

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

**CONHECENDO PARA INTERVIR: O PERFIL DO  
USUÁRIO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL  
EM SANTA MARIA/RS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**Felipe Corrêa Machado**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2018**

**CONHECENDO PARA INTERVIR: O PERFIL DO USUÁRIO  
DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM  
SANTA MARIA/RS**

**Felipe Corrêa Machado**

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

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Rosane Janczura**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2018**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 CAPS: O GUARDIÃO E PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>4</b>
2.1 O CAPSI na garantia da saúde mental infantojuvenil .....	6
2.2 O histórico da saúde mental em Santa Maria .....	15
2.3 O CAPSI capsi no trabalho em rede .....	17
<b>3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPSI .....</b>	<b>19</b>
3.1 As expressões da questão social na saúde mental .....	20
3.2 Os instrumentais do assistente social .....	21
<b>4 PROJETO “CONHECENDO PARA INTERVIR” .....</b>	<b>24</b>
4.1 As atividades desenvolvidas para efetivar o projeto .....	27
4.2 Os limites e as possibilidades do projeto .....	29
4.3 A análise dos resultados obtidos .....	32
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>

## **RESUMO**

Monografia de Graduação  
Curso de Serviço Social - Bacharelado  
Universidade Federal de Santa Maria

### **CONHECENDO PARA INTERVIR: O PERFIL DO USUÁRIO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM SANTA MARIA/RS**

AUTOR: FELIPE CORRÊA MACHADO

ORIENTADORA: ROSANE JUNCZURA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 11 de dezembro de 2018.

Estudos recentes destacam que os transtornos mentais atingem em torno de 12% da população geral. Os sofrimentos psíquicos representam quatro das dez principais causas de incapacitação, embora a maioria poderia ser prevenida. Devido a estes dados alarmantes a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde alertam os governos a investirem em políticas de saúde para enfrentarem esse cenário, priorizando medidas de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial, daqueles que padecem com transtornos mentais severos. Este estudo é o resultado de uma análise documental, de abordagem quantitativa, cuja finalidade é traçar o perfil socioeconômico e identificar a prevalência de transtornos mentais dos usuários atendidos. O perfil do CAPSI é de 68% de meninos e 32% de meninas, com predomínio de adolescentes de 13 anos de idade, que foram acolhidos entre 11 e 13 anos, que estão há menos de 2 anos em tratamento, cuja demanda é o atendimento com médico psiquiatra, o diagnóstico é de transtorno hiperativo ou transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, moradores da região oeste, do bairro Nova Santa Marta, encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, especialmente a UBS Floriano da Rocha, que estudam na Escola Marista Santa Marta, no ensino médio, sendo que a metade estuda de manhã e outra à tarde, numa família de 4 pessoas, com uma renda de média de R\$ 305,95; dos usuários que recebem benefícios sociais, 25% são Benefício de Prestação Continuada e 75% são Bolsa Família.

Palavras-chave: Transtorno Mental. Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSI. Perfil Socioeconômico.

## **ABSTRACT**

Graduation Monograph  
Social Work Course - Bachelor  
Federal University of Santa Maria

### **KNOWING TO INTERVENE: THE PROFILE OF THE USER OF MENTAL HEALTH INFANTOJUVENIL IN SANTA MARIA/RS**

**AUTHOR: FELIPE CORRÊA MACHADO**

**ADVISOR: ROSANE JUNCZURA**

**Date and Place of Defense: Santa Maria, December 11, 2018.**

Recent studies point out that mental disorders affect approximately 12% of the general population. Psychic sufferings represent four of the top ten causes of disability, although most could be prevented. Due to these alarming data, the Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO) warn governments to invest in health policies to address this scenario, prioritizing measures to promote mental health and prevention of disorders treatment and psychosocial rehabilitation of those suffering from severe mental disorders. This work is the result of a quantitative documentary analysis, whose purpose is to trace the socioeconomic profile and identify the prevalence of mental disorders of the users served at the CAPSI. The analysis was performed on the 553 charts available and active at the date of data collection. The CAPSI user profile was 68% of boys and 32% of girls, with predominance of 13-year-old adolescents, who were between 11 and 13 years old, which have been under treatment for less than 2 years, whose request is the care with a psychiatrist, the diagnosis is of hyperkinetic disorder or attention deficit hyperactivity disorder (ICD F90), especially UBS Floriano da Rocha, who study at the Marist School of Santa Marta, in the first year of high school, with half studying in the morning and another in the afternoon, in a family of 4 people, with an average income of R\$ 305.95; of the users receiving social benefits, 25% are BPC (Continuous Benefit) and 75% are BF (Family Allowance).

**Keywords: Mental Disorder. Center for Child Psychosocial Care - CAPSI. Socioeconomic Profile.**

# 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado da experiência vivida nos dois estágios curriculares obrigatórios, em semestres consecutivos, realizados pelo aluno no único Centro de Atendimento Psicossocial Infantil de Santa Maria/RS (CAPSI), cujo nome é “O Equilibrista”.

O trabalho de conclusão de curso (TCC) é uma das últimas exigências para graduação no Curso de Serviço Social da UFSM (Universidade Federal de Santa Maria) e, portanto, de caráter obrigatório. O TCC deve estar estruturado de tal maneira que “o/a acadêmico/a sistematize o conhecimento resultante de um processo investigativo oriundo de uma indagação teórica ou interventiva, preferencialmente suscitada a partir da prática/vivência do estágio curricular...” (UFSM, 2013).

Segundo a Política Nacional de Estágio (PNE), da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o estágio supervisionado, no curso de Serviço Social, apresenta como uma de suas premissas,

[...] oportunizar ao(a) estudante o estabelecimento de relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico-operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão, bem como o reconhecimento do compromisso da ação profissional com as classes trabalhadoras, neste contexto político-econômico-cultural sob hegemonia do capital. (ABEPSS, 2010, p. 14).

As Diretrizes Curriculares da ABEPSS (ABEPSS, 1996) também apresentam os fundamentos do Serviço Social, ao afirmarem que a intervenção do assistente social deve ser composta de três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Essas dimensões constituem níveis diferenciados de apreensão da realidade da profissão, entretanto, são indissociáveis entre si, formando uma unidade, apesar de suas particularidades (GUERRA, 2000).

A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para

apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais. (ABEPSS, 1996, p.7).

O trabalho de conclusão de curso promove a oportunidade de trazer as experiências práticas do campo de estágio, para articulá-las à teoria estudada, durante os quatro anos de curso. Através dele, busca-se sintetizar o processo formativo do acadêmico em consonância com os aspectos teóricos e práticos, os quais permeiam o cotidiano do estagiário. Segundo Silva (2010):

[...] a universidade enquanto instituição de ensino deve ser vista como um patrimônio social que se caracteriza por sua dimensão técnico-científica, mas também como formadora e difusora de princípios éticos e uma capacidade crítica de pensar as relações sociais a partir de sua inserção na realidade social e formação de quadros intelectuais. Por isso, ela pode exercer uma função estratégica na formação de identidades sociais e contribuir com o protagonismo no processo da construção de questionamentos críticos e práticas contestatórias. (SILVA, 2010, p. 411).

Nesse sentido, complementam-se e entrelaçam-se, tanto as reflexões advindas das bibliografias utilizadas em sala de aula, quanto à vivência proporcionada pela prática de estágio curricular. Torna-se necessário que o assistente social, no exercício profissional, possua “reflexão crítica e propositiva” (CRESS-MG, 2010, p. 4) nas suas ações, considerando o processo histórico e sócio-institucional vigente, o qual, muitas vezes, limita as suas práticas, tornando-se primordial que o mesmo integre-se e organize-se politicamente para que o projeto ético-político seja seguido.

O nosso grande desafio, hoje, é avançar nessa direção, o que impõe a necessidade de construção de condições intelectuais através da formação profissional, da pesquisa e da produção de conhecimento. Trata-se, ainda, de aprofundarmos o compromisso por meio do fortalecimento da organização política e da articulação das lutas no âmbito da profissão e junto às demais forças da sociedade, no intuito de contribuir para a construção de respostas adequadas às contraditórias demandas colocadas ao Serviço Social. (CRESS-MG, 2010, p. 4).

A formação e o exercício profissional do assistente social são permeados por desafios que podem ser superados por meio do levantamento, pesquisa, da produção de conhecimento e da divulgação, não só aos profissionais da área, como também aos que buscam o entendimento sobre o Serviço Social na contemporaneidade.

O projeto ético-político do Serviço Social faz o direcionamento necessário para o exercício profissional e busca, por meio da instrumentalidade, a aproximação da teoria com a prática, as quais mediarão as relações dos usuários com as políticas sociais na perspectiva da “autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993, princ. I), conforme sugere o código de ética da categoria.

O tema abordado neste trabalho surgiu da constatação verificada, durante os dois estágios obrigatórios, da necessidade de conhecer o perfil sócio-econômico dos usuários e de seu território, com vistas a prover, promover, proteger, manter, melhorar e ampliar as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil na cidade de Santa Maria/RS.

Nos estágios I e II, foi constatada a crescente demanda pelo tratamento em saúde mental no município de Santa Maria, especialmente, no que se refere à saúde mental infantojuvenil. Essa constatação é corroborada pelo relatório quadrimestral que o CAPSI envia à Coordenação da Saúde Mental, onde constam os números de acolhimentos e atendimentos no período anterior, bem como o número de profissionais e estagiários lotados no serviço, além de outras informações que auxiliam a gestão das políticas de saúde e assistência social.

Soma-se a essa informação, a precariedade dos recursos financeiros e patrimoniais aplicados na política pública da saúde do município. Tem sido recorrente as reclamações dos profissionais quanto à falta de material para as atividades desenvolvidas, além da falta de material administrativo e material de higiene e limpeza.

Apesar desses fatores, nota-se o alto grau de comprometimento, por parte dos profissionais, estagiários e residentes do CAPSI, no que se refere ao atendimento aos usuários infantojuvenis da saúde mental de Santa Maria. Percebe-se o esforço cotidiano e permanente em prestar um serviço de qualidade e gratuito, tendo em vista que a grande maioria dos usuários cadastrados e suas famílias encontram-se na situação de risco e/ou vulnerabilidade social. Esta constatação foi ratificada por ocasião da coleta de dados da análise socioeconômica dos usuários.

Diante deste cenário pouco animador, constata-se, mesmo assim, a motivação própria dos trabalhadores da saúde mental em manter o vínculo do usuário com a instituição, até que seus direitos sejam garantidos e suas demandas sejam supridas.



Já no segundo capítulo deste trabalho, o CAPS é apresentado como a grande instituição guardiã e promotora da saúde mental, em decorrência do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que teve seu surgimento no “movimento sanitário”, em meados da década de 1970, baseado na mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Não poderia faltar neste resgate histórico o desenrolar da saúde mental em Santa Maria, já que o trabalho é delimitado ao espaço geográfico do município de Santa Maria. Um dos grandes desafios para o desenvolvimento do CAPSI é o trabalho em rede e, por isso, a necessidade da abordagem conceitual apresentada no final do capítulo dois.

No capítulo três, pretende-se uma análise mais específica do trabalho do serviço social no CAPSI, apontando as principais expressões da questão social verificadas e os principais instrumentais de que faz uso o assistente social no desempenho de sua atividade na saúde mental infantojuvenil.

O capítulo quatro tem a pretensão de apresentar o projeto de intervenção “Conhecendo para Intervir”, desenvolvido e aplicado durante os estágios curriculares obrigatórios. Neste capítulo, são prescritas as atividades para que o projeto fosse efetivado, os limites e as possibilidades do projeto e a análise dos resultados obtidos com a análise documental.

Para finalizar, o capítulo cinco aborda as considerações finais do trabalho, os resultados e sugestões deste projeto de intervenção na instituição e na política pública correspondente.

## **2 CAPS: O GUARDIÃO E PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL**

O CAPS é o Centro de Atenção Psicossocial ou Núcleo de Atenção Psicossocial. Além de um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS); é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja

severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Um serviço de atendimento de saúde mental criado, a fim de substituir as internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território.

Portanto, os CAPS trabalham na área da saúde mental, conceitualmente, entendida como equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. Não há produção de saúde, sem produção de saúde mental. Logo, é preciso considerar que, ao receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos.

Nessa perspectiva, o CAPS opera, segundo Brasil (2013, p.7), nos territórios “compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares” e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS diferenciam-se, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho. A legislação brasileira preconiza a organização dos CAPS nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPSI: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011, art. 7º, § 4º).

Diante da classificação exposta acima, é possível deduzir-se que a análise documental deste trabalho refere-se a um CAPSI e, portanto, limita-se a atender crianças e adolescentes na cidade de Santa Maria/RS.

## **2.1 O CAPSI na garantia da saúde mental infantojuvenil**

Os CAPS são concebidos num contexto histórico importante à saúde brasileira, em decorrência do processo de reforma psiquiátrica, que teve seu surgimento no movimento de reforma sanitária, em meados da década de 1970. A expressão foi usada para referir-se ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não

abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

O processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. O alto índice de pacientes asilares nas instituições psiquiátricas representa um dos maiores desafios ao processo da reforma psiquiátrica. O processo exige uma política de inclusão que implique não apenas mudanças na estrutura de serviços, mas também uma nova clínica apoiada na ética do sujeito.

Somam-se a tudo isto, a necessidade e a importância de se ter centros de atendimento psicossocial voltado exclusivamente às crianças e adolescentes, tendo em vista as especificidades desta fase do desenvolvimento humano e o grande avanço da legislação brasileira na proteção integral dos mesmos. Boa parte deste avanço, deve-se ao Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgado na década de 1990, e considerado o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes.

Já os conceitos de infância e adolescência, também sofrem mudanças significativas ao longo dos anos. O entendimento das sociedades sobre potencialidades, limitações e necessidades típicas dessas faixas etárias influencia e oferece parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana. Desta forma, nossos códigos legais, institucionais e todo o ordenamento social relativo à infância e à adolescência acabam por refletir nossas intenções, perspectivas e expectativas relacionadas às pessoas que vivenciam esse momento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente afirma que

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 3º).

A cartilha Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS retoma o conceito de infância e adolescência, afirmando que

Os regramentos jurídicos e algumas políticas sociais apresentam divergências nos limites das faixas etárias da infância e da adolescência.

Socialmente convencionadas, as definições convivem no ordenamento sociocultural. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), criança é toda pessoa até 18 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos. Por seu turno, o Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo as quais criança é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e adolescente aquela entre 10 e 19 anos completos. Essa divisão tem sentido a partir das especificidades de saúde de cada público específico, alinhada ao perfil epidemiológico de cada grupo populacional. (BRASIL, 2014 p.16).

No que se refere aos adolescentes, destaca ainda a cartilha que

a implementação das políticas sociais deve contemplar sua situação peculiar de desenvolvimento. A área da saúde, por exemplo, precisa estar atenta e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção, independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. São necessários ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável. (BRASIL, 2014 p.15).

O CAPSI O Equilibrista, em Santa Maria, iniciou suas atividades no ano de 2005. Os atendimentos foram realizados por algum tempo na rua Coronel Niederauer, mas desde o dia 7 (sete) de junho de 2013, realiza suas atividades na rua Minas Gerais, nº 11, esquina com a rua Gaspar Martins, numa casa alugada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria. Desde o seu início, sempre contou com o serviço de pelo menos uma assistente social.

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros, necessários para as atividades oferecidas nos CAPS.

Os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Segundo a cartilha Saúde Mental no SUS, elaborada pelo Ministério da Saúde, a equipe mínima para o funcionamento de um CAPS infantil deverá ser composta de:

1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2004, p.27).

Desde a sua fundação, o CAPSI “O Equilibrista” conta com uma equipe que atua de forma interdisciplinar, responsável por fazer o plano terapêutico individual dos usuários, iniciando no momento de sua acolhida no serviço até o momento de sua alta.

Essa equipe técnica é constituída, atualmente, por: 1 (uma) arteterapeuta, 1 (uma) fisioterapeuta, 3 (três) médicos psiquiatras (contratados via consórcio), 2 (dois) técnicos em saúde mental, 3 (três) psicólogas, 1 (uma) educadora física, 2 (duas) técnicos-administrativos, 1 (um) serviços gerais, 1 (uma) psicopedagoga, 2 (duas) assistentes sociais, 1 (uma) enfermeira e 1 (uma) fonoaudióloga. Além desses, ainda há residentes das áreas de enfermagem, farmácia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia); e estagiários (de psicologia, terapia ocupacional e serviço social).

A equipe multidisciplinar busca desenvolver as atividades de forma que seus saberes e práticas busquem a superação dos problemas, dialogando com todos os setores que envolvam a linha de cuidado da infância e da adolescência, considerando seu público alvo na totalidade de suas necessidades individuais e coletivas.

Desenvolve suas ações em rede, com outros setores da saúde (atenção básica, média e alta complexidade), a educação, a cultura, o esporte, a assistência social e o Ministério Público, dentre outros.

A equipe profissional do CAPSI também desenvolve atividades individuais e grupais, atendimentos psiquiátricos e psicológicos, assistência farmacêutica, atividades artísticas, culturais e esportivas, grupos com familiares, assembleias,

atividades de matriciamento nos territórios, apoiada pela atenção básica e demais instituições, dentre outras atividades.

