 nov 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. Disponível em:< http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf> Acesso em 16 de Agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Caderno de textos e contextos, Cartilha da Política Nacional de Humanização, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. -1º ed- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004. Acesso em 10 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. 2005

_____. Ministério da Saúde. **Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas**. Conselho Regional de Psicologia do Estado do Rio Grande Do Sul. - 1.ed.- Porto Alegre: Editora Ideograf, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRAVO. M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, p. 01-24.

BRAVO, M. I. S. et al. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. In BRAVO, Maria Inês 73 Souza (org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

CAPS AD II. Caminhos do Sol. **Relatório de Gestão**, 2003.

CALDANA, R.H. et al. **Sobrecarga de Familiares de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006**. Ementa: dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em 15 nov 2015.

CONTE, M. **Psicanálise e Redução de Danos: Articulações Possíveis?**. Trabalho apresentado na Jornada Clínica da APPOA de 2003 “A direção da Cura nas Toxicomanias: o sujeito em questão”, 17 e 18 de outubro de 2003.

FALEIROS, V.P. O que Serviço Social quer Dizer. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 108, p. 748-761, out./dez. 2011.

FOULCAULT, M. **A História da Loucura**. Ed. Perspectiva, ano. 1972.

FOULCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Ed. Tempo Brasileiro: Biblioteca Tempo Universitário 11, ano. 1975.

FOULCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Ed. Vozes, ano 1991-1997.

FRAGA, C.K. **A atitude Investigativa no Trabalho do Assistente Social**. Artigo, Serviço Social e Sociedade nº101, ano Março de 2010, p.40-64.

FRANÇA, M.C. et al. **A intersectorialidade e o Assistente Social na Saúde**. Artigo, 2010.

GERBER, L.M.L. Oficina de Serviço Social: elaboração de relatórios e laudos. **Revista Textos & Contextos Porto Alegre** v. 6 n. 2 p. 233-251, 2007.

GERBER, L.M.L. **Oficina de serviço social: elaboração de relatórios e laudos**. In Associação dos Municípios do alto do Vale do Itajaí. 2011. Disponível em: <<http://www.amavi.org.br/sistemas/pagina/setores/associal/arquivos/2011/Texto-Oficina-de-Servico-Social-Elaboracao-de-Estudos-e-Parecer-Social.pdf>>. Acesso 15 nov 2015.

GUERRA, Y. **Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. Brasília: CFESS/ABEPESS/CEAD/UnB, 2000. p. 145-158. Disponível em <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/YolandaGuerra.pdf>>.

GUERRA, Y. As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas. **Revista Libertas**. v. 2, n. 2, jun/dez, 2002.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. ed. 5. São Paulo: Cortez, 2007.

GUIMARÃES, S.J. et al. Serviço Social e Saúde Mental. **Artigo, Estudo Lutas Sociais e Políticas Públicas**, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 13. Ed, São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.
<<https://wandersoncmagalhaes.files.wordpress.com/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf>> Acesso em 24 de Setembro de 2015.

LIMA, M.J.G. **A prática do Assistente Social na área da Saúde Mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina: 2004.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil". **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n.8, 2006.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 14.ed São Paulo: Cortez, 2009.

MARTINS, V.B. **Resolução CFESS dispõe em Ementa: O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais, Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde**. Disponível em:
<http://saude.sc.gov.br/legislacao_sus/resolucoes/resolucaocfess383.htm>. Acesso em 16 de Agosto de 2015.

MIOTO, R. Perícia social: proposta de um percurso operativo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 67, p. 145-158, 2006.

MIOTO, R.C.T; LIMA, T.C.S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos** Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan/jun, 2009.

NUNES, C.H.S.S. Conselho Federal de Psicologia do Rio Grande do Sul. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. In: Avaliação psicológica diretrizes na regulamentação da profissão. 2010.

OLIVEIRA, F.B. FORTUNATO, M.L. Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003.

OLIVEIRA, J.L. **O Processo de Trabalho do Assistente Social e sua Abordagem com Moradores de Rua**. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, tese (doutorado), pontifícia universidade católica do rio grande do sul, Faculdade de Serviço Social, 2008.

OLIVEIRA, E. M; SANTOS, N. T. V. Conselho Federal de Psicologia do Rio Grande do Sul. **A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade**. In: Avaliação psicológica diretrizes na regulamentação da profissão. 2010.

PASSOS, E. Conselho Federal de Psicologia do Rio Grande do Sul. **Pensar diferente o tema das drogas e o campo da saúde mental**. In: Avaliação psicológica diretrizes na regulamentação da profissão. 2010.

