

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

Ezequiel Fernando Bitencourt

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
CURRICULAR NO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL: SERVIÇO
SOCIAL, SAÚDE MENTAL, GÊNERO, CAPS.**

**Santa Maria
2018**

Ezequiel Fernando Bitencourt

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
CURRICULAR NO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL: SERVIÇO
SOCIAL, SAÚDE MENTAL, GÊNERO, CAPS.**

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

Prof^a. Dr^a. Laura Regina da Silva Câmara
Mauricio da Fonseca

Orientadora

**Santa Maria
2018**

Ezequiel Fernando Bitencourt

**RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
CURRICULAR NO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL: SERVIÇO
SOCIAL, SAÚDE MENTAL, GÊNERO, CAPS.**

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

Aprovado em 03 de Dezembro de 2018:

**Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da
Fonseca
(Orientadora)**

**Sheila Kocourek UFSM
(Banca Examinadora)**

**Santa Maria, RS
2018**

*Dedico aos meus pais Eraci e João Sirlei Bitencourt,
Que além da vida, me deram apoio e todo amor possível.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria inicialmente de agradecer a minha família, em especial meus pais, sempre meus exemplos de garra e determinação, coragem e atitude, que nunca deixaram faltar nada, muito menos amor e carinho.

À minhas irmãs Greicieli e Flávia pela força, pelo auxílio, pela presença. Eu me surpreendo com vocês e às admiro somos os 3 mosqueteiros!

À minha mãe, Eraci, pelo incentivo, pelo reconhecimento, pelas reflexões. Um dia você me disse para nunca desisti, pois tudo iria ficar bem e deve ser por isso que cheguei até aqui. Porque quero me parecer com você. Mãe você é linda e inteligente e guerreira!

Ao meu pai, João Sirlei, pelo orgulho que sinto de você, pela simplicidade, honestidade e perseverança. Você é exemplo para mim!

Em especial a minha avó Irene Maria Bitencourt (*in memoriam*) por todo apoio e aparato nesta etapa de graduação quero que saibas que foste essencial na minha vida e na minha formação. Fica aqui registrado minha eterna gratidão Amo-te.

Vocês são a família que eu não escolhi, mas se pudesse escolheria porque eu amo vocês infinitamente, além da minha vida, sem vocês nada disso seria possível.

Gostaria de agradecer a todos os meus amigos, até mesmo os que deixaram de ser, aqueles que estão longe, os que estão perto, sem distinção; pelo apoio que me deram, pelo incentivo, por acreditar em mim, por não me deixar desistir... Acredito que nada é por acaso neste ciclo que chamamos de vida, existe muita magia e mistério nos nossos caminhos, e cada presença é especial no todo. Obrigado por cruzarem meu caminho e tantas vezes corrigir meus rumos... Um agradecimento ainda a todos os colegas de graduação, que passaram diversos momentos comigo ao longo desses quase cinco anos de curso.

Ao CAPS AD II Caminhos do Sol, em especial ao assistente social Muriel, pelo aprendizado, atenção, dedicação e comprometimento em todos os momentos.

Aos professores do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria, meus eternos "mestres", pelos ensinamentos não só referentes à profissão, mas a vida como um todo, a ser melhor, fazer melhor... Um agradecimento especial

ainda à professora Sheila Kocourek que aceitou prontamente a compor a banca, contribuindo com sua experiência.

E um agradecimento especial a Professora Laura Fonseca, que me orientou, e por ter me encaminhado na direção certa e possível. Também por ter me mostrado meus erros de forma tão clara, por me mostrar sempre o melhor caminho. O processo de construção deste trabalho e sua orientação me deram a oportunidade de crescer...

A todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, me apoiaram de alguma forma com atitudes, palavras e sentimentos durante todo esse tempo.

Porém, ainda que tenha sido difícil iniciar e concluir esta etapa, eu tive a oportunidade de compreender que o saber é uma constante busca, que a simplicidade é a única riqueza, que o amor constrói e que a maior universidade é a vida...

Quando entrei no curso, eu sempre quis mudar o mundo. Mas o mundo é grande demais e eu pequeno demais. Saio agora com a certeza que eu contribuí um pouco, e ainda há muito para aprender, na verdade há sempre algo para aprender e só tenho a agradecer.

Levo nas lembranças todos os minutos, horas, dias de dedicação, dias bons e ruins, e quase sempre difíceis, que se convertam em alegrias e possibilidades de mudanças, mesmo naquilo que possa parecer utopia.

Eu acredito em uma sociedade justa, em um mundo melhor para todos e todas e essa é, e será sempre a minha busca!

Este momento é a realização de um sonho e de um desejo almejado, que no momento certo está se tornando realidade.

Obrigado a todos!

Trecho do Filme Bicho de Sete-Cabeças

" É preciso fingir. Quem é que não finge nesse mundo? Quem? É preciso dizer que tá bem disposto. É preciso dizer que não tá com fome. É preciso dizer que não tá com dor de dente. É preciso dizer que não tá com medo. Senão não dá, não dá... Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza podem levar ao distúrbio mental, mas quem não come fica nervoso quem não come e vê seus parentes sem comer pode chegar à loucura. Um desgosto pode levar à loucura, uma morte na família, o abandono do grande amor... A gente até precisa fingir que é louco sendo louco.

Fingir que é poeta sendo poeta."

"Sabe eu acredito nas formas.

Acredito que tudo que é bom tem uma forma.

As formas revelam quem somos e onde estamos em nosso universo. Mostre-me as formas e os formatos que um homem dá à sua vida e lhe direi se ele é dono ou vítima dessa vida."

Gail Godwin - Glass pople

*"Sonhar o sonho impossível, Sofrer a angústia implacável,
Pisar onde os bravos não ousam, Reparar o mal irreparável,
Amar um amor casto à distância, Enfrentar o inimigo invencível,
Tentar quando as forças se esvaem, Alcançar a estrela
inatingível: Essa é a minha busca".*

Dom Quixote

RESUMO

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR NO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL: SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE MENTAL, GÊNERO, CAPS

AUTOR: Ezequiel Fernando Bitencourt

ORIENTADORA: Profa. Dr^a. Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da
Fonseca

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo relatar a experiência de estagio obrigatório realizado no centro de atenção psicossocial-Álcool e outras Drogas CAPS ad II Caminhos do Sol em Santa Maria. Relatar o projeto de intervenção que se deu a partir de um estudo de levantamento de dados obtidos através da análise de prontuários dos usuários do gênero masculino que ingressaram no ano de 2017, com o objetivo de conhecer o perfil dos usuários para um melhor atendimento e quem são esses homens que frequentam o serviço para uma melhor compreensão de suas demandas. Os temas contextualizados nos quatros capítulos buscam contribuir para o conhecimento e reflexão de como funciona o serviço e no que se refere ao estudo de gênero masculino temos pouco referencial bibliográfico que falam sobre o assunto o que às vezes dificulta uma leitura mais precisa. O CAPS ad II Caminhos do Sol, como uma opção de tratamento, substitui à lógica hospitalocêntrica e tem como protagonistas desse cenário, indivíduos que trazem as mais diversas faces da questão social, pois o uso de substâncias psicoativas atinge toda a sociedade indiscriminadamente e indiretamente. Dessa forma, o profissional assistente social está inserido diretamente no trabalho com esta demanda que avança e requer novas formas de intervenção. Neste sentido, a prática de intervenções humanizadas proporciona a redução das desigualdades sociais e a promoção da cidadania através da inclusão, integração, proteção, acesso aos direitos e transformação social. Assim como O papel do CAPS é o de promover, a partir da prestação de serviços de saúde mental e do acompanhamento social, o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, reintegrando-os a vida social e a convivência familiar.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Gênero. Caps.

ABSTRACT

REPORT OF THE STAGE EXPERIENCE CURRICULAR IN CAPS AD II SUNWAYS: SERVICE SOCIAL, MENTAL HEALTH, GENDER, CAPS

AUTHOR: Ezequiel Fernando Bitencourt

ADVISOR: Profa. Dr^a. Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da
Fonseca

The purpose of this study is to report the experience of compulsory training performed at the Psychosocial Care Center-Alcohol and other CAPS ad II Caminhos do Sol in Santa Maria. To report the intervention project that was based on a study of data collection obtained through the analysis of medical records of male users who entered the year 2017, in order to know the profile of users for a better care and who it is these men who attend the service for a better understanding of their demands. The themes contextualized in the four chapters seek to contribute to the knowledge and reflection of how the service works and in what refers to the study of male gender we have little bibliographical references that talk about the subject which sometimes makes a more precise reading difficult. The CAPS ad II Caminhos do Sol, as a treatment option, replaces the hospital-centered logic and has as protagonists of this scenario, individuals that bring the most diverse aspects of the social question, since the use of psychoactive substances reaches the whole society indiscriminately and indirectly. In this way, the professional social worker is directly inserted in the work with this demand that advances and requires new forms of intervention. In this sense, the practice of humanized interventions provides the reduction of social inequalities and the promotion of citizenship through inclusion, integration, protection, access to rights and social transformation. As well as the role of the CAPS is to promote the development of autonomy and citizenship of users, from the provision of mental health services and social support, reintegrating them into social life and family life.

Keywords: Social Service. Mental Health. Genre. Caps

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Faixa Etária.....	61
Gráfico 2: Estado Civil.....	62
Gráfico 3: Escolaridade.....	63
Gráfico 4: Está Empregado.....	63
Gráfico 5: Região Demográfica onde Reside o Usuário.....	64
Gráfico 6: composição familiar.....	67
Gráfico 7: Estação do ano em que procurou o serviço.....	68
Gráfico 8: Substancia que faz uso.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Bairro que reside os usuários conforme pesquisado no prontuário.....	66
Tabela 2: Motivos que Levou a Procurar o CAPS AD II.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AS- Assistente Social

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CF- Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal De Serviço Social

CID- Código Internacional De Doenças

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONAD- Conselho Nacional de Álcool e Drogas

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LOA- Lei orgânica

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

MS- Ministério Da Saúde

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS-Organização Mundial da Saúde

PNS- Política Nacional de Saúde

PTS- Plano Terapêutico Singular

RAPS- Rede Apoio Psicossocial

SRTS'S- Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
2- As Políticas Públicas de saúde	16
2.1-POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	19
2.2- POLITICA DE SAÚDE MENTAL.....	24
2.2.1- OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	29
2.2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD II CAMINHOS DO SOL	32
3 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL	36
3.1 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL.....	39
3.2 GÊNERO E SERVIÇO SOCIAL.....	49
4- EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS II (CAPS ad II) CAMINHOS DO SOL	55
4.1- APLICAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO REALIZADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS II (CAPS ad II) CAMINHOS DO SOL	58
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE	81

1 INTRODUÇÃO

A presente produção constitui-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), um dos requisitos obrigatório para a aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, ministrada pela Professora. Dr^a. Laura Regina da Silva Câmara Mauricio da Fonseca do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria.

A definição pelo tema que aborda o processo de trabalho do Assistente Social na saúde mental neste Trabalho de Conclusão de Curso será desenvolvida através de um relato de experiência, tendo como base a experiência de estágio no Centro de atenção psicossocial ad II (álcool e outras drogas) Caminhos do Sol, nos anos de 2017/2 e 2018/1 na cidade de Santa Maria - RS.

A partir desta experiência manifestou-se à motivação em realizar um levantamento de dados que foi realizado através da análise de prontuários, com o objetivo de realizar um mapeamento do perfil dos usuários do gênero masculino que iniciaram tratamento no ano de 2017 já que no ano de 2016 foi feito um levantamento do perfil das usuárias do gênero feminino.