Segundo o Projeto Técnico do CAPSI, a instituição tem como objetivo geral:

Oferecer atenção integral em saúde mental para crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente, tais como crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Oportunizar tratamento em busca da reabilitação possível das pessoas com transtornos graves e posterior reinserção familiar, escolar e social, como forma de prevenção e promoção de saúde. (CAPSI, 2017, p. 7).

E como objetivos específicos:

- oferecer um tratamento humanizado em ambiente terapêutico adequado;
- buscar reestruturação psicossocial do usuário reintegrando-o ao ambiente familiar, escolar e social estimulando-o para desenvolver todas as suas potencialidades;
- estabelecer parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil;
- disponibilizar medicamentos psicotrópicos essenciais para as necessidades em saúde mental;
- diminuir o uso de medicação psicotrópica utilizando-se do potencial psicoterapêutico do conjunto de abordagens do serviço;
- diminuir as internações hospitalares, visando um olhar e um tratamento mais adequado a cada caso que se apresenta;
- melhorar a qualidade de vida dos usuários e, conseqüentemente, de seus familiares;
- oferecer à família a assistência necessária para que se sinta segura e apoiada no tratamento e para que possa funcionar como um reforço importante para a recuperação do usuário;
- integrar a família ao processo terapêutico, chamando-a a ocupar seu espaço e assumir seu papel junto ao tratamento e reestruturação psicossocial do usuário;
- manter mais efetivo o relacionamento família-equipe terapêutica proporcionando maior segurança à família e ao usuário;
- informar e integrar a comunidade a respeito de transtornos mentais e oferecer condições para detecção e prevenção;
- ajudar a comunidade a eliminar importantes barreiras como a estigmatização e a discriminação, estimulando-a a criar um ambiente social favorável para a recuperação e reintegração do usuário;
- incentivar o uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas;
- desenvolver ações intersetoriais (UBS, PSFs, Escolas, Centros de Atenção Secundária) que busquem promover a atenção integral ao usuário;
- promover atividades de inclusão social em geral e escolar em particular. (CAPSI, 2017, p. 7-8).

O serviço atende no período de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, tendo como princípios a humanização e a atenção integral à Saúde Mental. O usuário

chega ao serviço, a partir de encaminhamentos estabelecidos no Fluxo de Atendimento elaborado no ano de 2015, assim definido: Rede Básica de Atenção; CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social); Hospitais da Rede SUS, Ambulatório de Saúde Mental, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), PA (Pronto Atendimento) Municipal e outros CAPS.

O acolhimento é realizado através da escuta por três profissionais da equipe, sendo que dois ficam com os responsáveis e um com a criança ou adolescente na ambiência ou sala destinada para esta finalidade.

Neste momento da escuta e coleta de dados sobre a vida pregressa do usuário, obtêm-se informações relativas à queixa atual que motivou a procura pelo serviço. Os dados do usuário e de sua família são registrados em uma Ficha Cadastral de Usuário ou Ficha de Acolhimento e o processo de acolhimento concretiza-se na reunião semanal de equipe, onde cada caso é apresentado pela equipe acolhedora e avaliado por todos.

Uma vez aprovado em reunião, o acolhimento definitivo do usuário ao serviço evolui para um segundo momento, em que é construído o Plano Terapêutico Singular (PTS) do usuário. O PTS, portanto, é uma construção coletiva de trabalho do CAPSI, é um conjunto de alternativas terapêuticas a partir da avaliação de cada caso, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar, o qual visa obter maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. Trata-se de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com as suas necessidades, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais.

Portanto, as novas configurações na saúde mental coletiva, com base em uma concepção ampliada de saúde, geram impactos no trabalho das profissões, pois criam necessidade de intenso diálogo e planejamento em conjunto.

Uma vez o usuário acolhido no serviço, sua Ficha Cadastral de Usuário é anexada a um prontuário impresso, em branco, abrindo-se uma pasta nominal e individual para o usuário. Na sequência, o profissional de referência do usuário entra em contato telefônico com a família, comunicando sua aderência ao serviço e informando os dias e horários das atividades que são do interesse do usuário, as quais serão desenvolvidas no âmbito do serviço, conforme cada Plano Terapêutico Singular.



Existe um técnico de referência para cada usuário. Trata-se do responsável pelo acompanhamento do usuário na sua totalidade, acessando e articulando os demais saberes e integrantes da equipe, conforme as necessidades apresentadas pelo usuário. Nesse sentido, não cabe só ao profissional conhecer o que lhe é específico, mas cada profissão poder contribuir na situação desse usuário.

Considerando a importância do vínculo para o bom funcionamento do plano terapêutico, busca-se estabelecer relações de empatia, bem como dispositivos que facilitem a clareza na comunicação entre usuários, familiares, equipe e comunidade. De acordo com a modalidade de tratamento proposta, o usuário terá mais proximidade com um profissional da equipe que será seu técnico de referência para qualquer intercorrência.

O atendimento individual é um dos tipos de atendimentos oferecidos, sendo uma abordagem complementar às demais e insubstituível. Após a triagem, se houver necessidade, o usuário será encaminhado ao tratamento individual. Entretanto, entende-se a necessidade da utilização do tratamento individual concomitantemente a outras abordagens. A necessidade de atendimento individual poderá ser nos setores de psiquiatria, psicologia ou terapia ocupacional dependendo de cada caso específico.

Também é realizado quando visa atender as necessidades do usuário nos casos de urgência e gravidade que impossibilitam o encaminhamento simultâneo para grupos. De modo geral, tem como objetivos: avaliação diagnóstica, psicoterapia, instauração terapêutica psicofarmacológica, organização das rotinas/projetos de vida (atividades lúdicas, laboral e atividades da vida diária da vida prática), reavaliação de riscos, reavaliação de terapêutica e orientação aos usuários e familiares.

O atendimento em grupo dependerá do diagnóstico do usuário que chega ao CAPSI. Esse atendimento permite que se estabeleça a identificação entre os membros dos grupos, através das trocas de experiências.

Assim, são realizados grupos com os usuários e com os familiares. Todos são coordenados por algum técnico responsável. Esta é uma técnica cujo usuário trabalha e divide as suas vivências e o sofrimento com os demais, recebendo e dando apoio.

A orientação é um procedimento realizado por todos os técnicos da equipe, após o usuário ter passado pela triagem e ter iniciado seu plano terapêutico, é

realizado de forma assistemática ocorrendo, na medida que surge a necessidade de cada caso em particular, nas assembleias de familiares e nos grupos de pais. Visa oferecer suporte para o usuário e familiares até que ele possa ser encaminhado para alguma modalidade grupal ou até que o mesmo tenha alta combinada por melhora.

O atendimento medicamentoso é realizado pela psiquiatra do serviço. Inicialmente, são feitas avaliações psiquiátricas para esclarecimentos diagnósticos e posteriormente o estabelecimento da conduta terapêutica mais indicada. Tratando-se de quadros orgânicos bem definidos, é instaurada a terapêutica psicofarmacológica específica ao caso.

A psicoterapia é realizada pela psicóloga e a modalidade utilizada é de psicoterapia de orientação analítica.

A terapia ocupacional tem um papel estratégico na constituição da equipe multiprofissional de saúde mental. Seu olhar direciona-se a organização das rotinas (atividades lúdicas, laboral e da vida diária e vida prática) e na proposição de novos projetos de vida observando a subjetividade de cada sujeito, o seu entorno e as atividades para ele significativas. A intervenção terapêutica prevê ações em nível individual e em grupos, dinamizando oficinas terapêuticas e de aprendizagem, grupos operativos e de geração de renda, entre outros.

Embora o foco de sua atenção seja o usuário, a família é chamada a participar do processo terapêutico, bem como deve ser assistida e instrumentalizada em relação aos seus anseios, dúvidas e apoio emocional.

A arte-terapia busca, através do uso de materiais expressivos (desenho, pintura, colagem, modelagem, etc.), um meio para o usuário poder expressar-se. Principalmente, para entrar em contato com seus sentimentos, conflitos, ansiedades, e, gradativamente, poder compreender-se enquanto pessoa.

O atendimento fisioterápico visa proporcionar através de exercícios físicos, de alongamento e relaxamento, aliviar sofrimento psíquico além da prevenção e promoção de saúde física e mental.

As oficinas terapêuticas partem da necessidade de complementação do atendimento individual – medicamentoso e psicoterápico – são propostas atividades de integração, informação e trocas de experiências, que visam a reintegração do usuário em seus aspectos biopsicossocial desenvolvendo a criatividade e melhorando a autoestima, a manutenção do tratamento em um espaço, onde além da aprendizagem da tarefa realizada, o usuário desenvolve a sua socialização e

inserção na comunidade, proporcionando o resgate da cidadania e a integração à família e à escola.

As atividades são pré-estabelecidas, realizadas sistematicamente em grupos, com horários mais ampliados que os demais atendimentos. As modalidades de oficinas oferecidas podem ser classificadas em oficinas expressivas: recreação, contação de histórias, expressão corporal; expressão plástica, expressão verbal e expressão musical; e oficinas de geração de renda: culinária, costura, artesanato, papel reciclável, bijuterias, entre outras possibilidades. De um modo geral, tem como objetivos: estimular o desenvolvimento de habilidades específicas, estimular a capacidade criativa, melhorar a autoestima, estimular a socialização e possibilitar a geração de renda.

O atendimento à família faz-se cotidianamente, a medida que surgem questões emergenciais, ou em situações mais formais de orientação à família, além do estabelecimento do Grupo de Familiares dos usuários que funciona como um grupo de informações e apoio propiciando situações de manejo e de alívio de tensões e ansiedades, devendo ocorrer semanalmente.

Um grupo, como este, tem sua importância e necessidade, a proporção que exista algum sofrimento psíquico em membros da família, pois todos envolvem-se direta ou indiretamente no problema, da mesma forma que a família estará totalmente implicada na problemática do usuário. Assim faz-se necessária a realização de intervenções terapêuticas nos familiares. Desse modo, o olhar da equipe de saúde deve voltar-se não apenas para o portador do sofrimento psíquico, mas dar suporte a toda família, tendo em vista a sobrecarga emocional e a dedicação exigida em razão das crises do sofredor, o qual precisa ser cuidado e vigiado em função dos riscos de auto e de heteroagressão, evidenciando a necessidade do cuidado ao familiar cuidador.

Trabalhar com grupos de família contribui para criação de redes de serviço de apoio psicossocial, que virá auxiliar no fortalecimento das relações familiares, ajudando na construção de alternativas de superação das situações vividas. Nestes grupos, são trazidas questões que almejam orientar a família esclarecendo sobre o modo de lidar no cotidiano do sofredor psíquico, aliviar tensões, trabalhar angústias e a troca de experiências entre os familiares.

As visitas domiciliares tem como objetivo oportunizar a equipe um contato com o paciente em seu ambiente familiar, fortalecendo vínculos terapeuta-família,

trazendo maior segurança à família e ao paciente, verificar o uso adequado da medicação e um melhor conhecimento do entorno, das rotinas e ambiente doméstico, enfim, da realidade do usuário para uma melhor intervenção terapêutica. Necessita-se tanto da ajuda da família como apoio na reestruturação psicossocial do usuário, quanto oferecer apoio aos familiares.

As visitas domiciliares também constituem-se em um dispositivo utilizado quando o usuário encontra-se por alguma razão impossibilitado de ter acesso ao CAPSI, objetivando manter o vínculo com o usuário e retomar o tratamento, entre outros.

As visitas podem contar com o apoio dos Agentes Comunitários de saúde da unidade básica de saúde (UBS) local e são realizadas conforme a necessidade de cada caso. Os dados coletados nas visitas são trazidos para as reuniões semanais da equipe para avaliação da eficiência do plano terapêutico estabelecido.

As Atividades Comunitárias visam superar a estigmatização e a discriminação com elas associadas para com as pessoas que sofrem transtornos mentais. As crenças, atitudes e respostas sociais definem muitos aspectos da atenção em saúde mental. Os portadores de doenças mentais são membros da sociedade e o ambiente social é importante determinante do resultado. Quando é favorável, o ambiente social contribui para a recuperação e reintegração. Quando é negativo, pode reforçar a estigmatização e a discriminação. Esse procedimento pretende envolver a comunidade promovendo uma parceria positiva com a participação desta no trabalho com as pessoas em sofrimento psíquico, criando um ambiente favorável para a reestruturação psicossocial do paciente e sua reintegração na comunidade. Busca ainda, divulgar informações corretas sobre doença mental; incentivar uso de recursos da comunidade para iniciativas específicas (grupos de autoajuda) e reforçar vínculos sociais entre pacientes e comunidade.

Para tanto, são realizadas palestras/oficinas para esclarecimentos sobre doença mental, sintomatologias e formas de tratamento. Na oportunidade podem também ser realizadas visitas específicas a famílias; dependendo da necessidade da comunidade.

## **2.2 O histórico da saúde mental em Santa Maria**

Na cidade de Santa Maria, RS, até 1956, não há registro de nenhum tipo de assistência institucionalizada e pública ao doente mental. Quando apresentavam comportamentos incômodos para a sociedade, os pacientes eram levados ao presídio local ou ao Lar das Vovozinhas, instituição asilar, que desde a sua fundação em 1946 abrigava além de idosos e moradores em situação de rua, os doentes mentais.

Somente em 1998, em conjunto com o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), forma-se uma equipe direcionada ao tratamento em Saúde Mental. Atualmente, esta equipe compõe o Centro Integrado de Saúde e Bem Estar Social (CISBES), possui sede própria e tem como objetivo realizar atendimentos ambulatoriais individuais e em grupo nas áreas de psicologia (infantil e adulta) e psiquiatria.

Em 2002, cria-se a sede própria do CAPSII - Prado Veppo, destinado ao atendimento de adultos com sofrimento psíquico grave (neuróticos e psicóticos), que já funcionava junto ao CISBES há dois anos. No final deste ano, inaugurou-se a sede própria do CAPSII AD - Caminhos do Sol, destinado a atender pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substância psicoativas.

A trajetória até aqui referenciada discorre sobre dados relativos à saúde mental para o indivíduo adulto. Quanto à saúde mental infantojuvenil, no que se refere à literatura, sabe-se que por muito tempo não havia referência ao reconhecimento do sofrimento psíquico infantil.

As crianças eram classificadas como apresentando dificuldades de aprendizagem, distúrbios de conduta ou como crianças deficientes e desadaptadas. Eram incluídas na rede filantrópica, principalmente nas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs), em Institutos Pestalozzi ou em abrigos para deficientes, excluídas de uma história formal de saúde. A inclusão nestes locais caracterizava uma exclusão social.

Por muito tempo, a saúde mental das crianças ficou excluída também dos debates e proposições das políticas públicas de saúde mental. A gestão pública de saúde, mais recentemente a área técnica do Ministério da Saúde, vem propondo ações dirigidas à criança e ao adolescente, particularmente, àqueles com transtornos mentais severos.

Através da portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, foram criados financiamentos para construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis em território Nacional.

Em 2005, seguindo esta lógica, e para suprir a carência da Rede Municipal de Saúde em relação à Saúde Mental Infantil, inaugura-se o CAPSI de Santa Maria, serviço pioneiro voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos graves como: psicoses, autismo, neuroses graves, transtornos de conduta e demais patologias que impossibilitem o convívio social.

### **2.3 O CAPSI no trabalho em rede**

Os CAPS fazem parte e interagem em mais de uma rede. No mínimo em duas delas, o serviço já participa por sua própria classificação e natureza: socioassistencial e de saúde. Vejamos um pouco desta interação neste capítulo.

Aceita por todos como fato presente em nossas vidas, a atuação em rede é algo de que hoje muito se fala. Entretanto, pouco se compreende em termos concretos o que isto significa. Redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmo códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho).

Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto, altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio. Segundo Castells (1999, p. 497), “a morfologia da rede também é uma fonte de drástica reorganização das relações de poder.”.

Conforme a Cartilha Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS, a RAPS tem os objetivos gerais de:

- (1) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- (2) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e
- (3) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2014, p. 6).

Além dos objetivos gerais da RAPS, convém destacar também os seguintes objetivos específicos:

a) promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo; c) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; d) produzir e ofertar informações. (BRASIL, 2014, p. 6-7).

Aceita por todos como fato presente em nossas vidas, a atuação em rede é algo de que hoje muito fala-se. Entretanto, pouco compreende-se em termos concretos o que isto significa. Redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmo códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho).

Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto, altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio. Segundo Castells (1999, p. 497), “a morfologia da rede também é uma fonte de drástica reorganização das relações de poder.”.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010, p. 4).

Por sua vez, entende-se por Rede Socioassistencial...

[...] O conjunto integrado de ações, da iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas essas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial, e ainda por níveis de complexidade. (NORMA OPERACIONAL BÁSICA NOB/SUAS, 2005).

O usuário do serviço de saúde mental, por sua vez, ocupa um território, está vinculado a uma região, seja pela moradia, profissão, afinidades, história de vida, dentre outros fatores. Territorialização é eixo central da Gestão do SUAS. Segundo a PNAS, a descentralização aliada à estratégia da territorialização permitiria a redistribuição do poder, o deslocamento dos centros decisórios, a tomada de

decisão mais próxima do local, onde reside a população, a considerar as demandas e as desigualdades socioterritoriais. Yazbek (2004, p.16), coloca que:

A descentralização contribui para o reconhecimento das particularidades e interesses próprios do município e como possibilidade de levar os serviços para mais perto da população. (...) [e] a municipalização aproxima o Estado do cotidiano de sua população, possibilitando-lhe uma ação fiscalizatória mais efetiva, permite maior racionalidade nas ações, economia de recursos e maior possibilidade de ação intersetorial e interinstitucional.