PASSOS, E.H; SOUZA. T. P. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções alternativas à política global de guerra as drogas. **Psicologia Social**, v. 23, n. 1, p. 154, 155, 2011.

QUEIROZ. I.S. Adoção de ações de Redução de Danos Direcionadas aos Usuários de Drogas: Concepções e valores de Equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista Pesquisas e Práticas Profissionais**, v. 2, n. 1, p. 152-164, 2007.

RAUTER, C. **Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas**. In: Amarante P. (Org.) Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.267-77.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

RONZANI, T.M. et al. **Reduzindo Estigma entre usuários de Drogas**. Editora UFJF, ano de 2014.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como Campo de Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2012.

SANTOS, N.A.G. **Do Hospício a Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SCHULTZ, A.V.; VIRGOLIN, I.W.C.; MOREIRA, M.F.R. A Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: Uma Análise a partir do Estágio Supervisionado no CAPS de Cruz Alta. In: Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e extensão. **Anais eletrônicos**. 2010.

SIRQUEIRA, D. Conselho Federal de Psicologia do Rio Grande do Sul. **Construindo a Descriminalização**. In: Avaliação psicológica diretrizes na regulamentação da profissão. 2010.

TRABUCO, K.E.O.; SANTOS, D.S. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: Os movimentos Sociais e as Conquistas de Direitos. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. **Anais eletrônicos**. São Luís, Maranhão, 2015.

TÜRK, M. G. M. G. **O Lugar do Método na Formação e na Intervenção Profissional em Serviço Social**. TESE - Doutorado, PUCRS, p. 1-21, 2008.

VASCONCELOS, E.M. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Editora: Cortez Editora, São Paulo. p. 24,25,26,28, 2000.

VINAGRE, M.S. Institui: **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais/Resolução CFESS n. 273/93 de 13 de março de 1993**. < http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf > Acesso em 21 de Abril de 2015.

WACHOWICZ, L.A. A Dialética na Pesquisa em Educação. **Revista Diálogo Educacional**, v. 2, n. 3, p. 171-181, 2001.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado em Ciências na área da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A – Folder “Saiba seus direitos”.

Figura a: frente do Folder

<p>O que é a Bolsa Família?</p> <p>Criado em 23 de janeiro de 2004, instituído pela LEI 10/836 de 09 de janeiro de 2004 para combater a fome.</p> <p>Destinado as famílias pobres (com renda mensal de R\$70,01 a R\$140,00 por pessoa) e extremamente pobres (com renda mensal de até R\$70,00 por pessoa):</p> <p>O Benefício Básico: de R\$68,00 (sessenta e oito reais), é pago as famílias consideradas extremamente pobres. Aquelas com renda mensal de até R\$70,00 (setenta reais por pessoa) pago a famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens.</p> <p>O Benefício Variável: de R\$22,00 (vinte e dois reais), é pago as famílias pobres. Aquelas com renda mensal de até R\$140,00 (cento e quarenta reais por pessoa), desde que tenham crianças e adolescente de até 15 anos. Cada família tem direito de receber até 3 benefício variáveis, ou seja até R\$66,00.</p> <p>O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente: No valor de R\$33,00 por cada jovem que tenha entre 16 e 17 anos, frequentando a escola, tendo como limite dois jovens por família, ou seja, de até R\$66,00.</p>	<p>A equipe multiprofissional é composta por profissionais das áreas:</p> <ul style="list-style-type: none">Agente administrativoAssistente SocialEnfermeirosFisioterapeutaMédica Clínica GeralMédica PsiquiátricaTécnico em enfermagemTécnico em Saúde MentalPsicólogosRecepcionistaRedutora de Danos	<p>saiba seus DIREITOS</p> <p>BOLSA Família</p> <p>PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>SAÚDE MENTAL Santa Maria - RS</p>
<p>Como Fazer Parte do PBF?</p> <p>Os critérios e efeitos são determinantes para administração do programa, realizar o CadÚnico. Comparecer a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, munidos dos documentos: RG, CPF, Carteira de Trabalho, Título de Eleitor e Comprovante de Residência (documentos originais).</p> <p>CadÚnico é utilizado também para conceder isenção de pagamentos de taxa dos concursos públicos, conforme o Decreto: nº 6593 de 2 de outubro de 2008.</p>	<p><i>“Para não ter medo que este tempo vai passar... Não se desespere não, nem pare de sonhar...” Gonzaguinha</i></p>	
<p>Local de Cadastramento e Horário de Atendimento</p> <p>Rua Pinheiro Machado, nº 2253, Centro. Santa Maria/RS Telefone: (55) 3028-9770 De segunda a quinta-feira, a partir das 7h30min</p>	<p>PRE Pró-Reitoria de Extensão</p> <p>CAPS ad II Caminhos do Sol</p>	

Figura b: verso do folder.