A partir da experiência teórica - prática, desenvolvida no CAPS ad II Caminhos do Sol, campo da saúde mental que atende pessoas portadoras de transtornos mentais causados pelo uso de álcool e outras drogas na cidade de Santa Maria – RS. Inserido neste espaço enquanto estagiário durante dois semestres acompanhou-se o exercício profissional do assistente social na equipe multidisciplinar da instituição.

O assistente social na saúde mental enfrenta diversos desafios em seu processo de trabalho, no CAPS Ad II Caminhos do Sol não é diferente, o assistente social se depara com limitações e desafios em relação ao seu exercício profissional, limitações relacionadas à sua livre autonomia, a falta de recursos do serviço.

Assim, este trabalho de conclusão de curso tem por objetivo apresentar um levantamento de dados obtidos através de cada prontuário, a fim de organizar os dados referentes à população usuária do gênero masculino, com o propósito de auxiliar a equipe a melhor atender essas demandas. A identificação do perfil dos usuários é uma forma de entender quem são esses homens que frequentam o CAPS.

Para o desenvolvimento das reflexões acerca da temática escolhida, o presente trabalho foi constituído em quatro capítulos, além desta introdução, estruturadas da seguinte forma:

No segundo capítulo irei abordar a saúde e as políticas públicas de saúde como a política nacional de promoção de saúde, política nacional de saúde mental e a seguridade social e saúde.

No terceiro capítulo apresentarei os centros de atenção psicossocial e apresentarei a instituição de estágio, onde realizei o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, compreendido entre o 2º semestre de 2017 e o 1º semestre de 2018, além do Serviço Social dentro desta instituição e o serviço social e gênero. Discorrendo sobre o seu funcionamento, equipe e atividades oferecidas e, a atuação do assistente social inserido neste serviço, destacando seu exercício profissional bem como os desafios encontrados na realização do seu trabalho. Irei falar também sobre os processos de trabalho do assistente social no CAPS AD II CAMINHOS DO SOL.

No quarto e último capítulo por fim irei discorrer sobre minha experiência adquirida no estágio supervisionado em Serviço Social I e II bem como a aplicação do projeto de intervenção, elaborado no estágio I e posto em prática no estágio II trazendo os gráficos obtidos através do estudo de levantamentos de dados dos prontuários desenvolvido durante o projeto de intervenção.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A Seguridade Social, apresentada no texto Constitucional de 1988, foi fruto das lutas dos trabalhadores e dos movimentos sociais que reivindicavam a reestruturação no tratamento às políticas sociais, especialmente as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social.

Dentre as reivindicações destacamos: um sistema de saúde universal, gratuito, políticas de assistência que não se assemelhassem as práticas assistencialistas focalizadas e residuais, que nenhum sucesso apresentava no enfrentamento das questões sociais postas, e um avanço na cobertura da previdência social.

O Brasil atravessou os anos 80 com força expressiva dos movimentos sociais, buscando um reordenamento do Estado nas políticas sociais que correspondesse às necessidades da sociedade.

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social.

Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância.

No Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O conceito de saúde evoluiu, hoje não mais é considerada como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social do homem. Contudo, o debate sobre o direito à saúde ainda segue no sentido do combate às enfermidades e conseqüentemente ao acesso aos medicamentos. Em última análise, há de se concordar com as palavras de Schwartz, para quem o escopo do direito sanitário é a libertação de doenças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.

A Constituição Federal de 1988, nos Arts. 198 a 200 atribuíram ao Sistema Único de Saúde (SUS) a coordenação e a execução das políticas para proteção e

promoção da saúde no Brasil. Além de permitir novas elaborações de Leis específicas para a saúde.

Nesse propósito, foi criada a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOA) que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como a Lei Federal 8142, de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990).

Campos (2006, p. 531) leciona que o Sistema Único de Saúde é “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ações os princípios e diretrizes dessa política”, evidenciando-se que a criação do SUS foi à fórmula adotada pelo Poder Público para a efetivação da saúde no país.

Um importante marco histórico após a Constituição Federal de 1988 foi reconhecido o direito de todos de obter os serviços e ações de saúde independentemente de contribuição, diferentemente do que ocorre no sistema de previdência social, essencialmente contributivo.

O estudo sobre a história da saúde pública revela o tratamento desigual a que esteve submetida à população brasileira, caracterizando-se pela ausência ou pouca intervenção do Poder Público e a restrição de serviços de saúde a determinadas classes sociais.

O Sistema Único de Saúde substituiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia responsável pela saúde dos contribuintes da Previdência desde 1974, quando foi desmembrado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) até 1990, ano em que foi aprovada a Lei 8080, que programou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante salientar que os beneficiários da saúde eram apenas as pessoas que contribuíam com a Previdência Social, em regra, pessoas com vínculo empregatício. Aos excluídos da Previdência Social restava a prestação dos serviços de saúde apenas na forma preventiva, estando à mercê dos serviços de instituições filantrópicas de saúde para os demais serviços médicos.

A universalização dos serviços públicos de saúde foi resultado da influência do movimento sanitário na Assembleia Constituinte de 1987. Um dos mais

importantes atos políticos do chamado movimento sanitaria ocorreu entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília - DF, onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo discutido, dentre outros temas, a reformulação do sistema nacional de saúde pública, sobretudo, com a ampliação da cobertura e dos beneficiários dos serviços de saúde.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, formulou-se o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) a partir de convênios entre o INAMPS e os Estados, esboço do Sistema Único de Saúde (SUS), trazido pela Constituição Federal de 1988.

A Lei Federal 8.080/90, em seu Art. 2º, reconhece a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo do Estado o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana. A luta pelo direito deve ser um processo contínuo e incessante. Isso vale para todas as categorias de direitos, sobretudo aquelas que concorrem para a conservação e preservação da dignidade humana.

A saúde, ao se constituir em um dos principais fatores que possibilitam ao ser humano ter uma vida digna e alcançar plenamente o seu potencial, certamente é um bem que deve ser protegido legalmente.

O direito à saúde para todos os cidadãos é garantido na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental social. É pelas políticas públicas de saúde que esse direito é colocado em prática, através do oferecimento de serviços de saúde para a população. O SUS é o sistema de saúde pública do Brasil e é o maior projeto de política pública de saúde do país.

O sistema foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulado pela lei nº 8.080/90. O SUS foi criado para ser um conjunto de serviços de atendimento à saúde, que são prestados e administrados em todo o país. Com objetivo de atender todos os cidadãos, com base em alguns princípios: universalidade, equidade, integralidade.

- Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL,1990).

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2002, p. 03).

De modo geral políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (nacionais, estaduais ou municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico. Ou seja, correspondem a direitos assegurados na Constituição para o bem estar social de determinado território.

No próximo item serão abordadas algumas dessas políticas públicas e planos de saúde que fazem parte do processo da saúde mental.

2.1 Política Nacional de Promoção de Saúde

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver. (BRASIL, 2010, p.8).

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período.

O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Nesse sentido, em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) Lei 8.080, surge como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No Sistema Único de Saúde, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham às vezes, pela centralidade dos sintomas.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defende radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

De acordo com a Política Nacional De Promoção De Saúde o objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Mas dentro das políticas de saúde assim como suas diretrizes temos o presente Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2016 a 2019.

O Plano Nacional de Saúde visa à ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros.

A elaboração do Plano Nacional De Saúde está prevista na Lei nº 8080/90 sendo atribuição comum á União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O Plano de Saúde é à base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentaria Lei nº 8080, art.36, § 1º.

O SUS, desde sua instituição nos anos 1990, tem apresentado avanços significativos, ainda que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde.

No entanto, são grandes os desafios a serem enfrentados, de forma a assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento dos problemas mais relevantes, como por exemplo: a consolidação da prevenção e controle das já conhecidas e das novas doenças infectocontagiosas, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o aumento das causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

Para o enfrentamento desses desafios, faz-se necessário continuar ampliando o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral, mais humana, oportuna, com qualidade e equidade, segundo as necessidades individuais e coletivas.

O presente Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2016 a 2019. Ele orienta a implementação de todas as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais de governo, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para o seu atendimento.

Um dos objetivos do PNS é Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Nesse sentido, este objetivo contempla a promoção do cuidado integral nos ciclos de vida e gênero como uma das prioridades do MS, para operacionalização na integralidade da atuação com abrangência nacional, a partir das Regiões de Saúde.

As populações vulneráveis são grupos populacionais que se encontram em passíveis de exclusão em termos de direitos humanos e de cidadania. Na interface com os ciclos de vida e questões de gênero, de orientação sexual, de raça/cor, há uma gama de processos de exclusão, de discriminação e dificuldades de acesso

que exigem, para sua superação, políticas específicas que contribuam para garantia de acesso integral à saúde.

Ao levar em consideração questões de gênero e situações de vulnerabilidade e especificidades, políticas estruturantes – tais como as Redes de Atenção à Saúde – buscam a integralidade do cuidado e devem ser permanentemente desenvolvidas no âmbito do SUS.

A política nacional de atenção integral à saúde da criança tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança, da gestação até os nove anos de vida, em parceria com estados, Distrito Federal e municípios, além da família, da sociedade e da iniciativa privada, para garantia da atenção a saúde, respeitados os direitos humanos.

Considerando as questões de gênero, estudos referentes às necessidades da população feminina e acordos internacionais firmados pelo Brasil orientam ações a serem desenvolvidas pelo MS, reafirmando os direitos humanos das mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) estabelece a necessidade de qualificação das ações de prevenção, assistência e recuperação da saúde das mulheres com abordagens que considerem a integralidade do cuidado e os direitos sexuais e direitos reprodutivos.

É necessário o investimento na promoção do cuidado integral a mulheres em situação de violências, especialmente a doméstica/intrafamiliar e sexual; ampliação e qualificação da atenção obstétrica; a atenção ginecológica/climatério e fortalecer a prevenção e controle das DST/AIDS na população feminina.

Outro importante desafio para os próximos anos é formular e implantar, em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, uma política de direitos sexuais e reprodutivos, em parceria com movimentos de mulheres, e com outras áreas do Governo Federal.

A Saúde do Homem é voltada para a faixa etária de 20 a 59 anos. A proposta embutida neste Plano é investir na capacitação das equipes de saúde dos diferentes serviços que se organizam nos territórios para o atendimento deste público alvo, que corresponde a 55 milhões de pessoas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem dispõe-se a qualificar a atenção à saúde dessa população na lógica de linhas de cuidado, em

conformidade com os principais agravos que acometem a população masculina, nas Redes existentes.

O MS buscará, com a colaboração federativa e considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/cor e situações de vulnerabilidade, qualificar a atenção básica, as redes temáticas e as redes de atenção a saúdes regionais através de estratégias de capacitação e qualificação das equipes; profissionais e gestores do SUS; disseminação de conhecimento; produção e distribuição de materiais didáticos e publicações; além da ampliação e qualificação de serviços.

O presente Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2016 a 2019. No que dispõem sobre a saúde Mental o modelo adotado para essa linha de atuação busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais.

Para dar suporte a essa proposição, o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

No próximo tópico irei apresentar a política de saúde mental que está inserida na subárea de umas das políticas públicas.

2.2 Política de Saúde Mental

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da 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.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e

maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Mas é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos.

Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

O atual modelo de saúde mental é reconhecido legalmente através da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei n. 10.216/01, onde “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, conquista do modelo social organizado e que legitima o processo de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da área promovendo humanização, promoção à educação e saúde, ela substituiu o foco do tratamento que era concentrado na instituição hospitalar, modelo asilar, para uma Rede de Atenção Psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários abertos.