Neste sentido, os indicadores sociais dos territórios, como apresenta a PNAS, funcionam como mecanismos fundamentais na percepção dos problemas locais, possibilitando a proximidade com as necessidades da população residente da área. Segundo Koga (2002, p. 23), “a acessibilidade às informações sobre as cidades tem se tornado uma ferramenta cada vez mais necessária e essencial para o processo de gestão das políticas sociais”, no entanto, é importante que se discuta “junto ao debate do local/nacional, setorial/universal [...], o padrão de cidadania que está sendo construído nessas experiências”. E mais: ir além dos limites geográficos, o que significa “conhecer melhor a complexidade do espaço físico-cultural em que se encontram os governos locais”. Trata-se de pensar também como será a leitura sobre estes territórios, entendendo que esta vem acompanhada de um forte teor-político.

### **3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPSI**

A prática do assistente social, dentro do CAPSI, configura-se pela orientação, esclarecimento e intervenção diante das demandas do serviço social, visando desenvolver atividades que, de fato, garantam atenção e acesso aos devidos direitos dos usuários, não somente nas questões médicas, mas também sociais e econômicas. O desempenho deste profissional que vai ao encontro da reforma psiquiátrica no quesito de reinserção dos usuários na sociedade seja através de trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento de vínculos comunitários e familiares.

Cabe ao assistente social a



defesa intransigente dos direitos humanos, a recusa do arbítrio e do autoritarismo, o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, o incentivo ao respeito à diversidade, à promoção da participação dos grupos socialmente discriminados, e a aplicabilidade dos recursos e dos instrumentos voltados à emancipação dos sujeitos. A atuação do Assistente Social deve se sustentar na luta pela ampliação e consolidação dos direitos sociais, desenvolvendo a capacidade de articulação política e social e desenvolvendo ações que garantam processos participativos a fim de resgatar e consolidar a cidadania. (FERNANDES, 2018, p. 15).

Os instrumentos de operação usados pelo assistente social no CAPS são enriquecidos de conhecimentos teóricos e metodológicos, possibilitando uma compreensão minuciosa da realidade social na qual está inserido. Dentre esses instrumentos aplicados estão: visita domiciliar, visita institucional, escuta qualificada, apoio matricial, observação, escuta sensível, parecer, estudo social, laudo, relatório, entrevista social, entrevista individual e acolhimento.

### **3.1 As expressões da questão social na saúde mental**

Questão social é uma expressão utilizada no singular, que abrange as diferentes formas de desigualdades da sociedade. A expressão começou a ser utilizada após o início da Revolução Industrial. A partir daí, deu-se o início a uma contradição entre capital e trabalho, na medida em que o crescimento econômico estava inversamente proporcional ao aumento da pobreza.

Questão social pode ser definida como

o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

A questão social e a desigualdade social estão diretamente relacionadas. Sob a égide do capitalismo elas são mais salientes ainda, não obstante ser um fenômeno que atinge quase todos os países, respeitadas suas proporções, dimensões e regimes econômicos. A desigualdade é fruto, especialmente, pela má distribuição de renda, que resulta em piores condições de moradia, saúde, educação, etc. As

desigualdades não se restringem somente ao financeiro, mas abrangem também a falta de oportunidades de trabalho, desigualdade de escolaridade, de gênero e de acesso à justiça. Portanto, compreender a relação entre questão social e direitos é essencial no estudo da desigualdade social.

Considera-se, portanto, que o objeto de trabalho do Serviço Social se encontra no âmbito da questão social, pois é ela que provoca a necessidade de intervenção desse profissional em suas variadas facetas, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas. No espaço sócio-ocupacional da saúde mental, o Serviço Social atua sobre as expressões da questão social que são constatadas a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade. Além da exclusão do convívio social, o usuário do serviço de saúde mental passou a ser rotulado pela sociedade de uma pessoa perigosa e incapaz. O estigma e o preconceito passaram a cercar esse segmento social e seus familiares.

Portanto, o assistente social nesta área da saúde mental tem um grande desafio no horizonte, trabalhar com as mais variadas expressões da questão social que transpassam a vida da pessoa com transtorno mental.

Constatou-se, durante os estágios, que grande parte dos usuários do CAPSI são pessoas que, além de sofrerem com transtorno mental, sofrem também com a pobreza e suas consequências, o que vai demandar do assistente social uma atenção além da assistência em saúde mental, transcorrendo as diversas expressões da questão social.

Além da pobreza, outras expressões da questão social foram evidenciadas, tais como desemprego, trabalho infantil, abuso, violência, maus tratos, desinformação quanto aos seus direitos, dentre outros. A necessidade de intervir nas manifestações da questão social iniciou-se logo, consecutivamente à inserção do estagiário nas principais atividades multidisciplinares desenvolvidas pelo CAPSI, orientado sempre pela supervisora de campo, parte imprescindível na tríade de estágio.

### **3.2 Os instrumentais do assistente social**

Os CAPS, na execução de sua missão, utilizam-se de vários instrumentais de trabalho, alguns de uso exclusivo do assistente social, outros, de uso comum das demais profissões que fazem parte da equipe multidisciplinar.

Podemos entender como instrumental do assistente social, segundo Martinelli (1994, p. 137), o “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional.”. Assim sendo, a natureza de estratégia ou tática é atributo do instrumento, enquanto a habilidade no uso do instrumental é atributo da técnica, fundamentalmente. Essa autora esclarece ainda que o instrumental “não é nem o instrumento nem a técnica tomados isoladamente, mas ambos, organicamente articulados em uma unidade dialética...”.

Neste trabalho, destacar-se-ão dois dos instrumentais que fizeram parte da experiência prática, vivida durante os estágios e que foram mais comuns no uso da assistente social: o acolhimento e a visita domiciliar.

O acolhimento, conforme o dicionário de termos técnicos da assistência social da Prefeitura de Belo Horizonte, é o

[...] procedimento que envolve o recebimento dos usuários do SUAS, em local com infra-estrutura adequada e profissionais qualificados, e o direcionamento das suas demandas, contribuindo para a humanização do atendimento socioassistencial. (BELO HORIZONTE, 2007, p. 27).

O acolhimento pressupõe que o assistente social deve manter uma postura receptiva, sem emitir julgamentos de valor que incitem ao preconceito e à discriminação. A escuta qualificada pressupõe compreender as necessidades sociais do usuário, suas opiniões, suas experiências sociais e os motivos visíveis e também não visíveis que o levaram a buscar o serviço. O acolhimento deve levar o usuário a compreender que o profissional tem por objetivo a garantia dos seus direitos sociais. Por esse motivo, necessita de informações que lhe permitam identificar com clareza as questões trazidas pelos usuários e os possíveis encaminhamentos para seu acesso a programas, projetos, serviços e benefícios.

Se fosse possível separar as diferentes dimensões da formação profissional, o acolhimento seria a face da dimensão ético-política e sócio-afetiva, na medida em que mobiliza a capacidade genuína de gostar do outro, de colocar-se no lugar do outro sem sair do seu e de entender o sofrimento. (LEWGOY e SILVEIRA, 2007, p. 243).

## O acolhimento faz parte da atuação dos assistentes sociais e

Pode-se dizer que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento, desde a utilização da entrevista até dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade. (CHUPEL, 2010, p. 37).

Outro instrumental muito utilizado pela assistente social do serviço, no desempenho de suas atividades, é a visita domiciliar. Durante um dia da semana o carro da prefeitura municipal fica à disposição, com motorista, para que sejam feitas as visitas domiciliares às famílias dos usuários, por parte da equipe do CAPSI.

Conceitualmente, é importante definir a visita domiciliar como

uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. No geral, a visita domiciliar, como intervenção, reúne pelo menos três técnicas para desenvolver: a observação, a entrevista e a história ou relato oral. (AMARO, 2003, p. 13).

Muito embora a visita domiciliar seja realizada por uma equipe multidisciplinar, cada profissional tem objetivos, responsabilidades, procedimentos, instrumentos e metodologias próprios. O assistente social precisa pautar a sua participação pelos princípios do seu código de ética. Barroco (2010, p. 57) afirma que “as capacidades humanas desenvolvidas pela práxis fundam a possibilidade de o ser social se objetivar como um ser ético.”

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome definiu o conceito de visita domiciliar como

Atenção individualizada à família e seus indivíduos prestada pelo trabalhador social em uma unidade domiciliar. A visita domiciliar deve se pautar nos princípios de respeito à privacidade da família, dialogicidade e protagonismo, tanto no que diz respeito à receptividade quanto à disponibilidade para responder as perguntas específicas. (BRASIL. Guia, 2005).

A visita domiciliar consiste em conhecer a realidade social, de uma determinada família, ou seja, analisar o contexto familiar e o modo de vida, suas vulnerabilidades e potencialidades, permitindo ao assistente social observar o indivíduo em seu meio social, além de realizar o acompanhamento e os encaminhamentos necessários para a rede de atendimento. No trabalho do CAPSI, a visita domiciliar é realizada frequentemente.

#### **4 PROJETO “CONHECENDO PARA INTERVIR”**

O projeto “Conhecendo para Intervir” foi concebido, durante os estágios curriculares do acadêmico, no CAPSI de Santa Maria, orientado sempre pela supervisora de campo e pela supervisora acadêmica, partes imprescindíveis e insubstituíveis da tríade de estágio. Surgiu, portanto, da possibilidade de intervir nas diversas expressões da questão social, identificando, inicialmente, o público alvo do serviço e, posteriormente, conhecendo o seu perfil socioeconômico, para, só depois disto, propor intervenções junto aos seus usuários.

O serviço social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das ciências humanas e sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da questão social, isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho.

A profissão de assistente social, como afirma Yazbek (2000), enfrenta o desafio de decifrar algumas lógicas do capitalismo contemporâneo, especialmente em relação às mudanças no mundo do trabalho, os processos desestruturadores dos sistemas de proteção social e da política social em geral e o aumento da pobreza e a exclusão social. O Serviço Social vê-se confrontado e desafiado a compreender e intervir nessa sociedade de transformações configuradas nas novas expressões da questão social: a precarização do trabalho, a penalização dos trabalhadores, o desemprego, a violência em suas várias faces, a discriminação de gênero e etnia e tantas outras questões relativas à exclusão.

O Serviço Social como profissão sócio-histórica tem em sua natureza a pesquisa como meio de construção de um conhecimento comprometido com as demandas específicas da profissão e com as possibilidades de seu enfrentamento. Ao mesmo tempo em que se coloca como uma possibilidade de objetivação da prática profissional, a pesquisa representa um desafio permanente para os profissionais que pretendem ser críticos e propositivos no atual cenário nacional e em relação ao processo de formação profissional. (BOURGUIGNON, 2007).

Na visão do educador Paulo Freire, conhecida pela obra de Gadotti (1997, p. 20), o conhecimento “é construído de forma integradora e interativa. Não é algo pronto a ser apenas ‘apropriado’ ou ‘socializado’, ... Conhecer é descobrir e construir e não copiar.”.

Segundo o Código de Ética do Assistente Social, um dos princípios fundamentais da profissão é o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.” (CFESS, 1993, princ. V).

A análise documental, a disponibilização e publicização do perfil socioeconômico dos usuários do CAPSI contribuirão não só para o acesso aos bens e serviços relativos à saúde mental, mas também a uma gestão democrática, com a participação dos usuários.

O objetivo geral do projeto “Conhecendo para Intervir” é mostrar a realidade socioeconômica dos usuários do CAPSI e suas acessibilidades aos projetos, programas e sistemas de prevenção e promoção de saúde mental nos seus territórios, dentro do município de Santa Maria. Os objetivos específicos são: publicizar o perfil socioeconômico e a territorialização de origem dos usuários e de suas famílias em atendimento no CAPSI; conhecer as demandas dos usuários que os vinculam ao serviço; identificar os dispositivos de promoção e prevenção à saúde mental no território dos usuários e de suas famílias; e; verificar o fluxo de atendimento dos usuários antes do acolhimento no CAPSI.

Foi constatado no próprio serviço que não há uma ferramenta ou sistema que forneça suporte ao planejamento e à gestão do serviço, de maneira rápida, eficiente e confiável, para saber e atuar no perfil dos usuários do CAPSI: quantos são, quem são, de onde vem, qual o seu território de origem, quem os encaminhou ao serviço, há quanto tempo estão vinculados ao serviço, quais os dispositivos dentro do seu território poderiam colaborar para a prevenção e promoção da sua saúde mental. Identificar o perfil, a origem e as demandas dos usuários contribuirá para que a

gestão invista em políticas públicas voltadas às necessidades mais relevantes e contribuirá, a fim de que o trabalhador da saúde mental exerça sua atividade com mais eficiência, eficácia e efetividade, fazendo também, do usuário um cidadão cômico dos seus direitos, emancipado, autônomo e protagonista da sua própria história.

Um dos princípios fundamentais do assistente social, de acordo com o Código de Ética, é o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. (CFESS, 1993, princ. X). Também está entre os deveres do assistente social, “desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor.”. (CFESS, 1993, art. 3º).

Nas reuniões do grupo de pais e responsáveis, alguns dos familiares relataram desconhecer muitos de seus direitos e reclamam da falta de atividades que protejam e promovam a saúde mental nos seus territórios. Ao plotar o território dos usuários, junto com as instituições e atividades, as quais são realizadas nestes territórios, intervir-se-á no sentido de mostrar ao Poder Público os territórios mais vulneráveis em Saúde Mental de Santa Maria, de forma a garantir, enquanto assistente social, que os usuários tenham acesso ao serviço, atuando, assim, na proteção e recuperação do bem estar físico, mental e social dos cidadãos.

A execução deste projeto supre esta lacuna, pois visa apresentar o perfil dos usuários e do seu território - em termos de dados e estatísticas, para mostrar o retrato atual da saúde mental infantojuvenil de Santa Maria, proporcionando uma visão fácil e rápida das áreas de maior vulnerabilidade e risco social e quais os dispositivos de saúde mental mais próximos do seu território. Facilitará também a intensificação, manutenção e criação de políticas públicas na área da saúde, dando condições à gestão pública nas suas tomadas de decisões e no enfrentamento às várias expressões da questão social.

A disponibilização e publicização do perfil socioeconômico dos usuários do CAPSI contribuirá não só para o acesso aos bens e serviços relativos à saúde mental, mas também a uma gestão democrática, com a participação dos usuários.

#### 4.1 As atividades desenvolvidas para efetivar o projeto

A metodologia utilizada no projeto “Conhecendo para Intervir”, inicia-se com uma análise documental, baseada no levantamento de dados dos prontuários dos usuários. Prontuário médico é a soma de todas as informações a respeito do paciente. O prontuário do paciente é definido pelo Conselho Federal de Medicina como sendo:

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CFM, 2002, res. 1.638).

O prontuário é considerado de elaboração obrigatória pelo Código de Ética Médica; além de ser elaborado de maneira legível, ...

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente. (CFM, 1988, art. 87).

O prontuário do paciente deve conter informações que assegurem a continuidade do atendimento ao paciente desde a sua entrada na instituição da saúde até sua saída. Ele também é de extrema importância para os processos administrativos, seja no aspecto legal ou financeiro.

Diante dos conceitos apresentados, a Ficha Cadastral de Usuário, mencionada anteriormente, faz parte do conjunto de informações do usuário e constitui-se, também, parte integrante do seu prontuário. Em alguns serviços, esta ficha recebe outros nomes; um deles é anamnese, que é um questionário com dados obtidos do paciente (físico ou histórico), realizados na admissão do paciente, seguindo formulários padrões de cada instituição.

Os prontuários podem conter vários documentos importantes, tais como: PTS (Plano Terapêutico Singular), resultados (laudos) de exames, evolução médica e da enfermagem, termos de consentimentos, sumário de transferência, alta ou óbito, registros do motivo e local de transferência, registros das condições de alta e plano



pós-alta e registros das causas do óbito, descrição cirúrgica, laudos de consultoria, registro obstétrico e exame do recém-nascido, identificação do recém-nascido, registros de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, entre outros.

Os prontuários são documentos reservados ao uso dos profissionais, residentes e estagiários da equipe médica e multidisciplinar. O acesso a eles foi franqueado sem restrições, por parte da secretaria do serviço, com a orientação da assistente social supervisora de estágio. Esses prontuários do CAPSI são armazenados em pastas suspensas de arquivo ou em envelopes grandes identificados exteriormente com o nome completo do usuário, separados dentro do arquivo, pela letra inicial do nome do usuário. Esse procedimento de se usar envelopes, mostrou-se ser pouco eficiente na sua funcionalidade. O motivo dessa limitação é a falta de fornecimento de pastas suspensas pela Prefeitura Municipal. Conforme informação da secretaria do CAPSI, o referido material não tem sido fornecido há longa data, bem como outros materiais de escritório e matérias-primas para as oficinas.