Conheça um pouco sobre seus direitos!		
Auxílio Doença	Aposentadoria Especial	Aposentadoria Especial para Pessoas com Deficiência
<p>Incapacidade temporária do trabalhador por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acidente. - Doença. <p>Contribuinte Individual: - O INSS cobre tudo desde que ocorram 30 dias antes da data da entrada do requerimento do benefício.</p> <p>Empregado: O calculo, não poderá exceder as últimas 12 contribuições.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A empresa terá de pagar até 30 dias de afastamento e, o trabalhador necessitará ser atendido pela perícia médica do INSS a partir do 31º dia. <p>Agendar perícia: - Ministério da Previdência Social 135, site da Previdência Social ou Agência da Previdência Social.</p>	<p>Concedido ao segurado que: Tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou integridade física;</p> <p>Para ter direito ao benefício: O beneficiário terá de comprovar o tempo de contribuição além de comprovar a exposição á agentes nocivos químicos, físicos ou biológicos ou associação desses agentes prejudiciais á saúde, pelo período exigido para concessão do benefício de 15,20 ou 25 anos.</p> <p>A confirmação se dará: Pelo formulário denominado Perfil Profissiográfico (PPP) que é preenchida pela empresa empregadora com bases em laudos técnicos de condições ambientais de trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho.</p>	<p>Depois da pessoa ter passado pela comprovação da deficiência e do grau, precisa ser segurado do Regime Geral da Previdência Social (RGPS).</p> <p>LEI COMPLEMENTAR 142/2013 RGPS: Os beneficiários da LEI são os segurados com deficiência intelectual, mental, física, auditiva ou visual, avaliado pelo INSS.</p> <p>Na aposentadoria por idade: Ter deficiência na data do agendamento ou requerimento, ter idade mínima de 60 ano se homem e 55 anos se mulher, comprovar carência de 180 meses de contribuição.</p> <p>Na aposentadoria por tempo de contribuição: Ser segurado no RGPS, ter deficiência há pelo menos 2 anos da data do pedido do requerimento, comprovar carência mínima de 180 meses de contribuição e comprovar o tempo mínimo de contribuição conforme o grau de deficiência (leve, moderado e grave).</p> <p>Documentos Necessários: RG, CPF, (NIS, PASEP e PIS), Certidão de Nascimento, comprovante de renda dos membros familiares ou número de inscrição contribuinte individual, facultativo ou segurado especial (trabalhador rural) e documentação médica se possuir.</p>
Benefício de Prestação Continuada	Aposentadoria por Invalidez	Referências
<p>LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: 8.742, de 07.12.93 e Portaria nº 2 de 19 de setembro de 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantia de 1 salário mínimo mensal. - Pessoa com deficiência. - Ao idoso com 65 anos ou mais, comprovando que está em extrema vulnerabilidade financeira e não tem condições de se prover e ser provido financeiramente por si próprio ou pela família; - Rendas dos integrante familiares: Deve ser inferior à ¼ do salário mínimo (R\$197,00) renda per capta. 	<p>Decorrente do Auxílio Doença, quando o segurado não tem as devidas condições de trabalhar, devido alguma doença ou acidente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 contribuições anteriores ao início da incapacidade ou enquadrar-se no Art. 186 do Dec. 3048/99. 	<p>Bolsa Família "Transferência de renda e Apoio à família no acesso à Saúde e à Educação", MDF: www.mds.gov.br/bolsafamilia. Acesso em 26 de novembro de 2014.</p> <p>Previdência Social: www.mpas.gov.br. Acesso em 26/11/2014.</p> <p>Serviço Social - Previdência Social.</p> <p>Autor: Estagiária do Serviço Social-UFSM Nicolle Montardo Appel.</p> <p>Colaboradora: Residente do Serviço Social-UFM Bruna Surdi.</p>
	Aposentadoria por Idade	
	<p>A idade mínima não basta para a concessão desse benefício, o interessado deve comprovar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um Período mínimo de contribuições à Previdência (15 anos-180 meses). - Além da idade, que é de 65 anos para homem e 60 anos para mulher. 	