Segundo a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, passam a ser direitos da pessoa portadora de transtornos mentais:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental.

Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas e graves.

As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental.

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais.

Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, conforme as suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades, e complexidade de seu caso clínico.

Em dezembro de 2017, a Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representante estado (CONASS) e municípios (CONASEMS), anunciaram medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A iniciativa enfrenta os desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS.

A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes.

Um dos pontos da nova política nacional de saúde mental é a expansão dos serviços residenciais terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como aqueles que vivem nas ruas. Outro ponto foi a criação da nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias.

O Ministério da Saúde, 2017 passa a expandir os leitos qualificados em hospitais gerais, dentro de unidades especializadas. Mas o Ministério ressalta que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continua, sendo incentivada pelo Governo Federal que não entende esses serviços como locais de moradia de pacientes.

Sobre as comunidades terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços. O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades.

Na área da saúde indígena, o Ministério da Saúde objetiva aumentar o financiamento de CAPS que atendam a pacientes dessa população. Pois ressalta que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio.

A partir de março de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD No 1/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país. (Resolução CONAD Nº 1, De 9 DE Março De 2018). Abaixo, seguem algumas mudanças apresentadas na Resolução do CONAD:

- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas. (Resolução CONAD, 2018).

Portanto, após algumas formulações de políticas voltadas à saúde, mais especificamente à saúde mental, tendo como objetivo um atendimento mais humanizado para com as pessoas portadoras de transtornos mentais, surgem os Centros de Atenção Psicossocial, assunto sobre o qual será tratado o próximo tópico.

2.2.1- Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Após o processo da reforma psiquiátrica solidificar-se no país, um dos serviços mais consistentes e que de forma igualmente positiva, consolidaram-se como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); surgiram como estratégia de substituição aos leitos dos hospitais psiquiátricos e possuem a proposta de intervenção diferenciada da que era utilizada até então. Busca-se como modelo de prevenção e tratamento em saúde mental o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais e aos dependentes do uso de álcool e outras drogas, através da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos seus direitos e liberdade.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desses CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, é atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, P.12)

O objetivo dos CAPS 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.

É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

A portaria 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). Essa portaria, em seu artigo 2º, constitui algumas diretrizes para o funcionamento da Rede.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
 - II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
 - III - combate a estigmas e preconceitos;
 - IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
 - V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- (BRASIL, 2011)

Como se percebe-os Centros de Apoio Psicossocial tem como característica a valorização dos direitos humanos e o respeito à autonomia e a liberdade desses usuários, oferecendo um atendimento humanizado a essas pessoas, indo ao encontro do Código de Ética Profissional do Assistente Social, que tem como princípios fundamentais, a defesa dos direitos humanos e o reconhecimento da liberdade como valor ético central, visando a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos sujeitos sociais.

Mas é em 21 de dezembro de 2017 que uma nova portaria é incorporada que Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências a portaria nº 3.588.

Na mesma portaria nº 3.088, os Centros de Atenção Psicossocial eram organizados de uma maneira, mas, com a nova portaria á nº 3.588 os CAPS ficam organizado das seguintes maneiras:

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados 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 - CAPS I: 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.

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (Ministério da saúde, 2017, Portaria nº 3.588).

Percebemos que os Centros de Atenção Psicossocial, possuem suas diversas modalidades para que seu atendimento compreenda pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes de vários fatores.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

2.2.2 Centro De Atenção Psicossocial AD II Caminhos Do Sol

Neste capítulo apresentarei a instituição de estágio, onde realizei o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, compreendido entre o 2º semestre de 2017 e o 1º semestre de 2018 e também o Serviço Social dentro desta instituição. Num primeiro momento, trarei o CAPS ad II Caminhos do Sol de forma geral, discorrendo sobre o seu funcionamento, equipe e atividades oferecidas e, por fim, abordarei a atuação do assistente social inserido neste serviço, destacando seu exercício profissional bem como os desafios encontrados na realização do seu trabalho.

O CAPS ad II “Caminhos do sol” teve sua homologação aprovada em dezembro de 2002 e iniciou suas atividades em janeiro de 2003. É resultado de uma parceria do Governo Municipal, Estadual e Federal, tríade que deve garantir o funcionamento da instituição.

Destinado ao tratamento de dependentes de álcool e outras drogas, caracteriza-se por uma proposta de serviços que preconizam a assistência humanizada e não hospitalocêntrica. Tem como objetivo, oferecer atendimento à população portadora de transtornos mentais, esses causados pelo uso de substâncias psicoativas, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

As atividades do CAPS ad II “Caminhos do sol” eram realizadas inicialmente, até maio de 2004, nas dependências do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), quando se mudou para o atual endereço, Rua Euclides da Cunha nº 1695, bairro Nossa Senhora das Dores, em Santa Maria-RS.

O Centro de Atenção Psicossocial atende homens e mulheres, a partir dos 14 anos, os quais passam a ter transtornos advindos do uso de álcool e outras drogas. Os usuários desse CAPS, em sua maioria, são homens (81,02%), com idades entre 40 – 49 anos (25,18%), usuários de álcool e/ou crack, que possuem ensino fundamental incompleto (45,98%) e chegam ao serviço espontaneamente (52,55%). (Relatório de Gestão Anual, 2015).

A organização do CAPS ad II, dá-se pela equipe multiprofissional, composta por 15 trabalhadores, 14 funcionários públicos concursados pela Prefeitura Municipal de Santa Maria e 1 terceirizado contratado pela empresa Sulclean. Esses profissionais se desmembram em fisioterapeuta, médica clínica geral, médica psiquiatra, enfermeiro, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistente social, redutor de danos, técnico em saúde mental, agente administrativo e auxiliar de limpeza. Passam, ainda, pelo setor, em caráter de rodízio acadêmico-estagiários do Serviço Social, Psicologia e Enfermagem.

Esses profissionais e estagiários desenvolvem o trabalho de (Re) acolhimento, consultas médicas, escutas, visitas domiciliares, encaminhamentos de documentos: para medidas jurídicas de internações compulsórias, internação de desintoxicação de consenso do usuário, auxílios e benefícios previdenciários e assistenciais, atestado de frequência.

Também existem grupos e oficinas terapêuticas que auxiliam no desenvolvimento ao tratamento dos usuários, oferecendo atividades voltadas ao artesanato, mosaico, jardinagem e também aos familiares.

Segundo Ministério da Saúde (2004, p. 20-21),

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania.

De segunda a sexta-feira existe um cronograma a ser seguido pelos usuários, feito pela a equipe do CAPS ad II, construído por grupos e oficinas, que os

profissionais realizam com intuito de prestar atendimento em Saúde Mental diário com objetivo às pessoas usuárias de álcool e outras drogas promovendo a inserção social e a relação interpessoal dos usuários através do trabalho, lazer/passeios, direito civil e fortalecimento dos laços familiares e sociais, regulamentando a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental e dando suporte à atenção à Saúde Mental na rede básica do SUS.

Cronograma este que é chamado de Plano Terapêutico Singular (PTS), envolvendo um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito.

O PTS é constituído por grupos e oficinas, com o objetivo de promover a inserção social e a relação interpessoal dos usuários através do trabalho, lazer/passeios, direito civil e fortalecimento dos laços familiares e sociais, regulamentando a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental e dando suporte à atenção à Saúde Mental na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há também uma escala de (Re) acolhimento, onde os profissionais de núcleos diferentes são divididos em duplas, por turno, para acolher os novos usuários (acolhimento), bem como os que já faziam tratamento na instituição, porém, estavam internados ou abandonaram o serviço (reacolhimento).

Os recursos financeiros do CAPS são provenientes da pactuação realizada com a Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS, através da Gestão da Política de Saúde Mental. O CAPS é uma instituição pública que tem como objetivo promover o tratamento e a recuperação ao usuário de álcool e outras drogas.

Para tanto, os usuários do serviço assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. Conforme a (Portaria Nº 336). Levando-se em conta o direito ao tratamento continuado de saúde, também tem direito de receber passagens*¹ para deslocar-se até a instituição.

Desta forma, o CAPS ad II “Caminhos do Sol” objetiva a adesão do usuário ao tratamento, propiciando ao mesmo um ambiente familiar, de socialização, em que

¹ Os usuários do CAPS ad II Caminhos do Sol, possuem gratuidade no transporte coletivo devido a promulgação do Decreto Executivo nº 20, de 5 de março de 2013, da cidade de Santa Maria-RS, o qual “regulamenta o acesso ao fornecimento de passagens para pessoas em tratamento continuado de saúde e a gratuidade para as pessoas portadoras de deficiências e da outras providências.”

ele se sinta seguro, empoderado e motivado a juntamente com a equipe multiprofissional da instituição, transformar a sua realidade.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO CAPS AD II CAMINHOS DO SOL

O Serviço Social trabalha pela defesa e viabilização dos direitos sociais, sendo assim, os assistentes sociais se inserem nos mais diversos espaços ocupacionais para o realização do seu trabalho.

Serviço Social na área de saúde mental partiu da Reforma Sanitária, do pós Movimento de Reconceituação do Serviço Social² e da Reforma Psiquiátrica. O Serviço Social sempre foi tido como um profissional da área da saúde, tanto que sempre atuou no setor ao longo da história da profissão no Brasil.

O Serviço Social na área de Saúde Mental começou, no Brasil, “[...] como assistência aos trabalhadores para amenizar a relação entre capital e trabalho” através da intervenção em fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, p.20).

No entanto, o Serviço Social passou a fazer parte da área da saúde, sendo registrado como seu início em Saúde Mental o ano de 1946, influenciado pelo movimento de higiene mental da Europa. As primeiras sistematizações da atuação do assistente social na área da saúde mental surgiram nos Estados Unidos, no campo psiquiátrico.

O Serviço Social no campo psiquiátrico iniciou-se, nos Estados Unidos, pouco depois do Serviço Social nos hospitais [1905]. Tinha como função, no início, ajustar o paciente a se reajustar à vida normal; depois foram incluindo nas funções do assistente social o estudo do ambiente familiar e profissional e a ajuda à família para aceitar o doente e prepará-la a recebê-lo depois da alta (VIEIRA, 1995, p.67).

O Serviço Social em saúde mental seguia uma linha de apoio terapêutico, restringindo-se ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si (BISNETO, 2007). No Brasil, boa parte do trabalho do Serviço Social nas organizações psiquiátricas, voltava-se ao atendimento das questões mais emergenciais, associadas à enorme pobreza dos pacientes e a ausência de rede de suporte familiar e comunitário.

² O movimento de Reconceituação do Serviço Social, de acordo com NETTO (2004) busca romper com as visões conservadoras da profissão, e consolida um novo projeto ético-político, comprometido com a classe trabalhadora e com uma sociedade justa e igualitária.

A relação de trabalho com o usuário se dá através das redes Inter setoriais com encaminhamentos, visando à melhoria do resultado e a qualidade dos serviços oferecidos. De acordo com Fraga (2010) relata que,

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

Na saúde, o assistente social deve basear-se, no seu projeto ético-político³, como parâmetros para sua atuação nessa política. Pensar o Serviço Social na área da saúde com competência e crítica consiste em estar articulado e sintonizado ao movimento de trabalhadores e usuários para a plena efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecendo as condições e facilitando o acesso a todo e qualquer usuário a esses serviços (CFESS, 2009).

A partir da resolução CFESS nº 383/99 considera-se que:

O assistente social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país. (CFESS, 2009).