A coleta de dados dos usuários para o projeto iniciou-se no mês de abril, durante o Estágio II, e estendeu-se até o mês de setembro. O CAPSI “O Equilibrista” conta hoje com 553 prontuários ativos. Inicialmente, a análise dos dados seria restrita aos usuários acolhidos nos anos de 2017 e 2018, mas acabou sendo feita em todos os prontuários ativos do CAPSI. Essa modificação deu-se devido à importância dos dados para o serviço e, principalmente, para a gestão da saúde mental. Entende-se por prontuários ativos, aqueles que concluíram todo o processo de acolhimento e permanecem vinculados de alguma maneira ao serviço, seja através de acompanhamento médico, psicológico, ou através das oficinas e grupos.

A principal fonte de informação para a coleta dos dados, dentro do prontuário, foi a Ficha de Cadastro de Usuário. Considerou-se para a coleta, as seguintes informações: nome completo, data de nascimento, gênero, endereço, CID (Classificação Internacional de Doenças), constituição familiar, unidade básica de saúde em que é atendido, escola em que o aluno estuda, série e turno, instituição ou pessoa que fez o encaminhamento ao CAPSI, Conselho Tutelar envolvido (quando é o caso), renda familiar aproximada, se recebe benefício social, a data de acolhimento no CAPSI, e data e o motivo da última atividade desenvolvida no CAPSI.

Essas informações já são suficientes, para fazer uma análise detalhada e traçar o perfil socioeconômico dos usuários infantojuvenis da saúde mental em Santa Maria. Os dados foram transportados a uma planilha eletrônica com tabelas e gráficos que serão apresentados nos capítulos subsequentes. O banco de dados ficará disponível livremente para consulta a todos os interessados, respeitando-se, naturalmente, a identidade dos usuários e o sigilo profissional das informações. Tanto usuários quanto profissionais e gestores terão acesso aos dados e percentuais gerais e à análise apresentada.

## **4.2 Os limites e as possibilidades do projeto**

A análise documental, que serviu de base ao projeto, limitou-se a investigar os usuários de prontuários ativos, documentos, os quais estão armazenados no arquivo físico, em ordem alfabética, separado por letras, de acordo com a letra inicial do nome do usuário.

Assim sendo, é possível que no intervalo da coleta de dados, tenham sido acolhidos novos usuários ou tenham sido retirados prontuários de usuários que deram alta ou abandonaram o serviço. Observou-se, por exemplo, usuários, os quais completaram mais de dois anos do último atendimento e seu prontuário permanece como ativo. A demanda pelo serviço é grande, e a rotatividade de usuários, permite-nos supor que os números não são rigorosamente exatos, mas mostram uma tendência ou várias probabilidades de análise. Demonstram uma fotografia atual do serviço e da política de saúde, mas temporal dos dados.

Outro fator limitador é a desatualização dos prontuários, uma vez que a ficha de cadastro é preenchida por ocasião do acolhimento e depois disso, normalmente, não é atualizada. Especialmente no que refere-se a dados alterados com frequência, tais como: endereço, número de pessoas na estrutura familiar, unidade básica de saúde em que é atendido, escola em que o aluno estuda, série e turno, renda familiar aproximada e até mesmo o CID (Classificação Internacional de Doenças).

A coleta de dados também foi dificultada pela falta de preenchimento de alguns itens da ficha cadastral por parte do entrevistador e/ou acolhedor. Quando o

item não era preenchido, considerou-se a sigla “NI”, que significa “Não Informado”. É preciso considerar que a ficha de cadastro modificou-se ao longo dos anos. Informações que não eram tão importantes, há alguns anos atrás, agora podem ter relevância. Por exemplo, endereço eletrônico e whatsapp facilitam a comunicação entre o serviço e o usuário, atualmente, havendo, portanto, maior necessidade de serem incluídos/preenchidos.

O que pode justificar a falta de informações nas fichas é a grande demanda antes da mudança de fluxo de acesso ao CAPSI. Antigamente, havia demanda espontânea ao serviço, gerando um alto número de acolhimentos; o que gerava relativa pressa da equipe acolhedora no atendimento ao usuário e no preenchimento dos documentos. Atualmente, porém, há uma triagem feita por parte das unidades básicas de saúde, antes do acolhimento no CAPSI. Este novo fluxo foi pactuado no município de Santa Maria, restringindo o acesso direto e espontâneo do usuário.

Observou-se ainda que alguns usuários possuem mais de uma Ficha de Cadastro, com dois e até três acolhimentos, o que demonstra a falta de um filtro, para verificar se o paciente já foi usuário do CAPSI. A todos os casos em que isto foi identificado, considerou-se a data do primeiro acolhimento, visto que é a primeira aproximação com o serviço; e os demais dados do último acolhimento, uma vez que estariam mais atualizados.

Verificou-se, após a análise e a interpretação dos dados, a grande parcela dos usuários, os quais tem mais de dezoito anos, portanto, legalmente, não seriam mais pacientes do CAPSI. Esta parcela de usuários gera uma margem de erro significativa na totalização dos números. Acontece que muitos dos usuários estão há bastante tempo sendo tratados no CAPSI e uma mudança para um CAPS adulto poderia significar alguns possíveis retrocessos no tratamento, devido à identificação com os profissionais atuais.

Outro fator limitador da pesquisa documental, foi a maneira como os prontuários são armazenados. Mesmo aqueles que estão em pastas suspensas, suas páginas não estavam numeradas, o que gera mistura de folhas, documentos e/ou receitas; e dificulta uma sequência cronológica.

Durante o estágio, a medida que se fazia a coleta de dados, procurou-se colocar as páginas na ordem cronológica, começando-se com as mais antigas, primeiro, de baixo para cima. Alguns documentos do prontuário, tais como

fotografias, exames e cópias de receitas estavam soltas na pasta ou no envelope. Considerou-se a data desses documentos, porém alguns deles nem data continham.

Os prontuários foram furados na sua margem esquerda e, após a colocação em ordem temporal, fechados com uma cinta plástica, própria para esta finalidade, de tal maneira que as páginas podem ser manuseadas sem impedimento e podem ser acrescentadas novas folhas, sem prejuízo das demais e sem que haja possibilidade de perdas. Assim, cada folha acrescentada ficará como a primeira página do arquivo, bem em cima das demais. Foi sugerido que não se usasse o verso da folha de prontuário para facilitar o manuseio e a leitura do mesmo.

Devido ao tempo exíguo para o cuidado, manutenção e preservação dos prontuários, os mesmos foram colocados em ordem cronológica, porém suas páginas não foram numeradas.

Outro fator limitador, foi o pouco tempo destinado ao estágio e à coleta de dados. Para vencer esta dificuldade, foi necessário dispensar tempo extra por parte do estagiário, além das horas previstas no plano pedagógico do curso.

O prontuário é de uso coletivo da equipe multidisciplinar. A falta de um procedimento padrão de manuseio, preenchimento, manutenção e atualização, proporciona um limitador neste instrumento de trabalho. Haveria um ganho de organização, se existisse essa padronização. A padronização não limita o fazer profissional de quem atua na saúde mental ou da equipe, apenas ajusta os procedimentos, para que todos falem a mesma linguagem. Não se trata de um engessamento do profissional, nem mesmo de censura das suas ideias, mas executar com as mesmas regras uma ferramenta que é de uso coletivo.

Outro procedimento que trouxe limitações foi o fato dos prontuários serem armazenados pela primeira letra do nome do usuário, todavia, sem o rigor da ordem alfabética dentro da própria letra. Isso deve-se a dois motivos, principalmente: a falta de pastas suspensas para todos os usuários e, em consequência desta, o uso de uma pasta para armazenar vários envelopes de prontuários. O fato do arquivo geral não estar em ordem alfabética rigorosa gera retrabalho e desperdício de tempo na procura de documentos e prontuários.

Uma vez criado um banco de dados eletrônico com os dados, identificação e localização dos usuários, o serviço poderá ganhar eficiência, eficácia e agilidade não só de atendimento, como também nos processos e métodos de trabalho. Essa possibilidade de avanço depende em muito da equipe de profissionais. Isto porque,

de nada adianta um panorama local e temporal dos usuários, se o banco de dados não for dinâmico. Ele precisa ser alimentado e atualizado constantemente para fazer sentido em sua existência.

Além disso, a expansão do projeto para outras áreas, redes e serviços. As ferramentas utilizadas são de acesso gratuito e de fácil manuseio. O que requer mais trabalho e responsabilidade é a coleta de dados e, principalmente, a análise das informações.

### **4.3 A análise dos resultados obtidos**

A análise documental, que serviu de pesquisa ao trabalho, foi realizada nos 553 prontuários ativos do CAPSI. Uma pesquisa é um processo de construção de um conhecimento, ou de um saber com dois objetivos: gerar novos conhecimentos ou confirmar, ou desconstruir um conceito já existente. O conhecimento a ser construído pela investigação vislumbra não somente a compreensão e explicação do real, mas a instrumentalização das ações profissionais. O pesquisador, segundo Lopes (2008), em uma mesma pesquisa, poderá ter diferentes motivos para investigar, mas sempre terá um motivo central que irá impulsioná-la.

No que se refere especificamente ao Serviço Social, a pesquisa deve proporcionar um aprofundamento do conhecimento na área, a fim de resultar em melhores decisões e intervenções positivas no contexto social que a pesquisa está inserida.

Assim, segundo Lopes (2008), a construção de um novo saber baseado em uma pesquisa ou processo de investigação, realiza um movimento dialético que consiste em análise e crítica do objeto base da pesquisa, construção de novos conhecimentos e síntese do plano de ação e do conhecimento.

Vejamos os resultados da análise documental:

CAPSI O EQUILIBRISTA		
Sexo	Qtidade	%
Masculino	376	68%
Feminino	177	32%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 01

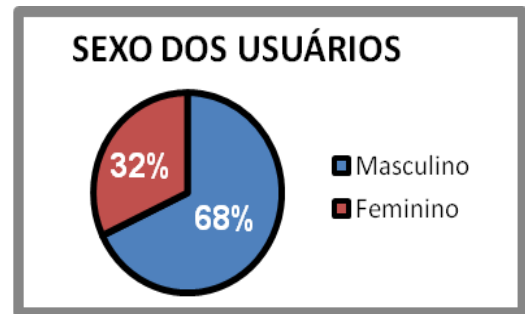


Gráfico 01

Observa-se, através dos números e dos percentuais obtidos, que o sexo predominante entre os usuários do CAPSI é o masculino. Foi uma surpresa geral esta maioria masculina, diferentemente da percepção dos profissionais do serviço, os quais comentavam, informalmente, durante os estágios, a crença no predomínio quantitativo das mulheres.

Quanto à idade dos usuários, com os dados levantados, chegou-se à construção da Tabela 02:

CAPSI "O EQUILIBRISTA"			
IDADE (anos)	QUANTIDADE	Proporção da Categoria	Proporção do Total
1 ano	1	0,6%	0,2%
2 anos	1	0,6%	0,2%
3 anos	3	1,8%	0,5%
4 anos	10	5,9%	1,8%
5 anos	10	5,9%	1,8%
6 anos	19	11,2%	3,4%
7 anos	20	11,8%	3,6%
8 anos	23	13,5%	4,2%
9 anos	22	12,9%	4,0%
10 anos	23	13,5%	4,2%
11 anos	38	22,3%	6,7%
<b>CRIANÇAS --&gt;</b>	<b>170 usuários</b>	<b>100%</b>	<b>30,6% do TOTAL</b>
12 anos	32	11,0%	5,8%
13 anos	53	18,2%	9,6%
14 anos	44	15,1%	8,0%
15 anos	38	13,1%	6,9%
16 anos	46	15,8%	8,3%
17 anos	41	14,1%	7,4%
18 anos	37	12,7%	6,7%

<b>ADOLESCENTES --&gt;</b>	<b>291 usuários</b>	<b>100%</b>	<b>52,7% do TOTAL</b>
19 anos	28	40%	5,1%
20 anos	16	22,8%	2,9%
21 anos	9	12,9%	1,6%
22 anos	6	8,6%	1,1%
23 anos	6	8,6%	1,1%
24 anos	5	7,1%	0,9%
<b>JOVENS --&gt;</b>	<b>70 usuários</b>	<b>100%</b>	<b>12,7% do TOTAL</b>
<b>NI --&gt;</b>	<b>22 usuários</b>	<b>100%</b>	<b>4% do TOTAL</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>553 usuários</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 02

O CAPSI atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, portanto usuários de zero a 18 anos (incompletos), conforme critério abordado no capítulo 2.1 deste trabalho.

Para efeito desta análise, considerou-se a idade que os usuários tinham em julho de 2018, mês em que foi feita a maior parte da coleta de dados. Por conta disso, também, considerou-se a idade de 18 anos completos como ainda vinculada ao serviço. Assim sendo, as crianças foram consideradas, na contagem, até aos 11 (onze) anos, inclusive; os adolescentes, dos 12 (doze) aos 18 (dezoito) anos; e os jovens a partir dos 19 (dezenove) anos. A proporção dentro da categoria (crianças, adolescentes, jovens e NI) e a proporção em relação ao total estão explicitadas nas duas colunas da direita da Tabela 02.

Observa-se, na Tabela 02, que os cinco usuários mais novos do CAPSI ainda não completaram 5 (cinco) anos de idade, representando 2,9% das crianças e 0,9% do total de usuários. Todos os demais usuários são maiores de 4 (quatro) anos de idade.

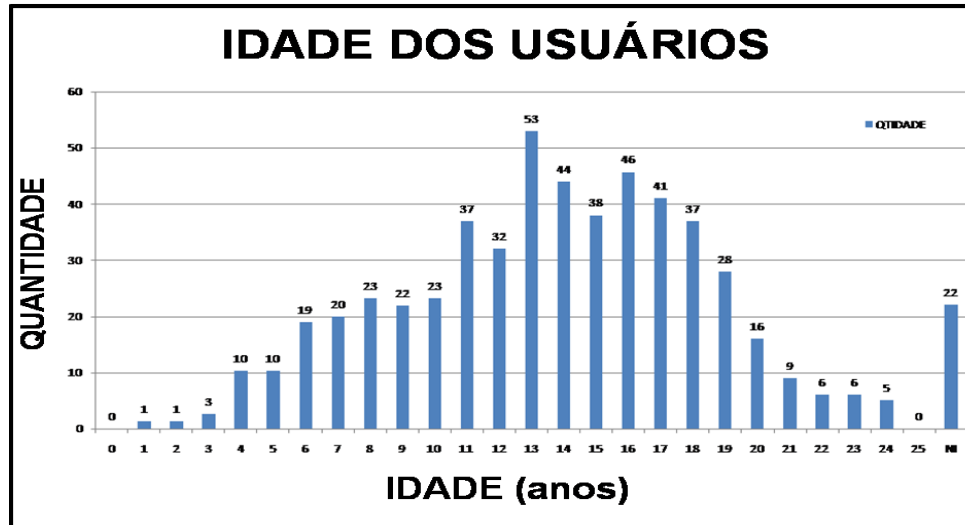


Gráfico 02

Os adolescentes de 13 (anos) são a maior quantidade de usuários (53) do CAPSI, com a proporção de 9,6% do total de usuários. Entre as crianças, a maior proporção (22,3%) está com a idade de 11 (onze) anos. Isto representa 38 (trinta e oito) usuários. Veja, no Gráfico 02, os números absolutos em cada faixa etária, representados por colunas verticais comparáveis.

Um fator interessante a ser considerado é que 70 (setenta) usuários são maiores de 18 anos, idade que já estaria fora do escopo de atuação do CAPSI. Essa informação foi repassada à secretaria do serviço pelo estagiário, bem como o nome de cada um, pois eles representam 12,7% do total de usuários. Desta forma, seria possível distinguir o motivo pelo qual eles ainda permanecem vinculados ao CAPSI e retirar estes prontuários da situação de ativos, ou repassar seus atendimentos ao(s) CAPS adulto(s). Enquanto esse processo não é efetivado, os prontuários permanecem ativos e constando como vinculados ao serviço.

Embora não seja parte e nem preocupação desta análise quantitativa, observou-se que alguns dos usuários jovens são oriundos de demanda judicial. Isto faz com que haja um zelo maior com esses casos, por parte dos profissionais, pois qualquer alteração significativa precisa, necessariamente, ser comunicada ao Sistema Judiciário. Constata-se uma falha no processo de transição destes jovens aos CAPS adultos, que poderiam continuar o tratamento mediante a transferência.

Verifica-se ainda que 22 (vinte e dois) usuários não tem a sua data de nascimento registrada na Ficha de Acolhimento, gerando a falta desta informação na



análise. Esses usuários ficaram registrados na categoria denominada “NI”, das iniciais “Não Informado”. A lista com estes nomes também foi repassada à secretaria do CAPSI, pelo estagiário, para possíveis registros, orientações e correções. Esse dado importante poderia ter sido consultado através do sistema de saúde da prefeitura, porém não foi fornecida nenhuma identidade e senha, para que os estagiários fizessem o referido procedimento. Todos os técnicos do serviço possuem o acesso, onde são lançados os procedimentos e as atividades. Não houve o cuidado por parte de muitos dos entrevistadores em registrar a data de nascimento, conforme mencionado acima, mas é uma informação de fácil acesso.

Retirando-se os casos de “NI”, os quais são em número de 22 prontuários, restam 531 prontuários perfeitamente identificados com a data de nascimento dos usuários. Diante dessa realidade, excluindo os “NI”, pode-se verificar, no Gráfico 03, a proporção de crianças, adolescentes e jovens do CAPSI:

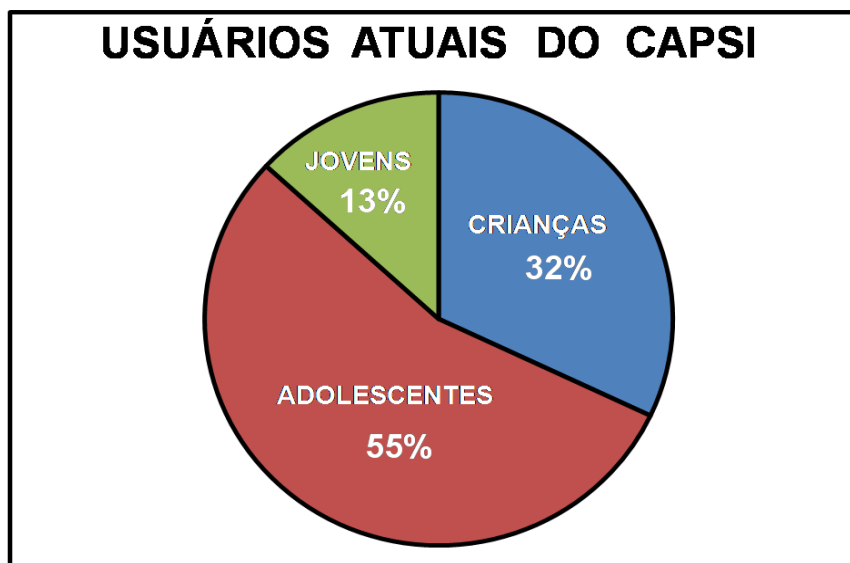


Gráfico 03

Portanto, verifica-se que a maioria absoluta dos usuários do CAPSI são de adolescentes (55%). A outra parcela divide-se entre crianças e jovens.

Se eliminarmos da contagem os jovens, que não fazem parte do público alvo do CAPSI, o efetivo passa a ser de 461 usuários. A nova realidade passaria a ser mostrada, conforme o Gráfico 04, abaixo:

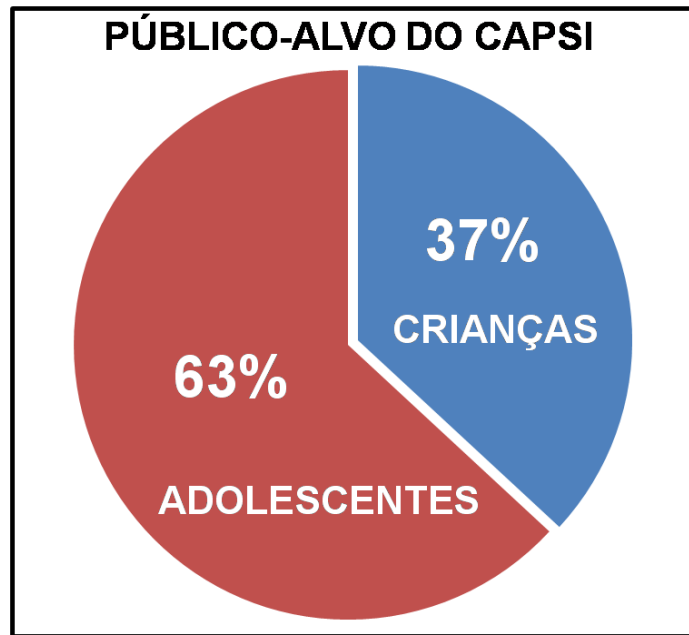


Gráfico 04

Naturalmente, o tratamento em saúde mental é diferenciado para crianças e adolescentes. Existem, no serviço, oficinas e grupos só para crianças, outros só para adolescentes, pois a dinâmica e a condução das atividades são diferenciadas. Os desenvolvimentos físico, intelectual, emocional e social também são distintos.

Por exemplo, há um grupo de esportes para adolescentes, desenvolvido às segundas-feiras e outro grupo de esportes para crianças, às quartas-feiras, ambos sob a responsabilidade de uma educadora física. Não seria adequado misturar usuários com estruturas físicas tão distintas em uma mesma disputa esportiva. Para uma melhor gestão e organização das atividades, é imperioso saber o quantitativo de crianças e adolescentes em tratamento no serviço.

Ao tratar-se da faixa etária, um fator também relevante a ser analisado, é a idade em que os usuários começam o atendimento. A coleta desses dados foi uma sugestão ao trabalho dada pela orientadora acadêmica. Esta foi aceita e incorporada à análise quantitativa existente.

A informação é muito importante na efetivação de políticas públicas voltadas à saúde mental infantojuvenil. A análise é simples de ser executada, pois há no banco de dados as datas de nascimento e acolhimento da maioria dos usuários em tratamento.

Veja abaixo, a tabela que materializa esta análise:

<b>CAPSI “O EQUILIBRISTA”</b>		
<b>IDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
NI	78	14%
1 ano	5	1%
2 anos	8	1%
3 anos	13	2%
4 anos	15	3%
5 anos	32	6%
6 anos	34	6%
7 anos	32	6%
8 anos	37	7%
9 anos	37	7%
10 anos	37	7%
11 anos	38	7%
12 anos	34	6%
13 anos	40	7%
14 anos	27	5%
15 anos	40	7%
16 anos	21	4%
17 anos	24	4%
18 anos	3	1%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 03

Fixando-se na Tabela 03, percebe-se que o maior número de usuários (40) é acolhido no serviço aos 13 (treze) e aos 15 (quinze) anos de idade, perfazendo um percentual de 7% cada uma das idades. Se contarmos com estes limites (13 e 15 anos), concluímos que 19% dos usuários aderiram ao serviço neste período da adolescência, isto é, 107 (cento e sete) usuários. Porém, se considerarmos a faixa etária dos 11 (onze) aos 13 (treze) anos, vamos concluir que 20% dos usuários aderiram ao serviço, isto é, 112 (cento e doze) usuários.

Portanto, a faixa etária de maior acolhimento no serviço está entre os 11 (onze) e os 13 (treze) anos e a idade com maior índice é de 13 anos. Ou seja, o perfil predominante no CAPSI é de um adolescente que é acolhido no serviço aos 13 anos de idade. Pode-se inferir, através desta análise, que o tratamento em saúde

mental infantojuvenil ainda é tratado como um tabu na nossa sociedade, pois a sua procura ainda é bastante tardia. Ou, pode-se inferir também que os transtornos mentais são mais comuns na adolescência do que na infância.

Nota-se também que grande parte dos usuários (14%), ou seja, 78 (setenta e oito) prontuários estão classificados como “NI” (“Não Informado”). Isto significa a omissão da data de nascimento ou da data de acolhimento, ou de ambas, nos prontuários dos usuários.

Foram 3 (três) usuários acolhidos com 18 (dezoito) anos, idade que está fora do escopo de atuação do CAPSI. Embora seja um percentual quase insignificante diante da totalidade (1%), seria interessante uma análise qualitativa para se verificar o motivo que estes usuários foram aderidos ao serviço, mesmo já podendo ser assistidos por um dos CAPS adultos.

É importante lembrar que alguns usuários tiveram mais de um acolhimento no serviço. Sendo assim, considerou-se a data do primeiro acolhimento ou acolhimento com a data mais antiga.

Transportando os dados da Tabela 03 para o Gráfico 05 é possível uma melhor visualização dos quantitativos e das faixas etárias. Veja abaixo:

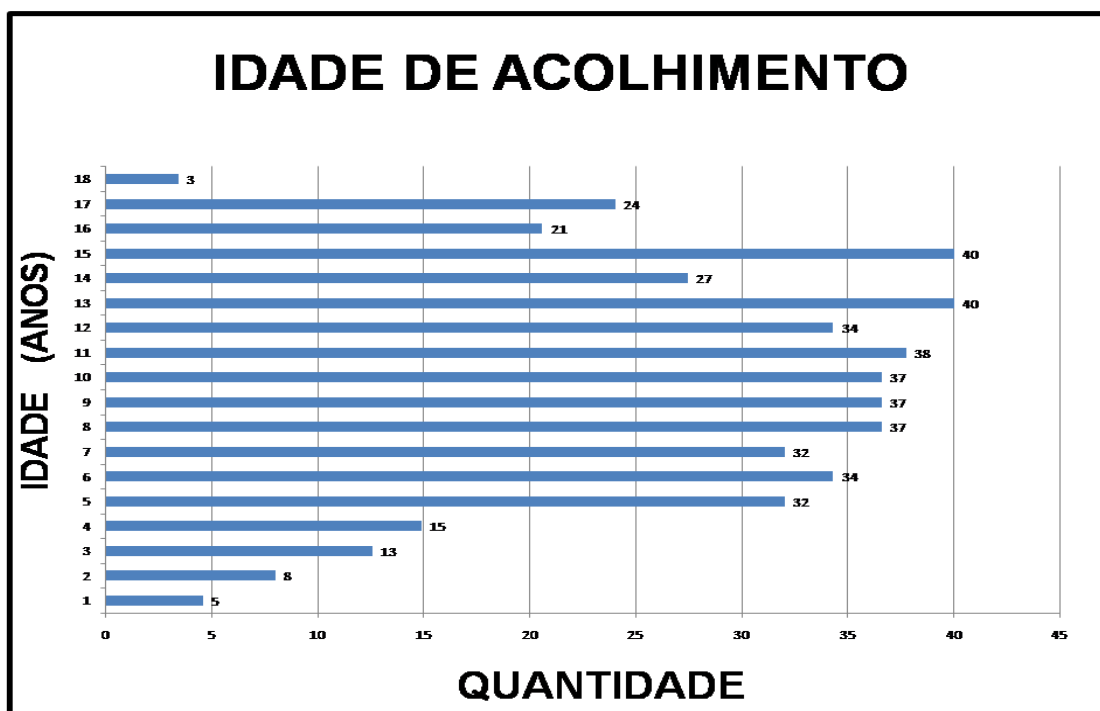


Gráfico 05

É possível verificar também no Gráfico 05 que a faixa etária dos 8 (oito) aos 15 (quinze) anos é o escopo em que todas as idades tiveram no mínimo 34 (trinta e quatro) usuários acolhidos no serviço, perfazendo um percentual de 53% do total.

O Gráfico 05 corrobora o que já foi deduzido da Tabela 03, de que os usuários são acolhidos no CAPSI, em sua maioria, na adolescência, por volta dos 13 (treze) anos, em média.

Outra análise importante a ser feita, a partir do levantamento de dados, com vistas à formulação de políticas públicas de saúde, é o tempo em que o usuário permanece em tratamento, vinculado ao CAPSI. Este tempo é facilmente calculado, diminuindo-se, na tabela do banco de dados, a data atual, pois os usuários estão ainda vinculados formalmente ao serviço, da data do seu primeiro e/ou único acolhimento.

O vínculo formal que, se inicia com o acolhimento no serviço, se desfaz a partir do momento que o usuário recebe a alta compartilhada, por abandono, a pedido da família ou por resposta ao tratamento. Quando a alta é dada a pedido da família, o serviço se isenta da responsabilidade e das consequências decorrentes desta decisão. Para tanto, o familiar responsável pelo usuário assina um Termo de Responsabilidade, que é arquivado junto ao prontuário.

No caso de encaminhamento para outros serviços, há uma preocupação com esta transferência, até que o usuário esteja formalmente vinculado e atendido pelo outro serviço. Isto é mais comum quando o usuário sai do CAPSI e passa a ser atendido em um CAPS adulto, por exemplo.

Observe a seguir, a Tabela 04, contendo este tempo, em anos; e o Gráfico 06 gerado para acompanhar a análise:

<b>CAPSI “O EQUILIBRISTA”</b>		
<b>TEMPO SV (anos)</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
0 ano	84	15%
1 ano	99	18%
2 anos	78	14%
3 anos	53	10%
4 anos	38	7%
5 anos	50	9%
6 anos	55	10%
7 anos	20	4%

8 anos	9	2%
9 anos	6	1%
10 anos	19	3%
11 anos	4	1%
12 anos	10	2%
13 anos	4	1%
14 anos	3	0%
15 anos	3	0%
NI	20	4%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 04

Percebe-se através da Tabela 04 que 24% dos usuários, ou seja, 133 (cento e trinta e três) usuários estão há mais de 5 (cinco) anos em tratamento no CAPSI. Isto equivale a praticamente 1/5 (um quinto) do total. Nesta mesma perspectiva, 4% estão há mais de 10 (dez) anos vinculados ao serviço. Este percentual equivale a 24 (vinte e quatro) usuários.

Os períodos de tratamento e vinculação ao serviço por vezes parecem muito grandes e exagerados, mas em se tratando de saúde mental, há que se considerar que o serviço trata de distúrbios mentais leves, médios e graves e, que, alguns usuários nem tem uma perspectiva de alta, devido ao nível de comprometimento cognitivo e mental. Existe o caso de famílias que se apropriam da doença do usuário para receberem algum benefício social. Muitas delas não demonstram interesse pelo tratamento ou pela alta por medo de perderem seus direitos.

Portanto, não há um rigor numérico que expresse o tempo de resposta ao tratamento. Cada caso deveria ser analisado separadamente e merece uma pesquisa de caráter qualitativo. Fica como desafio e sugestão de pesquisa aos novos estagiários que ocuparão o mesmo campo, no futuro.

Aplicando-se uma média ponderada aos números da Tabela 04, poderíamos afirmar que o tempo médio de tratamento dos usuários do CAPSI é de 3 (três) anos. Esta média pode e deve ser questionada, mas foi obtida multiplicando-se o número de usuários pelo tempo de tratamento de cada um; os resultados destas multiplicações é somado, e, o total resultante é dividido pelo número total de usuários.

Para um cálculo mais preciso, se isso é completamente aplicável em termos de saúde mental, seria necessário transformar os anos de tratamento em meses e/ou avaliar o número de atendimentos que o usuário teve neste período. Quanto mais forem colocados critérios objetivos de avaliação, mais próximos os resultados estarão de uma precisão estatística. Para efeito desta análise documental, foi utilizado o critério da média ponderada, em anos.

Abaixo, está o Gráfico 06 que mostra basicamente os mesmos dados coletados na Tabela 04, porém apresenta maior facilidade para se analisar e diferenciar as quantificações de cada ano do usuário no serviço.

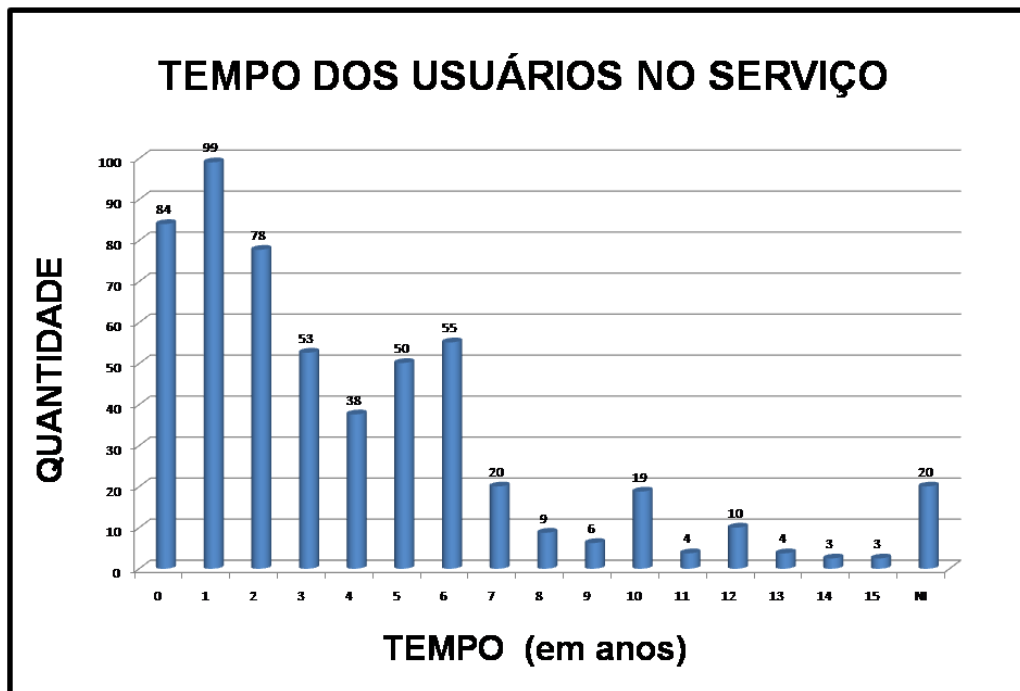


Gráfico 06

Observa-se no Gráfico 06 que para 4% dos usuários, ou seja, para 20 (vinte) pessoas este cálculo não foi possível, tendo em vista, que não foram encontradas em seus prontuários, as datas de acolhimento. Estes usuários foram classificados como "NI". Poderia ter sido feito um cálculo mais aproximado, baseado na primeira data de atendimento do prontuário, mas que resultaria, mesmo assim, numa quebra de critério em relação aos demais usuários analisados. Porém, esta diferença já está prevista na margem de erro da estatística.