A Saúde Mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias. O Assistente Social vem dirigindo-se aos trabalhos com famílias, com muitos questionamentos, o perfil da família com o usuário. A família tem um importante papel social e pode contribuir na prevenção do uso, na busca de ajuda e no apoio ao tratamento de quem está tendo problemas como o uso de entorpecentes, o serviço compartilha o cuidado contínuo com os usuários.

A outra matriz é a territorialidade, o Serviço Social tem acúmulo teórico-operativo para realizar o mapeamento e a articulação como as tradições culturais

³ Projeto profissional que foi construído no contexto histórico de transição dos anos 1970 aos 1980, num processo de redemocratização da sociedade brasileira, recusando o conservadorismo profissional presente no Serviço Social brasileiro, amadurecendo na década de 1990. Quanto ao seu compromisso, Netto (1999, p. 104-105), coloca que “ tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.”

locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros.

Pensar o trabalho do Serviço Social na área da saúde com competência e crítica segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2009, p. 30-31).

O Serviço Social no CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, tanto terapêutico ou de desintoxicação do mesmo.

Na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalha com identificação de necessidades sócios assistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos; articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais ⁴ e comunitários para

⁴ CAPS Ad Companhia do Recomeço, CAPS Prado Veppo, CAPS infantil, Hospital Universitário de Santa Maria (Pronto Atendimento Psiquiátrico – Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes), Ambulatório de Saúde Mental, Unidade Psiquiátrica do Hospital Casa de Saúde, SAMU, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Ministério Público Estadual, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Leste, Oeste e Norte, Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, Conselho Tutelar, Casa de Passagem (Lar Acolher) para adultos, Casa Abrigo de Meninas e Meninos, Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social

o atendimento das demandas. A equipe do CAPS trabalha juntamente com a rede intersetorial⁵, que é composta por os seguintes serviços na cidade de Santa Maria

Além de movimentos e coletivos da cidade, assim formando uma ampla guia de redes para encaminhamentos dos usuários que usam do serviço na Saúde Mental.

O assistente social “intervêm na realidade social através das demandas expressadas pela questão social, como exclusão social, pobreza analfabetismo, desemprego dentre outras, tendo em vista a contribuição na redução das desigualdades sociais e injustiças sociais.” (FRAGA, 2010).

O Serviço Social vem se atualizando na área da Saúde Mental. Como desafio para o Assistente Social, se coloca a intervenção com os usuários da Saúde Mental, no sentido de garantia de direitos. O profissional tem como objetivo a garantia digna do tratamento do usuário e usar de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar o acesso aos direitos/deveres.

O Serviço Social no CAPS Ad II “Caminhos do Sol’ tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e suas famílias durante o processo de tratamento, conhecendo sua história podendo assim intervir na sua realidade social, identificando as expressões da questão social decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

3.1 O processo de trabalho do Assistente Social no CAPS AD II Caminhos Do Sol

O assistente social no CAPS ad II Caminhos do Sol está inserido na instituição desde a sua criação em 2003. O processo de trabalho do assistente social no CAPS ad II Caminhos do Sol tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento de qualidade aos usuários da instituição de Saúde Mental e familiares

(SINE), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) Comunidades Terapêuticas, Hospitais de Referência (Nova Palma, São Francisco de Assis, Cacequi, Santiago).

⁵ A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1 e 2).

durante o processo de tratamento, dentro da perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos.

O Serviço Social usa nas intervenções com os usuários o método dialético⁶ (categorias: historicidade, contradição e totalidade), possibilitando fazer com que os mesmos encontrem as determinações que os fazem ser o que é o próprio sujeito encontrando seu Eu.

Esse método é utilizado como consciência do processo de transformação do usuário, concretizando um desenvolvimento para atingir a um objetivo. A relação profissional com usuários é determinante na condução para se chegar a uma totalidade, e esse é um desafio profissional no campo da Saúde Mental (Wachowicz, 2001).

A importância do trabalho do assistente social no que diz respeito à atuação em saúde mental, qualifica positivamente a vida do usuário, lhe trazendo mais qualidade e saúde respectivamente.

Ainda mostra que o profissional precisa estar inserido neste ambiente para dar melhor atendimento, juntamente com os demais profissionais viabilizando o acesso desses usuários às políticas públicas, resultando na transformação da sua realidade. Pois, segundo os parâmetros para a atuação do Serviço Social na política de saúde é preciso “buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; (CFESS, 2009, p. 30-31)”.

O Serviço Social no CAPS Ad II “Caminhos do Sol” tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e suas famílias durante o processo de tratamento, conhecendo sua história podendo assim intervir na sua realidade social, identificando as expressões da questão social decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Os profissionais Assistentes Sociais contribuem para o campo da Saúde Mental, com base no Código de Ética profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, formulando e implementando propostas que

⁶ O Método Dialético de Marx esclarece a realidade constituída pela sociedade capitalista (capital x trabalho), que na área do Serviço Social, procedendo-se no conhecimento em relação à Questão Social como objeto a ser ‘desvendada’ nas vidas dos usuários, historicidade: História de vida do usuário, Contradição: ‘obstáculos’ que se colocam para um olhar crítico a formação no atual contexto da historicidade de vida dos usuários e Totalidade: trabalho de ‘múltiplos fatores’ com a prática e a teoria (práxis), chegando então a uma análise concreta (TÜRK, M. G. M. G, 2008).

contribuam com a cidadania, mantendo um olhar crítico sobre o usuário de Saúde Mental e seus familiares, assim, O Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica (GUIMARÃES, 2013).

A matéria-prima do trabalho do assistente social é a questão social, nesse sentido, o profissional deve estar preparado para o enfrentamento e minimização desta e de suas expressões, dentre elas a dependência química, a violência, o desemprego, a pobreza, o rompimento de vínculos familiares e sociais, etc.

Iamamoto (2000, p. 31) aponta que:

A questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Pobreza, desemprego, rompimento de vínculos familiares e sociais, realização, violência, são algumas das várias expressões da questão social trazidas pelos usuários do CAPS ad II “Caminhos do sol”. Expressões estas que desencadeiam o uso das substâncias psicoativas como processo de fuga, tornando possível um momento de prazer em suas vidas, fazendo escapar da realidade social em que vivem.

A exclusão está dada e se faz presente intrinsecamente ao modo de produção capitalista maduro na qual vivemos, onde produz e reproduz mecanismos para manutenção de concentração de renda, gerando imensas desigualdades sociais, tendo no ápice do capital fetiche inerente ao processo de acumulação capitalista, adensando novas determinações e relações sociais historicamente produzidas (IAMAMOTO, 2007, p.107).

Todos os profissionais têm seus instrumentos de trabalho, e sendo o assistente social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho, necessita de bases teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, necessárias para o seu exercício profissional. Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional”, conforme Martinelli (1994, p. 137).

Na atuação profissional do Serviço Social com o usuário, busca-se transformar a natureza da realidade apresentada, trabalhando seus instrumentais como metodologia de trabalho: Entrevista, Visita Domiciliar, Observação, Escuta Sensível, Olhar crítico sensível, Estudo Social e Diagnóstico Social.

Segundo Fraga (2010) O Assistente Social ou outro profissional, que deseja uma melhor 'desenvoltura' em seus afazeres profissionais, ou seja, em sua metodologia de trabalho técnico-operativo com o usuário, possui um olhar 'crítico', com um propósito de objetivo em 'colher informações', vincando com a Observação.

No CAPS os usuários e usuárias do CAPS ad II, são adolescentes, adultos e idosos, mulheres e homens usuários de álcool e outras drogas, dependentes químicos, com faixa-etária de idade entre os 14 anos até 65 anos de idade, onde podem vir a desenvolver alguma doença que tem como identificação no Código Internacional de Doença (CID) "F10-F19", o qual consiste em transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2014). Dessa forma, a maioria das pessoas atendidas na instituição são homens, com idade entre 30 e 60 anos, em vulnerabilidade ou risco social usuários de substâncias psicoativas.

Um dos instrumentos utilizados pelos Assistentes Sociais nas Instituições de Saúde Mental hoje em dia, é o (re) acolhimento realizado a fim de entender a historicidade de vida do usuário em sua totalidade, o que o levou o mesmo ao serviço, visitas domiciliares, escutas individuais ou como afirma (SCHULTZ et al, 2010, p. 3) que:

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

Nessa perspectiva, o assistente social do CAPS ad II Caminhos do Sol realiza (Re) acolhimentos, atendimento individual (entrevistas), prontuário/formulário, acompanhamentos, orientações, visitas domiciliares, encaminhamentos, participa de reuniões de equipe, trabalha em articulação com a rede, além de coordenar um grupo de familiares.

Algumas dessas práticas também são realizadas por outros profissionais do CAPS, no entanto, o grupo de familiares e os encaminhamentos materializados em laudos, atestados e pareceres sociais elaborados para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio-doença, Programa Bolsa família, gratuidade no transporte urbano e 2º via do documento de identificação, são atribuições privativas do assistente social da instituição.

Os acolhimentos são realizados por no mínimo dois profissionais de núcleos⁷ diferentes e tem como objetivo fazer uma triagem e conhecer melhor o usuário. É executado, primeiramente através de uma entrevista, onde os profissionais fazem perguntas referentes à situação socioeconômica, sobre o uso das substâncias psicoativas, sobre a saúde mental do usuário, explicando depois o funcionamento do CAPS.

O Assistente Social na Saúde Mental enfrenta muitos desafios, utiliza do instrumental técnico-operativo acompanhado da competência e extrema importância teórico-metodológica, tem que estar sempre informado sobre a situação de tratamento dos usuários em seu Plano Terapêutico Singular (PTS)⁸, fornecendo orientações e apoio sempre que solicitado, possibilitando uma leitura detalhada da realidade social em que o usuário está inserido.

Os desafios do Assistente Social, são amplos em relação a intersectorialidade nas instituições, visam buscar estratégias, em combinação e aplicação das políticas sociais públicas, viabilizando o acesso às redes institucionais para os usuários que delas precisarem.

Após, os profissionais conversam com o usuário, permitindo assim a criação de um vínculo, esse que será muito importante para a continuidade do tratamento na instituição.

Segundo o glossário Humaniza SUS (2004, p. 37), o acolhimento é,

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

O (Re) acolhimento, é utilizado para o atendimento de usuários que estavam internados e após alta, estão voltando ao CAPS, ou a aqueles que por algum motivo abandonaram o tratamento e querem iniciar novamente.

⁷ . O processo de trabalho no campo de atenção na Saúde Mental se desenvolve a partir de atividades chamadas de campo - comuns entre as profissões - e de núcleo – atividade específica de cada profissão.

⁸ Plano Terapêutico Singular – individual: “A assistência deve resultar na elaboração de um plano, pela equipe, de uma rotina personalizada para cada usuário, de acordo com necessidades terapêuticas, visando a sua melhora na socialização, educação em saúde e cuidados pessoais” (MACHADO, 2009, pg. 243).

Durante este atendimento individual, o assistente social procura viabilizar as orientações e os serviços necessários ao atendimento das solicitações. Segundo Trindade (2013, p. 80), durante a realização da entrevista, é comum o registro em formulário específico, comumente chamado de ficha social, contendo informações como: nome data de nascimento, sexo, documento de identidade, escolaridade, profissão, atividade ocupacional, situação de trabalho, tipo de filiação à previdência social, estado civil, condições de moradia, acesso a serviços, composição familiar, participação social.