Constata-se ainda no mesmo gráfico que até os 6 (seis) primeiros anos de tratamento o número de usuários não baixa de 38 (trinta e oito) pacientes por ano de vínculo. Este número cai vertiginosamente (de 55 para 20 usuários) a partir do sétimo ano, representando 14% dos usuários ou 77 (setenta e sete) usuários que estão há mais de 7 (sete) anos sendo atendidos. Isto corrobora a análise feita anteriormente, que o tempo de tratamento do usuário CAPSI está em média de 3 (três) anos e no máximo de 6 (seis) anos, em média.

É muito importante, tanto para a gestão quanto para os profissionais do serviço, saberem qual o período de tempo em que o usuário está afastado do seu tratamento, uma vez tendo sido acolhido. Esta informação é essencial para a busca ativa de usuários que evadiram do serviço de saúde mental. A busca ativa é uma técnica originada nas vigilância epidemiológica e sanitária que visa levantar os dados sobre a predominância de doenças e agravos, realizando uma identificação de sintomas a partir da escuta dos indivíduos.

Segundo Mattos (2001), o termo busca ativa foi sendo aprimorado no seu conceito para designar, atualmente, uma postura política de trabalho, sob a ideia de integralidade do cuidado, que pressupõe atender às necessidades de saúde para além da demanda espontânea. Significa ir em busca do usuário para saber alguma informação relativa ao seu afastamento.

O manuseio dos prontuários do CAPSI também gerou a Tabela 05, que aponta quantos usuários estão afastados do serviço e há quanto tempo. A unidade usada para medir o tempo foi o ano, subtraindo-se a data da análise do prontuário, pela data do último atendimento no serviço, independente de qual atividade foi realizada com o usuário e independente de qual área profissional realizou esta atividade:

<b>CAPSI “O EQUILIBRISTA”</b>		
<b>TEMPO (anos)</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
0 ano	336	61%
1 ano	112	20%
2 anos	67	12%
3 anos ou +	38	7%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 05



A Tabela 05 nos aponta algumas informações importantes.

A primeira delas é que a ampla maioria dos usuários (61%) esteve presente em alguma atividade no CAPSI no último ano, como parte do seu PTS (Plano Terapêutico Singular). Isto significa um número absoluto de 336 usuários. Em alguns casos, os usuários participam de oficinas, grupos e/ou atendimentos individuais com frequência semanal, além da consulta psiquiátrica rotineira e frequente dos usuários da saúde mental.

A segunda informação deduzida da Tabela 05 é que, se levarmos em consideração o prazo de até 1 (um) ano de intervalo entre uma atividade e outra, este percentual de usuários atendidos sobe para 81% (61% + 20%), chegando ao número de 448 (quatrocentos e quarenta e oito) usuários.

Ao levarmos em conta o fato da agenda psiquiátrica do CAPSI estar completa até dois meses para frente, um ano de intervalo se torna um tempo aceitável. Em contrapartida, se considerarmos o serviço de saúde mental multidisciplinar, que não é somente o tratamento médico, e que há atividades paralelas na rede de atendimento, o prazo parece que se torna muito longo.

Outra dedução lógica, porém preocupante, é que 19% do total, 104 (cento e quatro) usuários já estão há 2 (dois) anos ou mais distantes da última atividade desenvolvida no serviço. Existe o caso específico de um usuário que está há mais de 6 (seis) anos sem ser atendido ou, pode ter sido atendido neste ínterim, sem que o profissional tenha registrado a atividade. Ele não representa nem 1% dos usuários, mas seria fundamental fazer uma busca ativa para este usuário específico, inicialmente verificando os motivos que o levaram a abandonar o tratamento. Pode ser que tenha abandonado o tratamento, mas seu prontuário continua ativo. Isto vale o mesmo para outros tantos que se encontram afastados do serviço.

Existem ainda os casos de usuários que são atendidos pelo médico, mas o atendimento só é lançado no prontuário médico eletrônico, embora haja uma recomendação para que se imprima a página do atendimento eletrônico e se anexe ao físico.

Mais uma vez destaca-se a importância do registro no prontuário, de todas as atividades realizadas com o usuário, bem como as tentativas de contato com os familiares, inclusive por telefone. Os profissionais do CAPSI costumam chamar estes

registros de “evolução de prontuários”, “evoluir prontuários”, ou simplesmente “evolução”.

Mesmo que o profissional não consiga contato com o usuário e/ou familiar é necessário o registro de tal tentativa, para que se tenha uma ideia de cada evolução e para que não se perca o vínculo com o serviço. Também é recomendável a conferência e/ou registro dos números de telefones e celulares, afim de que o cadastro esteja sempre atualizado, devido às frequentes trocas de telefones dos usuários.

Uma das sugestões do estagiário ao CAPSI é que fossem disponibilizados outros canais de contato com o usuário e familiares, tais como endereço eletrônico, agenda eletrônica, redes sociais e aplicativos de conversa por celular, que são muito comuns entre todas as camadas da sociedade. O serviço não dispõe hoje de nenhum celular para contatos, o que gera um custo muito alto de ligações telefônicas, pois os usuários são contatados principalmente através de seus celulares. Existe apenas uma linha telefônica convencional disponível para receber e efetuar ligações, que é muito concorrida pelos profissionais e que, além de manter a linha ocupada por muito tempo para quem liga para o CAPSI, também cria uma fila de espera para quem necessita efetuar ligação. Uma solução rápida e fácil seria disponibilizar uma linha de celular para o serviço. Neste caso, seria necessário também acrescentar na ficha de cadastro de usuário o(s) campo(s) de endereço eletrônico (email) e opção para o usuário (sim ou não) de aplicativo de conversa.

A análise documental realizada preocupou-se não só com a data do último atendimento, mas com o tipo e/ou profissional que realizou o último atendimento. Estes dados são apresentados na Tabela 06:

CAPSI “O EQUILIBRISTA”		
MOTIVO	QUANTIDADE	%
MÉDICO	325	59%
NI	73	13%
GRUPO	48	9%
SERVIÇO SOCIAL	25	5%
PSICOLOGIA	20	4%
GRUPO ESPORTES	11	2%
TERAPIA OCUPACIONAL	11	2%
FARMÁCIA	6	1%

VISITA DOMICILIAR	5	1%
FONOAUDIOLOGIA	4	1%
GRUPO ALFABETIZAÇÃO	3	0%
CONTATO TELEFONE	3	0%
DESLIGAMENTO	3	0%
REACOLHE	3	0%
GRUPO ADOLESCENTES	1	0%
AT	1	0%
GRUPO DE CRIANÇAS	1	0%
DESLIG - ALTA PRÓPRIA	1	0%
EP ENCAM	1	0%
FISIOTERAPIA	1	0%
NÃO ADERIU	1	0%
OFICINA	1	0%
GRUPO PSI	1	0%
SECRETARIA	1	0%
SERVIÇO SOCIAL VD	1	0%
GRUPO TO	1	0%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 06

Várias análises podem ser obtidas ao visualizar a Tabela 06. Vejamos algumas delas: existem, entre os prontuários pesquisados, casos de usuários já desligados do CAPSI. Sendo assim, não haveria motivo para eles continuarem como ativos no serviço. Estes casos possuem poucas informações a respeito do tratamento dos usuários e, alguns, constam apontamentos de profissionais que já não estão mais no serviço, embora o serviço público seja impessoal. Para alguns usuários, não fica bem claro se abandonaram o tratamento ou continuam em outro serviço. Há também casos de usuários que não aderiram ao Plano Terapêutico Singular (PTS), mas que continuam como prontuários ativos.

Percebe-se ainda que quando o profissional especificou no registro o nome do grupo e/ou da oficina, esta atividade foi lançada como atividade de sua equipe profissional. Quando não houve esse cuidado de registro foi colocado genericamente como oficina ou grupo. O cuidado com estes detalhes no registro tornam os dados mais transparentes e mais próximos ainda da realidade.

Na Tabela 06 verifica-se, em alguns casos, o nome de categorias profissionais e não a atividade propriamente realizada. Algumas das atividades,

quando não especificadas em detalhes, no prontuário, foram registradas em nome da categoria profissional que desenvolveu a tarefa.

A coleta de dados apontou ainda que alguns usuários tem mais de uma atividade no mesmo dia, no CAPSI. Levou-se em conta, para efeito de análise, a última atividade registrada no prontuário. Os profissionais chamam este registro de “evolução de prontuário”. É comum os responsáveis pelos grupos e oficinas, bem como os seus estagiários e residentes, utilizarem os minutos finais de sua jornada de trabalho para “evolúrem os prontuários”, nem que seja só para registrar a presença do usuário. É o tempo, também, para lançar no sistema da prefeitura.

Logo abaixo, é apresentado o Gráfico 07, baseado na Tabela 06, mas colocando-se em destaque somente as 10 (dez) atividades mais representativas nos últimos atendimentos, em ordem crescente, de cima para baixo. As atividades similares, tais como grupos e oficinas foram agrupadas, independentemente da categoria profissional que as desenvolveu.

É possível facilmente identificar que o atendimento do médico psiquiátrico continua sendo a maior demanda do serviço e o motivo do maior número de atividades.

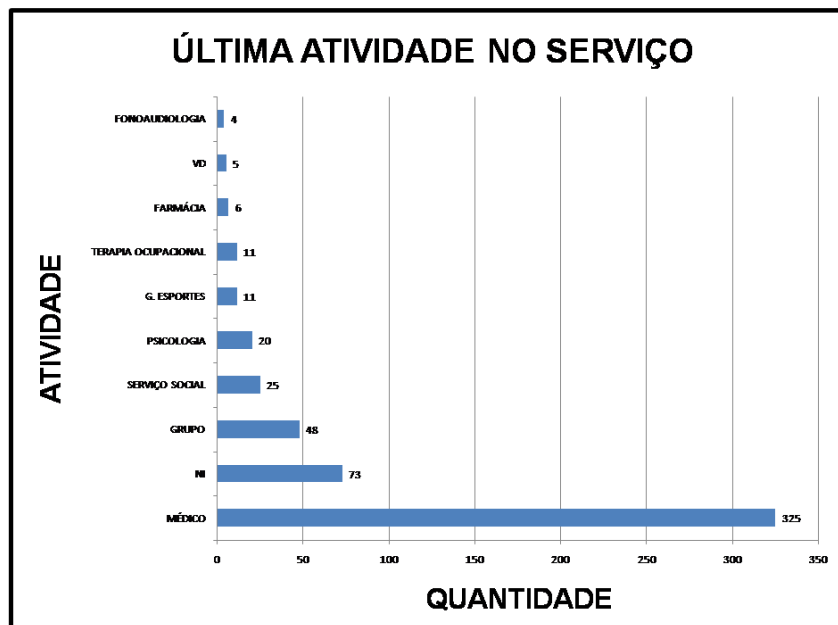


Gráfico 07

O atendimento médico continua tendo a proeminência e a hegemonia na saúde mental. Para cumprir sua missão, o CAPSI conta com 3 (três) médicos psiquiatras. Os demais grupos, oficinas e atendimentos também fazem parte do tratamento médico humanizado, integral e multidisciplinar.

A medicina humanizada é um conceito bastante falado e reverenciado. Uma relação mais próxima e humana entre médico e paciente. Ela extrapola o atendimento que o médico realiza na sua sala com o paciente. Trata-se do atendimento global, de forma eficaz e resolutiva. Na medicina humanizada, prioriza-se o atendimento completo e ágil, que engloba a consulta, encaminhamento para exames, diagnóstico, o tratamento e o pós-tratamento. É tratar e acompanhar o paciente como um todo, com o suporte de uma equipe multidisciplinar, integrada e competente. Faz parte deste respeito facilitar a vida da pessoa, tornando possível, por exemplo, realizar todos seus exames no mesmo dia, o que reduz encaminhamentos e retornos desnecessários.

A medicina humanizada surgiu com o objetivo de promover uma nova forma de atendimento aos pacientes. O seu intuito é que os profissionais de saúde enxerguem além da doença e levem em consideração o ser humano que está diante deles, melhorando o atendimento em geral.

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço do Ministério da Saúde, que faz parte da Rede de Atenção da Saúde Mental, realizando atendimento a indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral. No tratamento médico existe uma classificação para cada doença e na saúde mental não é diferente.

As doenças mais comuns no CAPSI são listadas na Tabela 07, abaixo:

<b>CAPSI "O EQUILIBRISTA"</b>	
<b>CID</b>	<b>QUANTIDADE</b>
F90	107
F84	79
F91	53
F71	45
F41	43
F70	38
F33	31
F32	29
F43	21
F31	19

F40	19
F60	17
F99	17
F29	14
F81	12
F20	10
F42	10
F72	7
F92	7
F93	7
R46	7
F19	5
F25	5
F78	5
F79	5
F88	5
F89	5
D43	2
F12	2
F21	2
F34	2
F38	2
F51	2
F61	2
F63	2
F64	2
F69	2
F80	2
F95	2
F98	2
G40	2
G70	2
Q90	2
T74	2
Z13	2
Z63	2

Tabela 07

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

A CID10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código.

O Capítulo V da CID10 trata dos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). A relação destes transtornos, que é de domínio público, está disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pode ser acessada através do endereço eletrônico do Ministério da Saúde. ([http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05\\_3d.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm)).

O Gráfico 08 transforma os dados da Tabela 07 e facilita a visualização das doenças mais comuns encontradas.

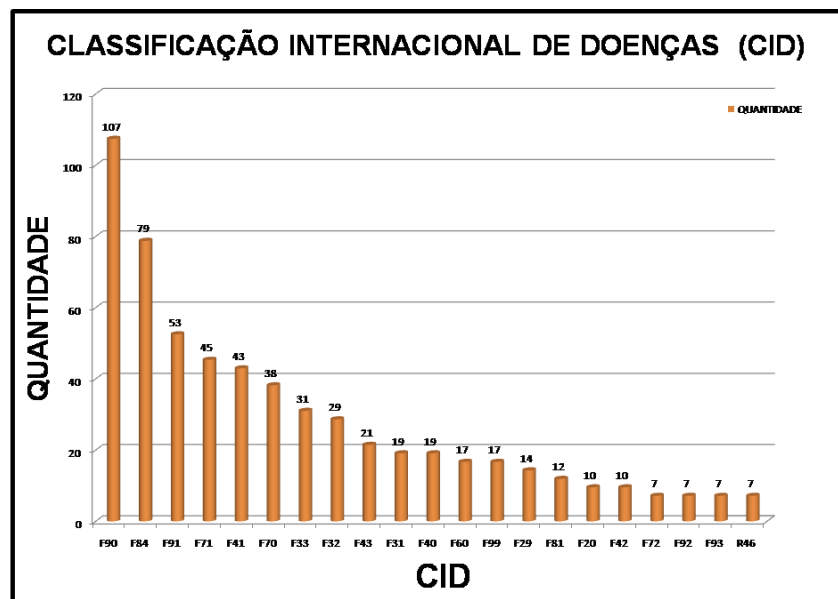


Gráfico 08

Algumas observações são necessárias para compreender estes dados.

A primeira delas é que a classificação do usuário é uma prerrogativa do médico, que registra no seu prontuário eletrônico e nem sempre transcreve para o prontuário manual. Em alguns casos o médico imprime a página do prontuário eletrônico e anexa a folha à pasta do usuário. Sendo assim, a análise dos prontuários não encontrou o enquadramento da CID para 135 (cento e trinta e cinco) usuários que representam 25% do total. Convém salientar que a medicina não se trata de uma ciência exata e, conseqüentemente, ocorrem falhas de avaliação em transtornos que não são detectáveis em exames laboratoriais. O trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental neste aspecto para diagnóstico e definição do PTS (Plano Terapêutico Singular).

Outra observação muito importante na análise é que existem usuários classificados em uma, duas e até três CIDs. Em decorrência disto os números não são exatos e não fecham com o total absoluto, pois alguns pacientes estão sem classificação e outros com mais de duas classificação. Mesmo assim o levantamento de dados é importante para aproximar-se da realidade.

Ao longo do tempo de tratamento e crescimento físico da criança e/ou do adolescente é possível que o paciente seja reclassificado ou seja excluído da classificação, em resposta positiva ao enfrentamento da doença. Nestes casos, a atualização dos cadastros assume uma importância maior ainda.

É bom salientar que as CIDs com quantidade menor ou igual a cinco não foram inseridas no Gráfico 08, para facilitar a análise. É possível visualizar que as CIDs com maior ocorrência são F90 e F84, respectivamente, 107 (cento e sete) e 79 (setenta e nove) casos.

A classificação F90 se refere aos transtornos hipercinéticos ou transtornos do déficit de atenção com hiperatividade. Segundo a CID10, é um

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. (OMS, 1993).

A classificação F84 se refere aos transtornos globais do desenvolvimento ou distúrbio abrangente do desenvolvimento (PDD, em inglês). Segundo a CID10, é um

Grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. (OMS, 1993).

As CIDs R46, D43, G40, G70, Q90, T74, Z13, Z63, relacionadas na Tabela 07 não estão no mesmo escopo dos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), mas aparecem simultaneamente com outros transtornos mentais.

Outra categoria escolhida para análise dos prontuários foi a região/bairro onde o usuário reside. Esta informação incide diretamente na Unidade Básica de Saúde a que ele estará vinculado e à escola que vai estudar, aliado ao conceito de territorialização, que já foi abordado neste trabalho, no capítulo 2.3. Há que se considerar que, devido a não atualização constante dos cadastros, estes dados



podem sofrer pequenas distorções, principalmente com os prontuários mais antigos. Todavia, é possível apontar um perfil territorial dos usuários, bem como verificar as regiões de maior vulnerabilidade social.