O assistente social do CAPS, não possui um formulário específico onde possa registrar certas informações que seriam de caráter sigiloso, fazendo assim, com que, a evolução no prontuário coletivo seja feita de forma restrita ou com que todos os profissionais fiquem sabendo dessas informações.

O sigilo profissional é de suma importância para o trabalho do assistente social, onde o Código de Ética Profissional baliza que (BRASIL, 2012, p. 35):

Art.16- O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional [...]

Art.17- E vedado ao assistente social revelar sigilo profissional.

Art.18- A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.

Parágrafo único- A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e numero de pessoas que dele devam tomar.

O prontuário é um documento de caráter coletivo, ou seja, utilizado por toda a equipe multiprofissional do CAPS para fazer as evoluções referentes aos atendimentos com os usuários, sendo assim, “ao mesmo tempo em que sumaria procedimentos e avaliações da equipe, também é um importante instrumento de comunicação, evitando-se condutas repetitivas e até danosas aos usuários.” (TRINDADE, 2013, p. 91).

A visita domiciliar é um instrumento técnico-operativo que Amaro (2003, p. 13) define como “uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar”. As VD são realizadas de acordo com a necessidade da instituição, às vezes por abandono de tratamento ou a pedido da rede interinstitucional e auxiliam no desvelamento da realidade social em que o usuário está inserido, facilitando a escolha das intervenções a serem efetivadas.

O Assistente Social na Saúde Mental enfrenta muitos desafios em seu processo de trabalho, no Caminhos do Sol não é diferente o Assistente Social se depara com limitações e desafios em relação ao seu exercício profissional. A falta de transporte disponível para realizar as visitas domiciliares é uma dificuldade recorrente, já que o carro é disponibilizado apenas uma vez na semana, nas terças-feiras a partir das 08h00 da manhã, o que atrapalha o andamento do serviço, pois a demanda requer a disponibilidade do transporte com mais frequência.

A visita domiciliar para o trabalho não é apenas do assistente social, mas de todos os profissionais da equipe, sendo este um instrumento primordial de trabalho, sem o qual não seria possível atender uma parcela do público-alvo do serviço.

As orientações são outras características dos atendimentos no CAPS, pois o profissional “viabiliza orientações sobre direitos trabalhistas, previdenciários e sobre as questões jurídicas que possam facilitar a vida laborativa e familiar do usuário” (TRINDADE, 2013, p. 85). São de extrema importância para os sujeitos que, na maioria das vezes, não sabem como, onde e quando procurar um serviço.

Os encaminhamentos possuem caráter muito importante, ele se materializa em um “formulário assinado pelo assistente social em papel timbrado da instituição de origem, para que a tentativa de inserção e/ou expansão do acesso aos serviços seja institucionalizada.” (TRINDADE, 2013, p. 85). Deve andar junto com as orientações e com o acompanhamento social para que, cheguem às instituições de destino, resultando na efetivação do acesso aos direitos.

É atribuição privativa do assistente social do CAPS: encaminhamentos, laudos, pareceres sociais elaborados para concessão do benefício de prestação continuada (BPC), auxílio-doença, programa bolsa família, gratuidade no transporte urbano e 2º via do documento de identificação.

Nas terças-feiras às 19 horas no CAPS, ocorrem os grupos com os familiares dos usuários/as.

Os grupos são uma “rede de vínculos, comunicação e poder” e o que faz a diferença entre eles é justamente a forma como organizam tais vínculos. O trabalho com grupos, portanto, tem um grande potencial de mobilização, aprendizagem e reflexão, sendo necessária uma coordenação que potencialize e colabore com o processo do grupo. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2006, p. 38).

É papel de o assistente social incentivar o familiar a falar sobre sua experiência a partir da convivência com o usuário em tratamento, sobre a problemática do uso abusivo de substâncias psicoativas e tem como objetivo aproximar a família do tratamento e acompanhar a evolução e o convívio do usuário em casa.

Durante esses encontros, os familiares expõem suas dúvidas e dificuldades sobre o tratamento (que é lento e requer muitos cuidados e atenção), trocam experiências e recebem orientações.

O assistente social da instituição também participa das reuniões de equipe todas as segundas-feiras no período da manhã, onde são discutidas as demandas com toda a equipe multiprofissional, a fim de discutir em grupo as demandas inerentes à rotina de trabalho. Sendo assim, no CAPS, tornam-se um espaço de discussão de casos em relação aos usuários e ao funcionamento do serviço.

O Serviço Social dentro do CAPS encontra algumas limitações e alguns desafios em relação ao seu exercício profissional, pois não basta querer utilizar alguma técnica e/ou instrumento, sendo que não se dispõe de certos meios para realizá-los. Isso porque o assistente social não detém de todos os meios necessários à realização do seu trabalho, pois parte desses meios, são fornecidos pelas entidades empregadoras. Sendo assim, por mais que se queira fazer, nem sempre se consegue devido à falta dos recursos.

Segundo Fraga (2010) coloca que,

“o Assistente Social, Intervém na realidade social dos sujeitos por meio às demandas expressadas pela Questão Social, como ‘exclusão social’, ‘pobreza’, ‘analfabetismo’, ‘desemprego’ dentre outras, tendo em vista a contribuição na redução das desigualdades sociais e injustiças sociais”.

O mesmo também trabalha de acordo com o projeto ético-político da profissão, o qual segundo lamamoto (2012, p.78).

[...] não pode ser um documento que se “guarda na gaveta”: é necessário dar-lhe vida por meio dos sujeitos que, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano.

Nota-se a importância dessa normativa para a atuação enquanto profissional, pois o Código de Ética é a base para a prática e para a intervenção dentro da sociedade, assim, as informações passadas pelo profissional precisam ser claras e

coerentes. O Título III, das relações Profissionais do Capítulo I, que aborda as relações com os usuários:

Art.5º-São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; fornecer a população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo serviço social e as suas conclusões, resguardado ao sigilo profissional; esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (BRASIL, 2012, p.29).

Um dos desafios do AS é a efetivação do atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, tanto terapêutico ou de desintoxicação do mesmo. Na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalhando com a identificação de necessidades socioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas.

O Serviço Social na área da Saúde Mental, intervém com os usuários, no sentido da efetivação e garantia de direitos. O profissional também tem como objetivo a garantia digna do tratamento do usuário e usar de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos garantidos pela CF 1988.

No CAPS ad II “Caminhos do sol” realiza-se atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Esse usuário chega até o serviço voluntariamente, no momento em que o uso de substâncias psicoativas está prejudicando sua rotina de vida.

Enquanto equipe multiprofissional, é respeitada a autonomia do usuário em optar pela abstinência da substância psicoativa ou pela redução de danos (RD), política estratégica no âmbito da saúde pública implementada pelo SUS em 1994 tendo como eixo inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção da transmissão de doenças através de agulhas e seringas contaminadas durante a prática do uso injetável de drogas.

A RD é uma política que surge enquanto estratégia de saúde pública, visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de

substâncias psicoativas (lícitas e ilícita)⁹ sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários, em seus contextos de vida marginais, com um modo de atuar clínico e efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004).

Portanto, é importante entendermos em que contexto fazemos nossos julgamentos sobre “o que é usar drogas” e o que está por trás do que é lícito ou ilícito. Frente à complexidade do tema, temos o grande desafio de organizar nossos serviços e sistemas de cuidados aos usuários de drogas para evitar que estes reflitam visões equivocadas sobre como “resolver o problema das drogas”. O preconceito, discriminação e estigma aos usuários é uma barreira importante para o tratamento. Para além das abordagens técnicas de cuidado, a esfera da relação entre profissional e usuário aparece como um fator fundamental para o cuidado adequado. (RONZANI Et al, 2014);

O exercício profissional do assistente social no CAPS ad II “Caminhos do Sol” se dá principalmente com as classes subalternas, aquelas que desde os primórdios foram excluídas e marginalizadas pela sociedade. Os considerados “drogados” e “loucos”, apesar de possuírem hoje um atendimento humanizado e não hospitalocêntrico, ainda são privados de direitos devido às limitações causadas pela dependência de substâncias psicoativas e também pela estigmatização historicamente construída.

É nesse contexto que a atuação do Serviço Social dentro da instituição, contribui no fortalecimento, no empoderamento, na politização e inclusão dessas pessoas, viabilizando o acesso às políticas públicas, efetivando direitos.

Um dos maiores desafios postos ao Assistente Social é o desenvolvimento de sua capacidade em entender a realidade dos usuários e construir estratégias voltadas à efetivação de direitos, usando de todo seu saber acadêmico, teórico e prático para se chegar à efetivação desses direitos.

Na área da Saúde Mental a efetivação dos direitos parte da premissa das relações das redes, e do envolvimento da equipe multidisciplinar.

O Assistente Social irá trabalhar na reabilitação do usuário, em que a maioria dos casos, são pessoas em extrema vulnerabilidade social, com moradias

⁹ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as substâncias psicoativas, mais comumente conhecidas como drogas psicoativas, são as que, quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais. Substâncias lícitas: que podem ser produzidas, comercializadas e consumidas sem algum problema. Apesar de trazerem prejuízos aos órgãos do corpo são liberadas por lei e aceitas pela sociedade. Substâncias ilícitas: proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas.

insalubres, sem saneamento básico, pessoas que passam fome, que se quer sabem como funciona a gestão dos programas e benefícios, o não acesso a medicamentos disponibilizados pelo SUS, esses dentre os múltiplos desafios à inclusão dos usuários ao sistema para a viabilização dos direitos sociais.

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

Os desafios postos ao Serviço Social são tantos, com análise crítica de sua efetivação, que tem de ser trabalhada essa peculiaridade dentro de vários contextos deste campo da Saúde Mental que o Assistente Social atua.

O Assistente Social na atualidade se coloca frente as esferas de direitos sociais e a inclusão social do cidadão à serem assegurados pelo Estado laico e democrático. Independentemente das demandas trazidas pelos usuários, os assistentes sociais podem objetivar e prover as necessidades humanas, com a intervenção de seu trabalho para com o sujeito.

Portanto, esse direito ao acesso à Assistência Social, Saúde e Previdência Social foi assegurado em 1988 pelo tripé da seguridade social, incluída pela Constituição Federal, não podendo esquecer que para essa garantia, houve grandes lutas e movimentos sociais. É nesse contexto que a atuação do Serviço Social dentro da instituição, contribui no fortalecimento, no empoderamento, na politização e inclusão dessas pessoas, viabilizando o acesso às políticas públicas, efetivando direitos.

3.2 Gênero e Serviço Social

O serviço social é uma profissão que surge no capitalismo monopolista, quando o Estado busca intervir na questão social, proveniente da contraditória relação entre capital e trabalho, da qual emergem relações de dominação e exploração da força de trabalho.

Logo, os profissionais de serviço social são requisitados pelo Estado e pelos capitalistas para atender as necessidades de reprodução do capitalismo, bem como para manutenção de sua organização.

Assim, o serviço social participa do processo de reprodução das relações sociais provenientes desse contexto, atuando nas diversas manifestações da questão social que refletem na realidade social, com um conjunto de problemáticas que impedem o exercício pleno da cidadania pelos indivíduos.

Nessa conjuntura em que atuam os assistentes sociais, se insere demandas relativas a gênero, que não se refere à palavra sexo, como se pode equivocadamente pensar, mas trata-se de construções históricas e culturais a respeito da ideia de homem e mulher, temática emaranhada de preconceitos, que constituem aspectos de dominação e submissão de uns sobre outros.