Utilizou-se um critério já existente para a divisão territorial. Trata-se da mesma divisão utilizada pela Prefeitura Municipal de Santa Maria, pelo IBGE e pelos Correios. Ou seja, o município de Santa Maria, com um território de 1.780 km<sup>2</sup>, 278.445 (em 2017), é a quinta cidade mais populosa do Rio Grande do Sul e está dividida em 10 distritos, 8 regiões administrativas e 41 bairros.

As regiões administrativas são um conjunto de bairros unidos de acordo com localização e características. Em Santa Maria, são 8 (oito) as regiões administrativas: Centro Urbano, Centro-Leste, Centro-Oeste, Leste, Nordeste, Norte, Oeste e Sul.

Veja na Tabela 08, abaixo, as regiões de Santa Maria e o número de usuários CAPSI de cada uma delas:

<b>CAPSI "O EQUILIBRISTA"</b>		
<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
Oeste	134	24%
Norte	76	14%
Sul	66	12%
Centro-Oeste	61	11%
Leste	52	9%
Centro Urbano	44	8%
NI	39	7%
Nordeste	38	7%
Centro-Leste	36	7%
Distrito	7	1%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 08

Conforme apresenta a Tabela 08, a maioria absoluta e percentual dos usuários do CAPSI tem a sua residência na Região Oeste da cidade. Isto representa quase um quarto de todos os usuários. Isto corrobora a informação de que é a

região de maior vulnerabilidade do município. Um de seus bairros, o Nova Santa Marta, contém a maior ocupação da América Latina em área contígua.

A Região Oeste possui 54.683 habitantes, abrangendo oito bairros da cidade: Agroindustrial, Boi Morto, Juscelino Kubitschek, Nova Santa Marta, Pinheiro Machado, Renascença, São João, Tancredo Neves. É a segunda região mais populosa do município, ficando abaixo apenas do Centro Urbano. Somente os bairros Nova Santa Marta e Juscelino Kubitschek já representam 10,74% da população santamariense.

De todos os prontuários analisados, conforme a Tabela 08, 7% do total, isto é, 39 (trinta e nove) usuários, estavam sem registro do endereço, sendo lançados, para efeito de cálculo, como “NI” (“Não Informado”). Estas informações ausentes podem ser consultadas no sistema de saúde da prefeitura municipal.

A Tabela 08 gerou o Gráfico 09, apresentado abaixo, que mostra mais um pouco do perfil do usuário CAPSI, com base no seu território de origem. Depois da região oeste, a mais representativa, em número de usuários e percentual é a região norte.

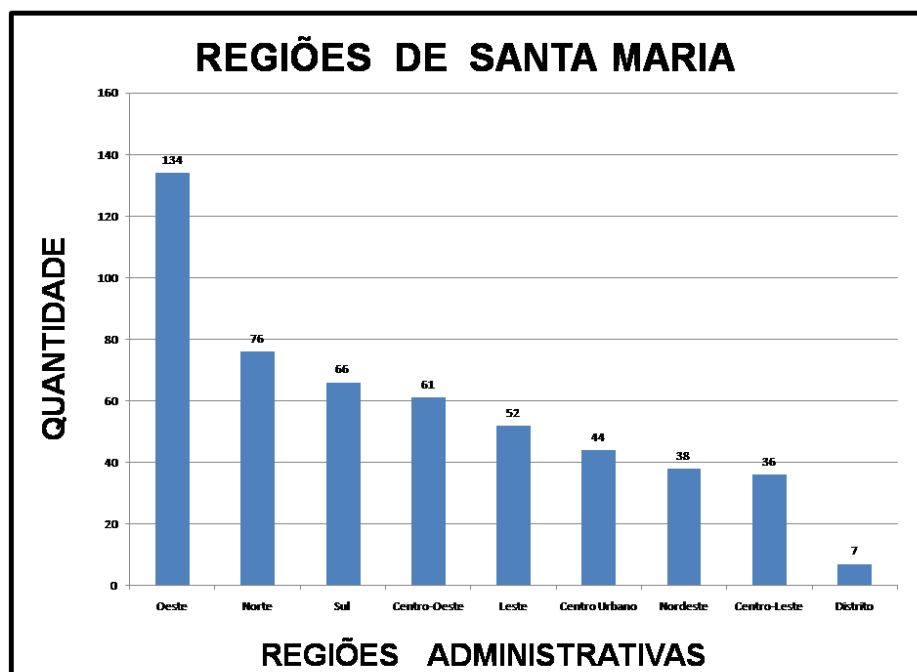


Gráfico 09

A Tabela 08 e o Gráfico 09 revelam também que existem 7 (sete) usuários que residem em distritos de Santa Maria. Distrito é um tipo de divisão administrativa,

em alguns países, administrados por um governo local. Eles variam muito em tamanho, abrangendo regiões inteiras ou pode ser subdivisões de municípios. Em Santa Maria, os distritos são rurais.

Segundo dados do Censo 2010, do IBGE, a população de Santa Maria, em 2010, era de 261.031. Como as regiões administrativas são formadas por bairros, não poderia faltar nesta análise, a estimativa de comparação de tamanho dos seis maiores bairros de Santa Maria. Os dados são demonstrados na Tabela 09.

<b>BAIRROS MAIS POPULOSOS DE SANTA MARIA</b>		
<b>Bairro</b>	<b>População</b>	<b>%</b>
Camobi	21.822	8%
Centro	17.847	7%
Juscelino Kubitschek	13.730	5%
Nova Santa Marta	12.722	5%
Tancredo Neves	11.456	4%
Pinheiro Machado	10.943	4%
<b>População Total (2010)</b>	<b>261.031</b>	<b>34%</b>

Tabela 09

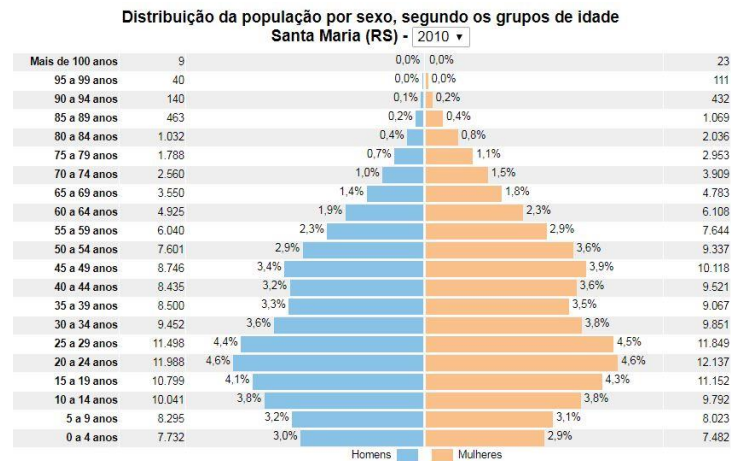
Nota-se, através da Tabela 09, que entre os seis bairros mais populosos de Santa Maria, quatro estão na região oeste, de onde procede a maioria dos usuários do CAPSI. Os quatro bairros da região oeste somam 48.851 habitantes, representando 18,7% do total. O fato de serem os bairros mais populosos reflete em outros aspectos como circulação maior de pessoas, maiores taxas de violência, maiores índices de pobreza, maiores situações de vulnerabilidade social e desigualdade social.

No que se refere ao público alvo do CAPSI, que são crianças e adolescentes, a Tabela 10 mostra claramente os bairros com maior número de crianças. Os quatro bairros da região oeste estão entre os seis que lideram o ranking:

<b>BAIRROS COM MAIOR NÚMERO DE CRIANÇAS</b>		
<b>Bairro</b>	<b>População de crianças</b>	<b>%</b>
Camobi	1.222	0,47%
Nova Santa Marta	1.158	0,44%
Juscelino Kubitschek	865	0,33%
Pinheiro Machado	766	0,29%
Salgado Filho	735	0,28%
Tancredo Neves	630	0,24%

Tabela 10

A população de Santa Maria, quantificada em faixas etárias e gênero, é mostrada através do Gráfico 10, disponível no Censo do IBGE 2010:



Sendo assim, a população de crianças e adolescentes de Santa Maria gira em torno de 73.317 pessoas, perfazendo um percentual de 28% da população total. Como o CAPSI possui 553 usuários ativos, este público representa 0,75% das crianças e adolescentes do município.

Analisando-se o território dos usuários, levando em consideração os bairros em que residem, verificaremos a seguinte situação, mostrada Tabela 11:

CAPSI "O EQUILIBRISTA"		
BAIRRO	QTIDADE	%
Nova Santa Marta	55	10%
Camobi	42	8%
Pinheiro Machado	28	5%
Patronato	27	5%
Juscelino Kubitschek	21	4%
Lorenzi	21	4%
Urlândia	21	4%
Diácono João Luiz Pozzobom	21	4%
Passo d'Areia	20	4%
Noal	14	3%
Salgado Filho	14	3%
Caturrita	14	3%
Centro	14	3%

Chácara das Flores	14	3%
Itararé	14	3%
Divina Providência	14	3%
Nossa Sra. de Lourdes	14	3%
Tancredo Neves	14	3%
Dom Antônio Reis	13	2%
Carolina	7	1%
Nossa Sra. do Perpétuo Socorro	7	1%
São José	7	1%
Passo das Tropas	7	1%
Brenner	7	1%
KM 3	7	1%
Presidente João Goulart	7	1%
Renascença	7	1%
Boi Morto	7	1%
Campestre do Menino Deus	7	1%
Nossa Sra. do Rosário	7	1%
Distrito Arroio Grande	7	1%
Dores	6	1%
Nossa Sra. de Fátima	6	1%
Nossa Sra. Medianeira	6	1%
Pé-de-Plátano	6	1%
Distrito Arroio do Só	1	0%
Distrito São Valentim	1	0%
Menino Jesus	1	0%
Tomazetti	1	0%
Cerrito	1	0%
Distrito Boca do Monte	1	0%
Duque de Caxias	1	0%
Nonoai	1	0%
Pains	1	0%
São João	1	0%
NI	39	7%
<b>TOTAL:</b>	<b>553</b>	<b>100%</b>

Tabela 11

A Tabela 11 mostra mais uma vez que a maioria dos usuários do CAPSI procede da região oeste, com supremacia para os bairros Nova Santa Marta, Pinheiro Machado e Juscelino Kubitschek, respectivamente, com 55 (cinquenta e cinco), 28 (vinte e oito) e 21 (vinte e um) usuários. Estes usuários representam 19% do total do CAPSI. Podemos verificar na tabela que ainda há o bairro Patronato, que muitos consideram região oeste, mas que pertence à região Centro-Oeste do município, segundo o critério utilizado pelos órgãos públicos.

O Gráfico 11, apresentado abaixo, não mostra todos os bairros e quantidades, mas se concentra na análise dos 9 (nove) bairros com a maior quantidade de usuários do CAPSI. Eles representam juntos 48% do total, ou seja, 256 (duzentos e cinquenta e seis) usuários. Dentre estes bairros estão Nova Santa Marta, Pinheiro Machado e Juscelino Kubitschek, que juntos representam 19% do total de usuários e estão entre os bairros mais populosos do município.

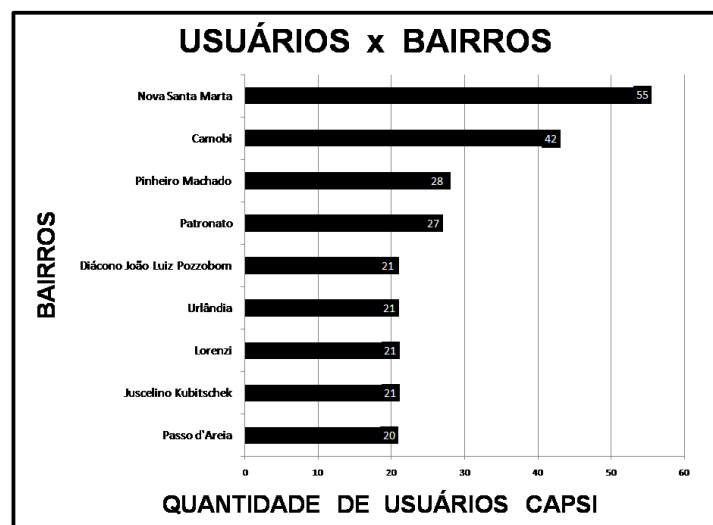


Gráfico 11

Os CAPs fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica e utilizam-se principalmente da Atenção Básica em Saúde como principal porta de entrada no serviço. Em se tratando da Política de Assistência Social, a principal porta de entrada são os CRAS (Centro de Referência em Assistência Social). Em se tratando da Política de Educação, as principais portas de entrada são o PRAEM e as Escolas Públicas de Santa Maria.

A análise dos prontuários demonstrou que os encaminhamentos ao CAPSI são de diferentes origens e de diferentes políticas públicas. Veja na Tabela 12:

CAPSI "O EQUILIBRISTA"			
PROCEDÊNCIA DO ENCAMINHAMENTO (PORTA DE ENTRADA)		QTIDADE	%
UBS	Unidades Básicas de Saúde	90	16%
Escolas	Redes Pública e Privada fora do PRAEM	73	13%
CT	Conselhos Tutelares	71	13%
Outras Instituições	ONGs, Ministério Público, etc	67	12%

ESF	Estratégia Saúde da Família	41	7%
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria	39	7%
CRAS	Centro de Referência de AS	32	6%
Neurologistas	Médicos do SUS e particulares	19	3%
Casa de Saúde		17	3%
PA	Pronto Atendimento	15	3%
CREAS	Centro de Referência Especializado de AS	15	3%
Demanda Espontânea	Antes da implantação do Fluxo Atual	11	2%
PRAEM	Programa de Atendimento Especializado Municipal	9	2%

Tabela 12

Percebe-se pela tabela apresentada que quase a metade dos usuários (42%), isto é, 234 (duzentos e trinta e quatro) usuários, foi encaminhada ao serviço pelas unidades básicas de saúde, escolas e conselhos tutelares. Estas são as portas de entrada mais frequentes no fluxo de atendimento aos usuários da saúde mental infantojuvenil. Convém informar que muitos prontuários constam mais de um órgão encaminhador, simultaneamente, principalmente aqueles usuários que foram acolhidos mais de uma vez. Nestes casos, foi considerado o encaminhamento de data mais antiga.

Importante destacar, também, que não constaram na tabela anterior os encaminhadores que possuem um percentual igual ou abaixo de 1% do total de usuários. Porém, é necessário mencioná-los porque não deixam de fazer parte do fluxo de encaminhamento: Centro de Diagnóstico N.S. Rosário, Secretaria de Saúde, outros CAPS, Coordenação Saúde Mental, Fonoaudiologistas, Médicos, Neuropediatras, SAF, Policlínicas, NEOPED, Pediatras, PSF, SEDAS, SEFAS e UFSM.

Abaixo, o Gráfico 12 mostra os encaminhamentos feitos ao CAPSI por parte das políticas públicas da saúde, da educação e da assistência social, dos conselhos tutelares e de outras instituições; além da demanda espontânea que era uma prática comum antes da pactuação do fluxo atual:

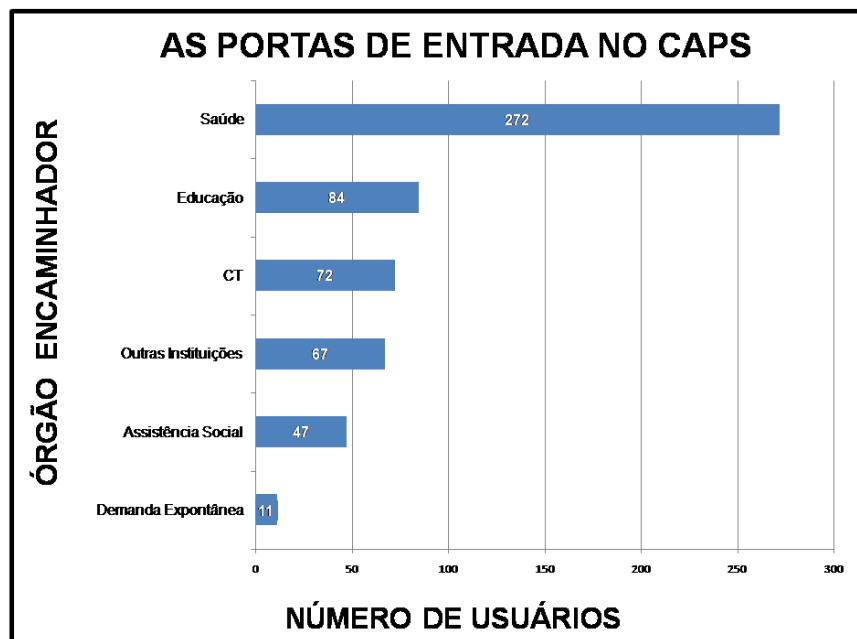


Gráfico 12

Analisando o Gráfico 12 é possível verificar-se que quase a metade dos usuários (49%) são encaminhados pela própria política de saúde, principalmente pela Atenção Básica à Saúde, através das unidades básicas de saúde (UBS). A UBS que mais encaminhou usuários ao serviço foi a Floriano Rocha, com 11 (onze) usuários. A UBS Floriano da Rocha está localizada no bairro Santa Marta, na Região Oeste do município. Mais um dado que aponta não só o maior número de usuários da saúde mental infantojuvenil na região, mas também a situação de maior vulnerabilidade social que vive esta região.

Outra das categorias selecionadas para o levantamento de dados é exatamente a UBS em que os usuários do CAPSI são atendidos ou se alcançados pelo Programa ESF (Estratégia da Saúde da Família).

Eis a Tabela 13, contendo estas informações correspondentes:

UNIDADES DE SAÚDE	QUANTIDADE	%
UBS Floriano Rocha	76	14%
UBS Kennedy	73	13%
UBS Ruben Noal	55	10%
ESF Vitor Hoffman	45	8%
UBS Wilson Paulo Noal	45	8%
UBS Itararé	35	6%
UBS Dom Antônio Reis	24	4%



UBS Oneyde de Carvalho	24	4%
Centro Social Urbano	21	4%
ESF Vila Urlândia	21	4%
UBS Joy Betts	21	4%
UBS São Francisco	21	4%
ESF Vila Lídia	17	3%
UBS Waldir Mozzaquatro	17	3%
UBS Walter Aita	17	3%
ESF Roberto Binato	14	3%
ESF Parque Pinheiro Machado	7	1%
Policlínica Central José Erasmo Crossetti	7	1%
ESF São João	3	1%
UBS Arroio Do Só	3	1%
UBS Passo das Tropas	3	1%
UBS Santo Antão	3	1%

Tabela 13

Constata-se pela Tabela 13, que a UBS Floriano da Rocha é a unidade que atende o maior número de usuários do CAPSI no seu território. Já foi mencionado anteriormente que a mesma UBS é também a unidade que mais encaminha usuários ao CAPSI.

Visualizou-se também na Tabela 12 que muitos dos encaminhamentos são feitos aos CAPSI pelas próprias escolas. Por isso, é importante saber em quais escolas estudam os usuários e em que ano escolar se encontram. Esta consulta foi feita nos prontuários, contudo as informações estão defasadas porque a Ficha de Cadastro de Usuário foi preenchida por ocasião do acolhimento e, depois, nunca foi atualizada. Outro fator significativo é que alguns usuários mudam de escola com frequência, sejam por motivo disciplinares ou espontaneamente.

Apesar disto é possível ter-se uma ideia geral, através de percentuais e dados relativos, em quais escolas estudam os usuários do CAPSI, com vistas a melhorar o trabalho em parceria com estas escolas.

Na Tabela 14 podem ser vistas as Escolas que acolhem 11 (onze) ou mais usuários do CAPSI e perfazem um percentual de 22% do total de usuários:

<b>ESCOLA</b>	<b>ALUNOS</b>	<b>%</b>
Escola Marista Santa Marta	24	4%
IEE Olavo Bilac	24	4%

EMEF Castro Alves	15	3%
EMEF Professor Adelmo Simas Genro	15	3%
EMEF CAIC Luizinho de Grandi	13	2%
EMEF Diácono João Luiz Pozzobon	13	2%
EMEF Renato Nocchi Zimmermann	11	2%
EMEF Reverendo Alfredo Winderlich	11	2%

Tabela 14

Pode-se notar, através da Tabela 14, que são escolas de ensino fundamental, a maioria delas municipais. Isto leva a pensar na possibilidade de fortalecimento dos vínculos com o PRAEM (Programa de Atendimento Especializado Municipal), com o objetivo de se garantir políticas públicas de educação ao usuário da saúde mental, num trabalho integrado entre escola, PRAEM e CAPSI.

Foram desconsideradas, para efeito da Tabela 14, as escolas que representam, individualmente, menos de 2% do total de usuários, que são as demais instituições não arroladas na referida tabela. Porém, as escolas ausentes da tabela representam 78% dos usuários CAPSI. Percebe-se uma pulverização dos usuários nestas escolas, de forma, que não há mais do que seis alunos do CAPSI em cada uma delas.

Observe o Gráfico 13, abaixo, e verifique, a seriação escolar dos usuários:

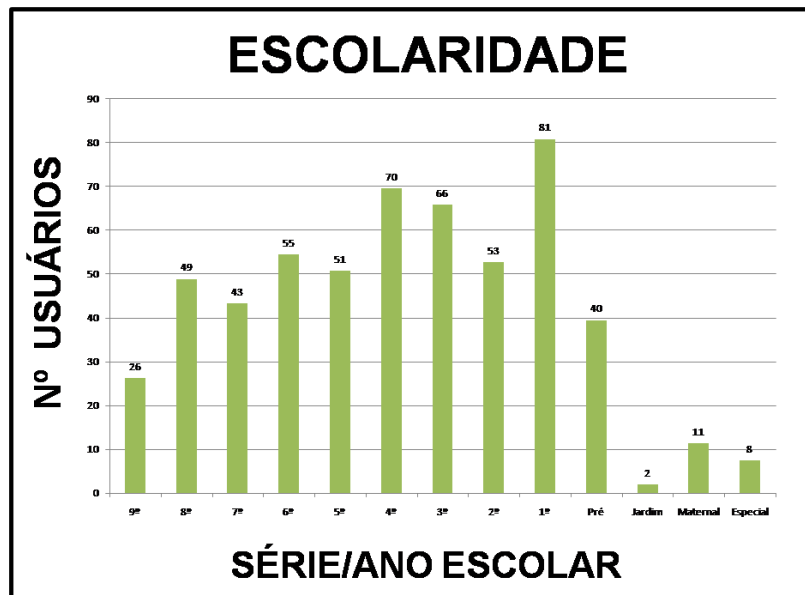


Gráfico 13

O Gráfico 13 informa o ano escolar dos usuários do CAPSI, levando-se em conta a data em que foram acolhidos no serviço. Portanto, a seriação pode ser alterada a cada ano, visto a progressão dos alunos às séries seguintes.

Outro fator importante é que a análise levou em consideração somente os alunos da Educação Infantil, Séries Iniciais e Ensino Fundamental, não entrando na contagem os usuários que estão no Ensino Médio. O motivo é que, em muitos prontuários não fica claro se os alunos são da 1ª, 2ª e/ou 3ª séries do Ensino Fundamental ou do Ensino Médio. Quando esta informação estava explicitada claramente, que pertencia ao Ensino Fundamental, entrou no cômputo.

Considerou-se também na análise da seriação a idade do usuário. É possível um usuário com idade mais avançada estar cursando os anos iniciais do Ensino Fundamental, mas é incoerente um usuário antes dos 12 (doze) anos estar cursando o Ensino Médio.

Outro dados importante na análise deste trabalho está relacionado com o turno de estudo na escola, com vistas às atividades desenvolvidas pelo CAPSI no contra-turno escolar.

O Gráfico 14 (abaixo) mostra esta informação de maneira bem simples e clara:

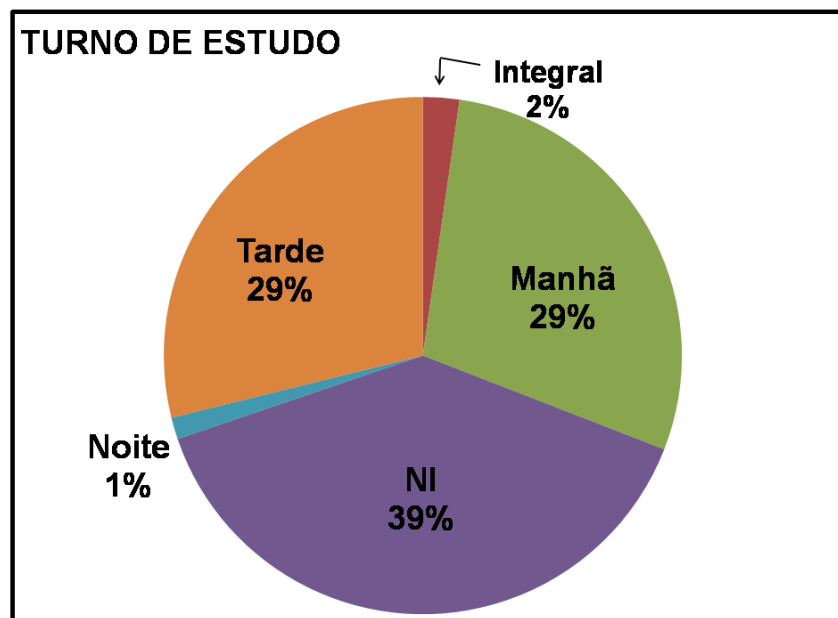


Gráfico 14

Observa-se que um terço dos usuários estuda de manhã e outro terço estuda à tarde. Cerca 39% dos usuários não estão identificados como estudando em turno algum, 1% estuda à noite e 2% estudam em turno integral.

Apenas 20% dos usuários declaram receber algum tipo de Benefício Social. Nos demais prontuários não há registro de recebimento.

Os únicos benefícios sociais declarados são o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada.

Veja no Gráfico 15 estes benefícios:

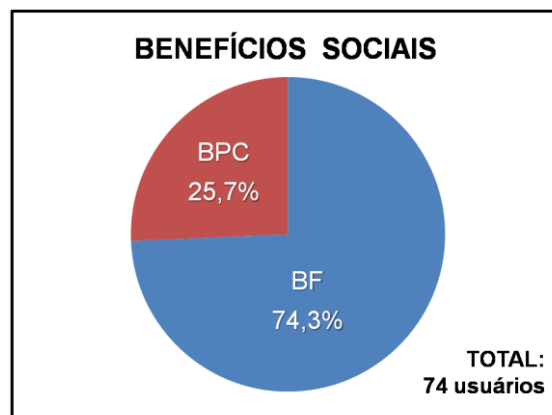


Gráfico 15

Somente 222 usuários declaram sua renda mensal na Ficha de Cadastro de Usuários. Isto representa 40% do total de usuários. É a renda declarada à época em que usuário foi acolhido.

Somando-se as rendas mensais declaradas e dividindo-se pelo número de fichas registradas resulta em uma média de renda salarial de R\$ 1.315,61, ou seja, um pouco mais de um salário mínimo por família.

O número de pessoas nas famílias é variável entre os usuários do CAPSI. Ao fazer a análise nas fichas cadastrais verificou-se uma média de 4,3 pessoas por família, levando a uma renda per capita de R\$ 305,95.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho teve como objetivo delinear o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Santa Maria/RS. O CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de vida. É um dispositivo de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) destinado e capacitado para esta finalidade. Dentre os diversos tipos de CAPS está o infantil que atende crianças e adolescentes.

Desde o início do estágio constatou-se a importância e o grande desafio do trabalho do assistente social na área da saúde, com vistas a garantir o direito dos usuários a terem um tratamento adequado e eficaz, num sistema de saúde gratuito e de qualidade. Nunca esquecendo da reforma sanitária, da qual somos devedores, que abriu a possibilidade dos usuários serem tratados da saúde na sua integralidade, com direito de ir e vir, e longe do isolamento dos hospícios e manicômios.

Verificou-se, contudo, durante o estágio, a inexistência, no CAPSI, de um sistema de informação específico para o serviço, que traçasse o perfil dos usuários e suas principais necessidades na prevenção e tratamento da saúde mental; e que traria bastante benefício também para os profissionais que trabalham na área.

Entende-se que se está se colaborando, através deste trabalho, com a criação de políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes. Conhecendo o perfil do usuário, pode-se analisar e repensar a saúde mental infantojuvenil, no município de Santa Maria, de modo a intervir de maneira contínua, com efetividade, nos processos e nas práticas de atenção psicossocial, e na formulação de políticas públicas voltadas para a saúde.

Diante de todas estas circunstâncias expostas, foi proposto, juntamente com as supervisoras acadêmicas e de campo, um levantamento de dados quantitativo dos 553 usuários ativos do serviço, analisando os seus prontuários para verificar o perfil dos pacientes que são atendidos no CAPSI.

Este trabalho tem a pretensão de concluir que o objetivo principal foi alcançado e só não atingiu resultados maiores devido a exiguidade do tempo destinado aos estágios acadêmicos e a fatores coletivos que fogem ao controle dos trabalhadores e estudantes.

Doravante, deve-se apresentar os dados colhidos, dando publicização e suporte para a gestão e aos demais profissionais. Que possa também servir de incentivo aos demais estagiários que irão para o mesmo campo, preservarem os dados e ampliá-los, com o objetivo de melhorar os processos de trabalho.

Ficou acertado com a Direção do CPASI de que os resultados e o bando de dados ficarão ao dispor de todos, ressalvados os dados particulares dos usuários, e será apresentado a toda equipe do serviço, em data a ser combinada, a posteriori.

Outrossim, ficou evidenciada a necessidade de melhoria constante dos processos de trabalho e a carência na padronização dos registros de usuários, para que não seja omitido nenhum tipo de dado.

Constata-se que o perfil do usuário CAPSI é 68% de meninos e 32% de meninas, com predomínio de adolescentes de 13 anos de idade, que foram acolhidos entre 11 e 13 anos de idade, que estão há menos de 2 anos em tratamento, cuja demanda é o atendimento com médico psiquiatra, o diagnóstico é de transtorno hipercinético ou transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, moradores da região oeste, do bairro Nova Santa Marta, encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, especialmente a UBS Floriano da Rocha, que estudam na Escola Marista Santa Marta, no primeiro ano do ensino médio, sendo que a metade estuda de manhã e outra à tarde, numa família de 4 pessoas, com uma renda de média de R\$ 305,95; dos usuários que recebem benefícios sociais, 25% são BPC (Benefício de Prestação Continuada) e 75% são BF (Bolsa Família).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Portaria nº. 470, de 24 de novembro de 1999. **Institui as características básicas dos rótulos das embalagens de águas minerais e potáveis de mesa.** Diário Oficial da União 25 nov 1999; Seção 1.

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa.** Porto Alegre: Editora AGE, 2003. 64p.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo. 3ª edição: Editora Cortez, 2010. 224p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da Assistência Social**. Belo Horizonte: ASCOM, 2007. 132 p.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. *Rev. katálysis* [online]. 2007, vol.10, n.spe, pp.46-54. ISSN 1982-0259. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300005).

BRASIL. **Convenção sobre os direitos da criança. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm)> Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, de 26 de dezembro de 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/anexo/anexo\\_prt3099\\_23\\_12\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/anexo/anexo_prt3099_23_12_2011.pdf). Acesso em: 12 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)> Acesso em: 12 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 121. 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>. Acesso em 12 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 615, de 15 de abril de 2013. Retificada em 23 de maio de 2015. **Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília, 2013**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=32&data=23/04/2015>>. Acesso em: 12 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 60 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006 - Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Recomenda-se a leitura da própria



sentença da Corte Internacional da Costa Rica (disponível em [www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental)), e o relato das determinações cumpridas pelo Estado brasileiro, no portal da Secretaria de Direitos Humanos (SDH).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acessado em 12 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **BRASIL. Guia, 2005**. Proteção Social Básica de Assistência Social. Brasília: MDS, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria n.º 8, de 23 de janeiro de 2001**. Lex - Coletânea de Legislação e Jurisprudência. 2001; 65:832-835.

CAPSI. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria de Saúde. **Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência de Santa Maria**. Santa Maria, 2017.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo : Paz e Terra, 1999.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS-ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 4. Brasília: UNB/CEAD, 2000.

CHUPEL Cláudia Priscila, MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da Saúde**. Serviço Social e Saúde, ano 9, n. 10, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=47809&opt=1>

COSTA, Dourival e LAVORATTI, Cleide. **Instrumentos Técnico-Operativos no Serviço Social: um debate necessário (2016)**. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.638/2002**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm). Acesso em: 10 ago. 2018

CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1246/88. Rio de Janeiro, Idéia & Produções, 1988.

GADOTTI, M. Lições de Freire. Revista da Faculdade de Educação, São Paulo, v. 23, n.1-2, Jan/Dez, 1997.

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

KOGA, Dirce. **Cidades entre territórios de vida e territórios vividos**. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 72. São Paulo: Cortez, 2002.

LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. M. C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista Textos & Contextos. Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

LOPES, Josefa Batista. **A luta de classes como elemento constitutivo e motor da solução da questão social**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE ASSISTENTES SOCIAIS, 19., 2008, Salvador. Anais... Salvador: FITS/CFESS, 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, Cortez, n. 54, 1994.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS, ABRASCO, 2001, p. 39-63.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**. 8 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000, p. 46-51.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f90\\_f98.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f90_f98.htm)> Acesso em: 12 nov. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde.** Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001. Disponível em <[http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news\\_id=3634&mode=browse](http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse)> Acesso em: 25 fev. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. **Definição de Saúde Mental.** Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: nov. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Curso de Serviço Social Bacharelado. **Projeto Pedagógico de Curso.** Santa Maria, RS, 2013. Disponível em: <[w3.ufsm.br/servicosocial/images/normas-tcc.pdf](http://w3.ufsm.br/servicosocial/images/normas-tcc.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2018.

YAZBEK, M. C. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade.** In:

YAZBEK, Maria Carmelita. **“As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS”.** In: Revista Serviço Social & Sociedade n° 77 – ano XXV – março de 2004. São Paulo: Cortez, 2004.

Censo do IBGE, disponível em: [https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=431690](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431690) . Acesso em: 10/09/2018.

População, disponível em: [http://populacao.net.br/populacao-santa-maria\\_rs.html](http://populacao.net.br/populacao-santa-maria_rs.html). Acesso em: 10/09/2018.