Diante disso, percebe-se que as relações de gênero estão presentes nos diversos âmbitos sociais, configurando-se como demanda para a profissão. Nessa perspectiva, são indispensáveis estudos e debates sobre gênero no processo de formação do serviço social, como forma de compreender as suas relações de dominação, desigualdade e exploração e seus rebatimentos na realidade social, econômica e política, proporcionando ao discente a aproximação com a temática, de maneira a destacar a sua importância e evidência, que possui nas demandas postas a profissão.

O conhecimento a respeito do conceito de gênero se faz importante e necessário, uma vez que tem sido um instrumento de reflexão para compreensão da realidade marcada pela desigualdade e opressão entre gêneros, na qual se cultiva a superioridade do masculino sobre o feminino, desencadeando a violência, o preconceito e dificuldades na vida cotidiana, especialmente das mulheres.

Estudos sobre gênero têm contribuído, embora ainda sejam poucos, para esclarecer os seus significados, suas dimensões e quais os seus reflexos na realidade social. Portanto, esses debates são indispensáveis para elaboração de políticas sociais públicas, devendo ser considerado como elemento para análise crítica, uma vez que grande maioria do seu público é constituída por mulheres, buscando reduzir as desigualdades entre homens e mulheres.

Segundo Machado (1999), que gênero difere do termo sexo, pois o mesmo foi criado para enfatizar que homem e mulher são categorias sociais construídas historicamente e não se restringem a características biológicas, mas possuem “implicações psicológicas e culturais”.

Portanto, são estabelecidos comportamentos para serem exercidos pelos indivíduos a partir das vivências e relações sociais. Nessa perspectiva, gênero se refere aos papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade.

Consequentemente, falar em gênero não é o mesmo que se referir à mulher, mas discutir as relações sociais entre homens e mulheres, ponderando as relações de dominação e exploração entre gêneros determinadas socialmente. Nessas relações, há uma histórica submissão feminina nas esferas social, política e econômica, conjuntura que emerge da diferenciação biológica entre fêmeas e machos.

“O conceito de gênero emergiu para denunciar a tradicional classificação e distinção baseada no sexo, caracterizando assim, de forma mais abrangente a atividade desenvolvida por mulheres e homens”. (BORGES, 2009, p. 19).

A partir dos aspectos naturais dos sujeitos, socialmente foi-se definido as funções que cabiam ao homem, que seriam a de chefia e poder, enquanto que a mulher encontra-se em uma posição inferior, na qual é tida como frágil e de menor grau de inteligência, por isso encarregada das atividades domésticas e dos cuidados com os filhos, vontades reprimidas, entre outros, sendo que conforme a cultura, a submissão feminina é mais exacerbada que em outras.

Desse modo, o destino das pessoas estaria sendo determinado com base no sexo a que pertencem, podendo ter um futuro promissor no caso do sexo masculino ou a incumbência de cuidar do lar e dos filhos, ser um ser sensível e que deve obediência ao marido, atividades destinadas ao sexo feminino, perfis que são reproduzidos socialmente.

Assim, Bourdieu (1999, p. 33) denomina o universo masculino, de caráter dominador, que possui duas operações: “ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada”. (grifos do autor).

Bourdieu aponta que outra mudança social importantes para se avançar na condição das mulheres, está relacionado ao âmbito escolar, onde no decorrer do tempo às mulheres passaram a ter acesso à educação (sobretudo o ensino

superior), conseqüentemente tendo instrução e possibilidades de independência econômica e alterações na estrutura familiar e produtiva.

Como masculinidade e feminilidade são construções sociais, dependem bastante da educação recebida na infância e das influências sofridas ao longo da vida. As pessoas nascem com um sexo biológico e ele acaba determinando a maneira como serão tratadas pela família e pela comunidade a qual pertencem. Dessa maneira, tornam-se homens e mulheres aceitos socialmente. O processo de construção do gênero varia tanto dependendo do tempo histórico quanto do lugar onde o indivíduo está inserido (HARDY e JIMENEZ, 2001, p.78).

Apesar disso, a identidade de gênero começa a ser desenvolvida de maneira quase universal. Tal identidade é percepção por parte do próprio indivíduo que pertence a um sexo e não a outro. Ainda durante a primeira infância, a pessoa recebe estímulos para reproduzir comportamentos culturalmente compatíveis com seu gênero.

A identidade masculina define e justifica o papel social do homem na sociedade. A construção da masculinidade inicia-se já durante a gestação, quando os pais começam a imaginar como será a criança baseada em seu sexo.

A masculinidade não é apenas a formulação cultural de um dado natural. Ela é um processo de construção social contínuo, frágil e disputado. A manutenção desse processo é permanentemente vigiado e, sobretudo, autovigiado.

O homem é socialmente cobrado e deve, o tempo todo, evitar posturas não másculas e também fornecer provas de sua masculinidade (ALMEIDA, 1996, p.2).

A masculinidade construída ao longo da vida é considerada uma qualidade que, assim como se obtém, pode ser perdida de acordo com as circunstâncias e a história de cada indivíduo (HARDY e JIMENEZ, 2001, p.82).

O trabalho remunerado é uma função que culturalmente atribui-se ao homem. É o trabalho que constitui a base da respeitabilidade masculina na sociedade, na medida em que permite ao homem obter reconhecimento, segurança e autonomia.

A perda do emprego, portanto, provocaria a sensação de diminuição da masculinidade. Essa sensação seria percebida não só pelo próprio homem, mas também por sua companheira e filhos. Existem estudos que indicam que o

desemprego é uma das causas da violência doméstica e do alcoolismo (HARDY e JIMENEZ, 2001, p.81).

A masculinidade, construída socialmente nos homens, possui um elemento chave que é a relação de poder que existe entre eles e as mulheres. O poder não é algo que uma pessoa ou um grupo possua, e sim uma relação que se estabelece entre dois polos.

Para que a relação de poder seja efetivada, é necessário que exista um meio que a conduza, que pode ser ideológico, econômico ou coercitivo (força). Além disso, o polo "B" (aquele sobre o qual o poder é exercido) deve mudar seu comportamento em decorrência da vontade do polo "A" (aquele que exerce o poder) (BOBBIO, 2000, págs. 933-942).

Para Weber, o conceito de poder não tem forma definida, pois significa a probabilidade de impor sua vontade dentro de uma relação social, mesmo contra toda resistência e qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade. Ele ainda coloca que dominação é um conceito mais preciso, uma vez que é a legitimação do poder. Ou seja, a dominação seria possibilidade de encontrar obediência para ordens específicas, uma vez que quem obedece considera a ordem legítima.

Pierre Bourdieu também utiliza o conceito dominação para analisar as relações de gênero. Para o autor, ainda na atualidade o gênero masculino domina o feminino.

A dominação masculina não é apoiada prioritariamente na força bruta, nas armas ou na dependência financeira. Esses fatores possuem seu grau de influência, entretanto, se fossem determinantes, quando cessados a mulher deveria adquirir sua total libertação.

A dominação dos homens sobre as mulheres, via de regra, ocorre no campo do simbólico. O dominado (no caso, a mulher) adere à dominação de maneira irrefletida e passa a considerar que aquilo seja natural. A violência simbólica é fruto da exposição prolongada e precoce as estruturas de dominação (BOURDIEU, 2003, p. 26).

A esfera doméstica é um ambiente onde tradicionalmente ocorre o exercício de poder e dominação masculina. Uma dos meios mais eficazes de dominação das mulheres pelos homens em um contexto doméstico e/ou conjugal/amoroso é o ato sexual. Obviamente nem toda relação sexual se configura como violência física ou mesmo simbólica. Entendemos que a mulher, a exemplo do homem, possui pulsões sexuais.

A relação entre os entre os gêneros é caracterizada pelo poder dos homens sobre as mulheres e sua legitimação pela sociedade, o que caracteriza processo de dominação masculina. Essa dominação é calcada pela tradição, pela naturalização do fenômeno que, na verdade, é social.

Tanto a masculinidade quanto a feminilidade também são socialmente construídas. Sendo que a noção de masculinidade é normalmente entendida como uma metáfora de poder acessada pelos homens quando necessário.

A sexualidade masculina é regida pela contradição. A maior liberdade sexual que eles possuem em relação às mulheres, os faz prisioneiros e os tornam inseguros devidos às necessidades de provar sua masculinidade. O sexo é visto ao mesmo tempo como um direito, uma necessidade e uma obrigação enquanto homem másculo. Dentro da esfera doméstica, se torna uma das formas mais eficientes de estabelecer-se relação de poder e dominação entre homens e mulheres.

Portanto, a categoria gênero é um instrumento fundamental para análise social e o serviço social deve se apropriar da mesma, como forma de contribuir para compreensão da dinâmica social e buscar estratégias que contribuam para minimização da desigualdade de gênero, bem como para eliminação de práticas de violência, preconceito e discriminação.

4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS II (CAPS ad II) CAMINHOS DO SOL

Neste capítulo irei apresentar a experiência adquirida no estágio supervisionado em Serviço Social I e II bem como a aplicação do projeto de intervenção. Salientarei a relevância desta etapa para a minha formação acadêmica e construção profissional.

O Estágio Supervisionado em Serviço Social I iniciou no 2º semestre de 2017 e o Estágio II no 1º semestre de 2018, no CAPS ad II Caminhos do Sol. No início quando adentrei no campo, o que veio a mente, era de que o conhecimento adquirido na graduação seria o suficiente para que eu conseguisse agir frente às demandas dos usuários. A impressão que tive, é a de que não sabia nada e que não estava preparado para esta importante etapa da formação acadêmica, pois o medo e a ansiedade tomavam conta.

O Estágio Supervisionado tem como objetivo relacionar a teoria estudada em sala de aula com o que é vivenciado na prática do estágio, é realizado sob orientação dos supervisores de campo e acadêmicos/pedagógicos, que acompanham o estagiários/as nestes dois âmbitos, deste modo, uma supervisão é complementar a outra e cada uma possui suas especificidades.

Na ação não se reduz a apenas “ensinar” o conteúdo teórico e o prático, considerando que:

A atividade de supervisão direta do estágio em Serviço Social constitui momento ímpar no processo ensino-aprendizagem, pois se configura como elemento síntese na relação teoria-prática, na articulação entre pesquisa e intervenção profissional e que se consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do aluno nos diferentes espaços ocupacionais das esferas públicas e privadas, com vistas à formação profissional, conhecimento da realidade institucional, problematização teórico-metodológica (CFESS, Res. 533/2008, p.2).

Guerra (2002) aponta que o estágio supervisionado é onde se constrói a identidade profissional e é marcado por práticas voltadas para o enfrentamento da questão social e suas expressões. Assim, esta atividade curricular deve vislumbrar a formação de profissionais qualificados, capazes de investigar e produzir conhecimentos sobre sua prática dentro de um contexto socioeconômico e político, bem como para compreender e reconstruir o cotidiano.

O estágio supervisionado permite que o/a aluno/a estagiário/a se aproxime da ação profissional e a partir disso crie sua própria identidade profissional.

[...] a Supervisão de estágio é essencial à formação do aluno de Serviço Social, enquanto lhe propicia um momento específico de aprendizagem, de reflexão sobre a ação profissional, de visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional. (BURIOLLA, 2011, p. 16).

O estágio obrigatório “é definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma”, então, se o/a discente não cumprir o estágio conforme exigido, é passível de sanções, como ter a disciplina curricular de estágio dependente.

A partir do momento em que adentrei ao espaço para o qual fui selecionado comecei a observar o exercício profissional do assistente social o qual me supervisionou, fui me integrando ao espaço e me inserindo no seu modo de trabalho. Acredito ter sido contemplado com o meu campo de estágio, apesar de nunca ter pensado em realizá-lo na saúde mental, mas sempre queria algo na área da saúde. Fui muito bem recebido não só pelo meu supervisor de campo, mas também por toda a equipe multiprofissional do CAPS.

Atribuo o meu bom aproveitamento no processo de estágio a forma acolhedora e compreensiva dos profissionais e a atenção, comprometimento e dedicação do meu supervisor de campo AS Muriel, fatores esses que fizeram com que eu me sentisse parte daquela equipe.

Inicialmente, passei a observar os profissionais do CAPS, em especial, o assistente social, para que assim, pudesse perceber como funcionavam os atendimentos dos usuários na instituição, bem como o serviço de modo geral. Para conhecer os usuários, foi interessante participar das oficinas e grupos oferecidos no serviço, lembro-me do primeiro dia que cheguei o qual o AS pediu para observar o grupo de mosaico. Nesses espaços era possível conversar com os usuários ao mesmo tempo em que participava das atividades de artesanato, mosaico, jardinagem, dentre outras.

Participando dessas atividades, pude perceber que muitas vezes, desses usuários, surgiam demandas para o Serviço Social. Sendo assim, várias vezes, demandas surgiram de usuários dessas oficinas ou grupos e eram levadas, por mim ou pelas outras estagiárias, ao assistente social supervisor de campo.

Logo, passei a acompanhar os profissionais nos acolhimentos, conhecendo assim os usuários que estavam iniciando o tratamento, a forma de atendê-los, as principais demandas para o Serviço Social e só nesse momento, percebi que existem pessoas as quais vivem em situações inimagináveis de vulnerabilidade e risco social, devido às lacunas deixadas pelo Estado, resultando na falta de acesso aos direitos.

No estágio I, também foi o momento de pensar em alternativas para melhorar o serviço oferecido aos usuários, bem como buscar meios de transformação de realidade destes, através do projeto de intervenção, o qual foi colocado em prática no 1º semestre de 2018.

Segundo a Lei 8.662, a qual regulamenta a profissão de assistente social, é competência deste profissional “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;” (BRASIL, 1993, pg.1).

Quando comecei a circular pelos espaços da instituição, pude notar que a maioria dos usuários do CAPS ad II Caminhos do Sol eram homens, com os vínculos familiares e sociais fragilizados devido ao uso de álcool e outras drogas, com direitos violados devido à estigmatização e preconceito da sociedade e dele mesmo, para com os considerados “loucos e drogados”.

A criação e implementação do projeto de intervenção que é uma ação conjunta entre, supervisor de campo, supervisor acadêmico e estagiário, o projeto é realizado através da percepção das demandas do serviço, seja por meio de observação ou referentes às necessidades que os usuários trazem até a equipe do no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas II Caminhos do Sol (CAPS ad II).

A elaboração deste trabalho, parte da necessidade observada da realização de um levantamento de dados para verificar o perfil e o número de usuários do gênero masculino do CAPS AD Caminhos Do Sol no ano de que 2017. Já que anteriormente tinha sido levantado dado do perfil do gênero feminino referente ao ano de 2016. Desta forma percebemos a necessidade em buscar dados concretos em relação aos homens usuários do CAPS, procurando entender os motivos que dificultam o acesso deles ao tratamento.

Terminando este processo, após dois semestres de estágio, deixei o CAPS ad II Caminhos do Sol com a certeza de que o meu aprendizado foi diferenciado e que

não poderia ter conhecido melhores profissionais em especial o assistente social Muriel que com toda sua experiência e bagagem profissional compartilhou seu saber e sanou minhas dúvidas quando tinha alguma dúvida. A experiência foi enriquecedora e contribuiu fortemente para a minha formação enquanto profissional assistente social.

O próximo item abordará o meu projeto de intervenção com maiores detalhes, caracterizando o levantamento de dados, respeitando o sigilo referido no Código de Ética profissional do/a assistente social, que “protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional” (2012, p.35) e mostrando os resultados obtidos através do levantamento de dados.

4.1 APLICAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO REALIZADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS II (CAPS ad II) CAMINHOS DO SOL

A realização deste projeto de intervenção surgiu da experiência como estagiário no campo da saúde mental, mais especificamente, no CAPS ad II “Caminhos do Sol”, localizado na Rua Euclides da Cunha, Bairro Dores, na cidade de Santa Maria/RS.

O referido projeto intitulado “Questão social e Questão gênero” teve como objetivo realizar um levantamento de dados obtidos através de cada prontuário, a fim de organizar os dados referentes à população usuária do gênero masculino, com o propósito de auxiliar a equipe a melhor atender essas demandas. A identificação do perfil dos usuários é uma forma de entender quem são esses homens que frequentam o CAPS, com a finalidade de contribuir com mudanças da realidade social desses homens, desenvolvendo e fortalecendo os assuntos referentes ao combate de qualquer forma de desigualdade de gênero.

O levantamento do perfil dos usuários foi feito com os usuários que iniciaram o tratamento no CAPS ad II Caminhos do Sol no ano de 2017, e teve como objetivo desvendar a relação entre homem e o consumo substâncias psicoativas, trazendo questionamentos referentes ao cotidiano dos usuários e reflexões sobre o modo

como se manifesta o uso de drogas no gênero masculino, também identificando qual é o perfil dos mesmos.

Conhecendo o perfil dos usuários a equipe terá mais possibilidades de entendê-los trazendo mais estratégias para torna-las mais ativas durante o tratamento, adequando o seu plano de tratamento conforme as suas possibilidades. Conhecer o perfil dos usuários desses serviços é imprescindível para oferecer uma assistência especializada e individualizada, bem como aperfeiçoar a assistência prestada e promover o desenvolvimento de um projeto terapêutico singular mais completo.

Durante o estudo dos prontuários realizados durante o estágio vimos que no ano de 2017 iniciaram tratamento no CAPS ad II Caminhos do Sol 152 usuários, um número expressivo visto que tem usuários de outros anos que fazem acompanhamento no Caps.

Através dos estudos dos prontuários foi possível perceber que mesmo com o empenho da equipe em manter os prontuários atualizados, existem diversas falhas ao preencher os mesmos, a falta de informações referentes aos usuários, muitos campos em branco, além disso, a falta de perguntas referentes a benefícios sociais, informações étnico-raciais que contribuiriam de forma positiva no processo de trabalho do assistente social e para um estudo de perfil.

Assim foram agrupados dados que identificamos como necessários para um levantamento inicial, realizado através da análise de prontuários com as seguintes informações conforme o apêndice I:

4.1.1-Idade

4.1.2-Sexo

4.1.3-Escolaridade

4.1.4-Estado civil

4.1.5-Se mora coma a família

4.1.6-Possui trabalho.

4.1.7-Motivo da busca

4.1.8-Estação do ano que procurou o serviço.

4.1.9-Tipo de substancia que faz uso

4.1.10-Região

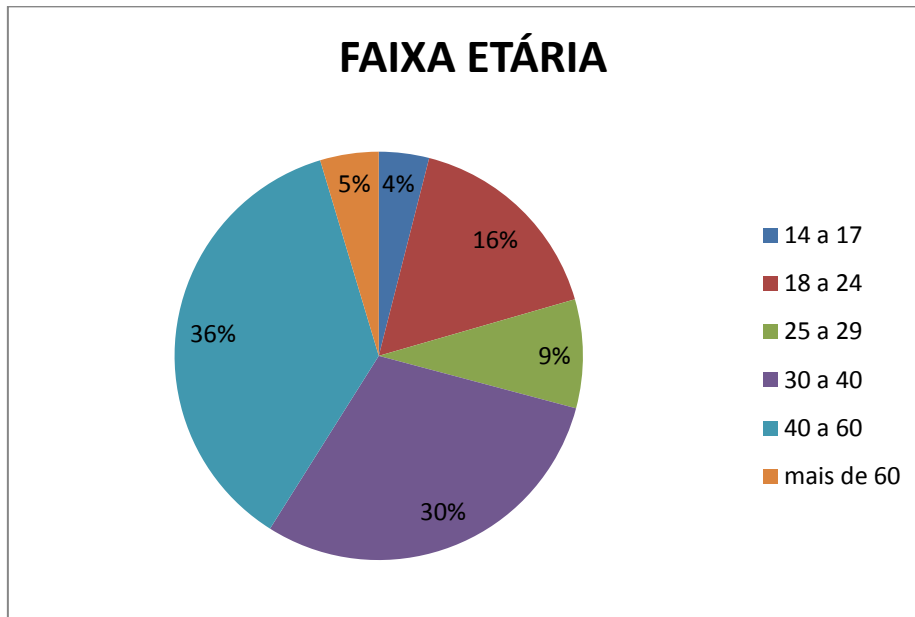
4.1.11-bairro

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

O Serviço Social na área da Saúde Mental intervém com os usuários, no sentido da efetivação e garantia de direitos no qual como em todos os serviços e não diferente da saúde mental, muitos direitos acabam sendo violados, seja pela falta de informações, pela fragilidade da rede inter setorial.

O papel do Assistente Social, no campo da Saúde Mental, é essencial, a fim de identificar as expressões pela Questão Social, que neste caso, se manifestam conexas ao uso abusivo de álcool e outras drogas acarretando ao transtorno mental, visando buscar estratégias para a mudança daquela realidade vivida por estes sujeitos usando de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos.

Então por meio da leitura dos 152 prontuários, foi possível fazer um breve levantamento do perfil dos usuários. Através dos estudos da análise de dados foi possível perceber as semelhanças entre ambos. No próximo item serão trazidos os gráficos mais relevantes referentes ao levantamento de dados que foi constituído através das informações constadas nos prontuário.

Gráfico 1: Faixa Etária

Fonte: Sistematização do autor (2018)

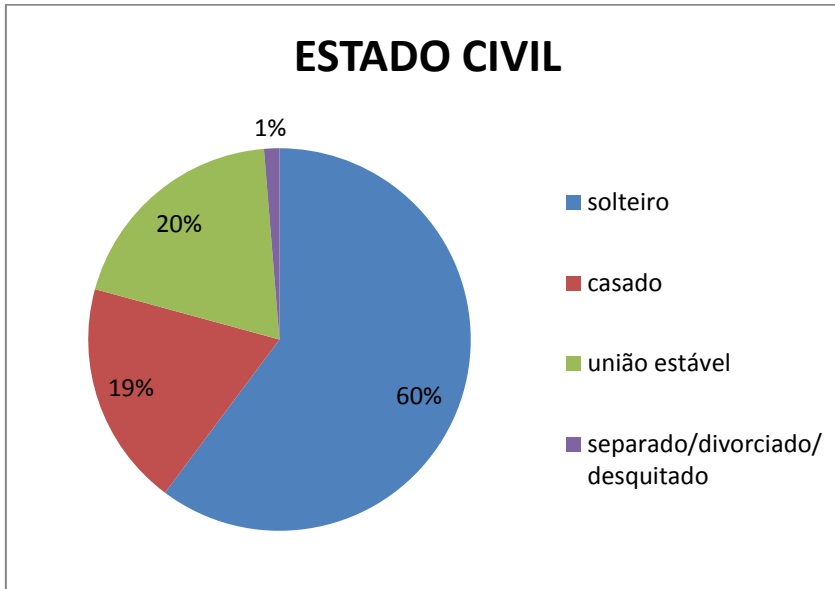
A faixa etária é bastante diversificada, 4% entre 14 e 17 anos, 16% entre 18 e 24 anos, 9% entre 25 a 29 anos, 30 % entre 30 e 40 anos, 36% entre 40 e 60 anos e 5% mais de 60 anos. Mesmo com idades variadas a maioria dos usuários que adentraram no CAPS no ano de 2017 foi na faixa etária de 30 a 60 anos que juntos somam 66%, fato que pode estar relacionado à maior vulnerabilidade de pessoas mais “jovens” ao uso de substâncias psicoativas.

Em contrapartida 5% dos homens tem mais de 60 anos, onde acontecem diversas mudanças no âmbito social. A organização mundial de saúde (OMS) alerta que os efeitos de substâncias psicoativas têm seus efeitos acentuados em idosos, as consequências, como alterações fisiológicas, o envelhecimento mais acelerado e uma maior incidência das doenças crônicas comuns nessa idade.

O tratamento da dependência de substâncias químicas, nessa idade, muitas vezes necessita de uma atenção médica mais especializada, e infelizmente, ainda pouco se sabe sobre o abuso e a dependência das substâncias psicoativas nesse grupo da população.

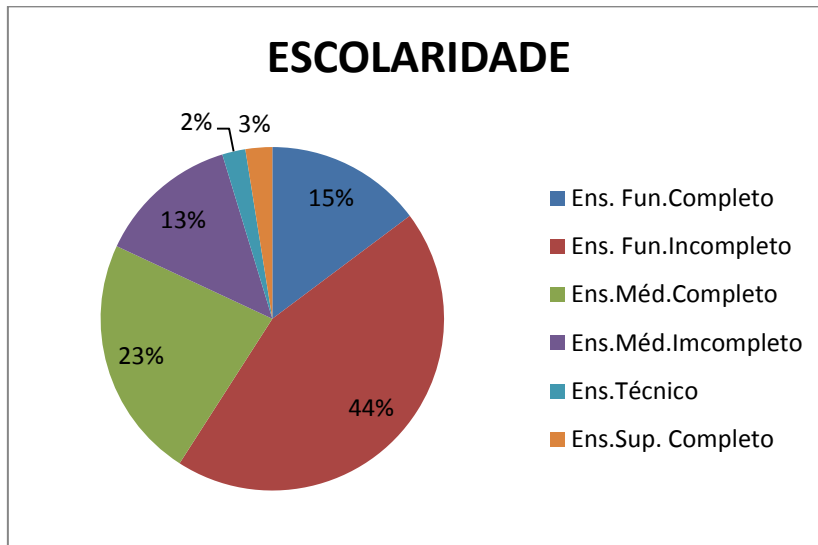
Há diversos motivos que podem levar alguém a experimentar o álcool e outras drogas, depende das necessidades e impulsos de cada um e do meio que este está inserido levando em conta sua historicidade e os motivos que lhe fizeram usar.

Gráfico 2: Estado Civil



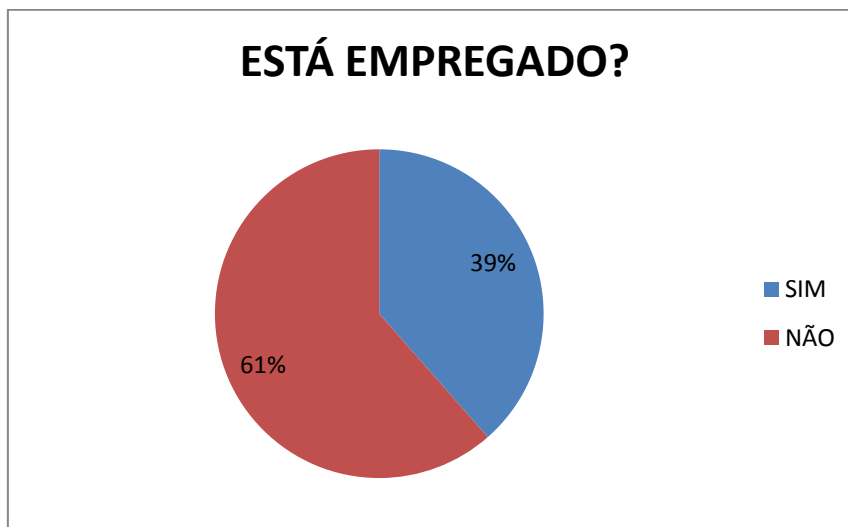
Fonte: Sistematização do autor (2018)

Através do levantamento de dados pode se perceber que a maior procura é de homens solteiros com 60%, o que nos possibilita fazer uma observação com o gráfico 1 que nos mostra que os frequentadores são o público jovem com faixa etária de 14 a 29 anos. 20% vivem em união estável, 19% são casados, 1% divorciados/separados/desquitados.

Gráfico 3: Escolaridade

Fonte: sistematização do autor (2018)

No que se refere à escolaridade dos usuários observa-se que a grande maioria tem baixa escolaridade (Gráfico 3), com 44% tendo apenas o ensino fundamental incompleto e 15% possui o ensino fundamental completo. No nível de ensino médio completo, estavam 23% dos usuários e no ensino médio incompleto 13%, enquanto no ensino superior e técnico somando os dois juntos soma um total de 3% ou seja, as mínimas condições para estabelecerem uma profissão. Mas isso nos mostra que a dependência química está presente em todos os setores da sociedade e níveis de escolaridade.

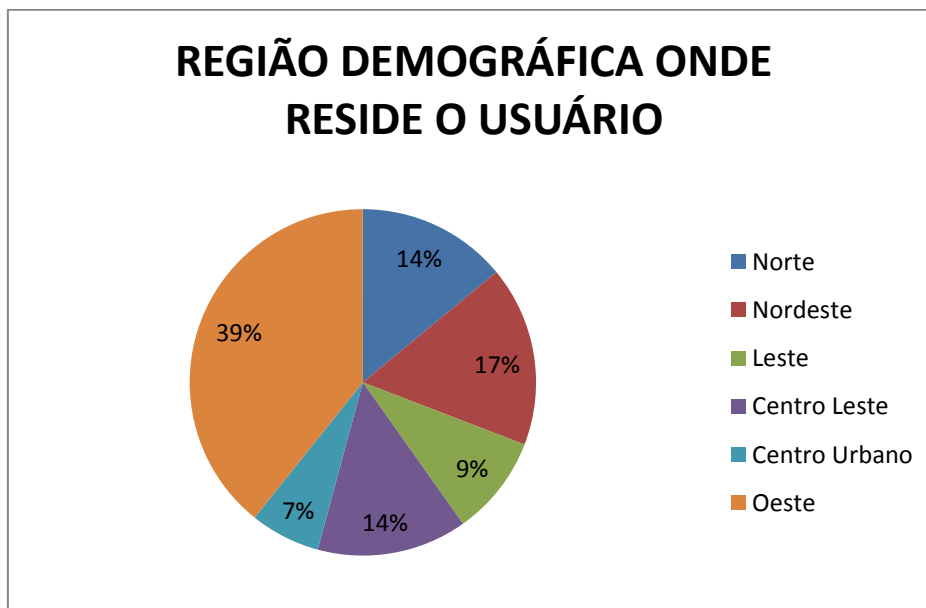
Gráfico 4: Está Empregado

Fonte: Sistematização do ator (2018)

Como podemos observar 61% dos usuários não está trabalhando, apenas 39% possui algum vínculo empregatício.

O desemprego é uma manifestação da questão social e caracteriza a desumanidade presente no capitalismo, tendo em vista que resulta da incapacidade do sistema de direcionar o desenvolvimento econômico-social para a resolução dos problemas humanos. Atinge não somente a periferia, mas afeta todas as classes sociais até mesmo o mundo capitalista mais desenvolvido, configurando a denominada globalização do desemprego. Sua força é a precarização do trabalho ou trabalho temporário, que se constitui em uma ameaça aos trabalhadores empregados, gerando incertezas e inseguranças quanto ao futuro.

Gráfico 5: Região Demográfica onde Reside o Usuário



Fonte: Sistematização do autor (2018)

O CAPS ad II Caminhos do Sol é responsável pelo atendimento dos usuários em seu território de abrangência, entre os quais deve se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos usuários de sua área de abrangência. 14% dos usuários moram na região norte da cidade, 17% na região nordeste, 9% na região leste, 14% na região centro leste, 7% no centro urbano e 39% na região oeste.

A região oeste é o que contém maior número de usuários e é bastante distante do CAPS, o que de certa forma dificulta o acesso e a continuidade dos usuários ao

tratamento, tendo em vista que a distância entre suas residências e o CAPS pode agravar ainda mais as dificuldades dos usuários em estarem presentes e frequentar os grupos e atendimentos de forma mais assídua.

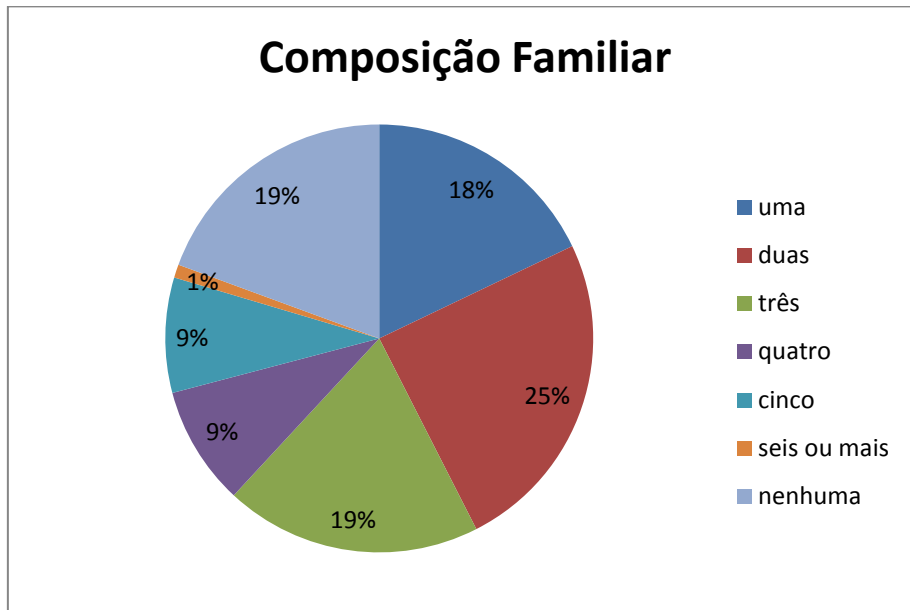
Dificulta também para a equipe, visto que o acesso ao carro para as visitas domiciliares é restrito há um dia na semana, ficando praticamente inviável procurar pelos usuários que abandonam ao tratamento.

BAIRROS EM SANTA MARIA-RS

Tabela 1: Bairro que reside os usuários conforme pesquisado no prontuário.

BAIRRO	Nº DE USUÁRIOS
ARCO IRIS	2
BOI MORTO	2
BRENER	2
CAMOBI	9
CAMPESTRE	3
CARAMELO	1
CAROLINA	2
CATURRITA	3
CENTRO	4
CHÁCARA DAS FLORES	1
CIPRIANO DA ROCHA	2
DIVINA PROVIDENCIA	4
DORES	4
ITARARÉ	19
JOÃO GOULART	7
JUCELINO KUBITSCHK	1
NOAL	2
NOVA SANTA MARTA	4
P.PINHEIRO MACHADO	11
PASSO D AREIA	3
PATRONATO	4
PERPÉTUO SOCORRO	2
PRADO	2
ROSÁRIO	4
SANTA MARTA	6
SÃO JOSÉ	10
SCHIMER	2
TANCREDO NEVES	11
VILA OLIVEIRA	2
VILA ROSSI	1
ROSSATO	1
PASSO DAS TROPAS	3
KM³	2

Fonte: sistematização do autor (2018)

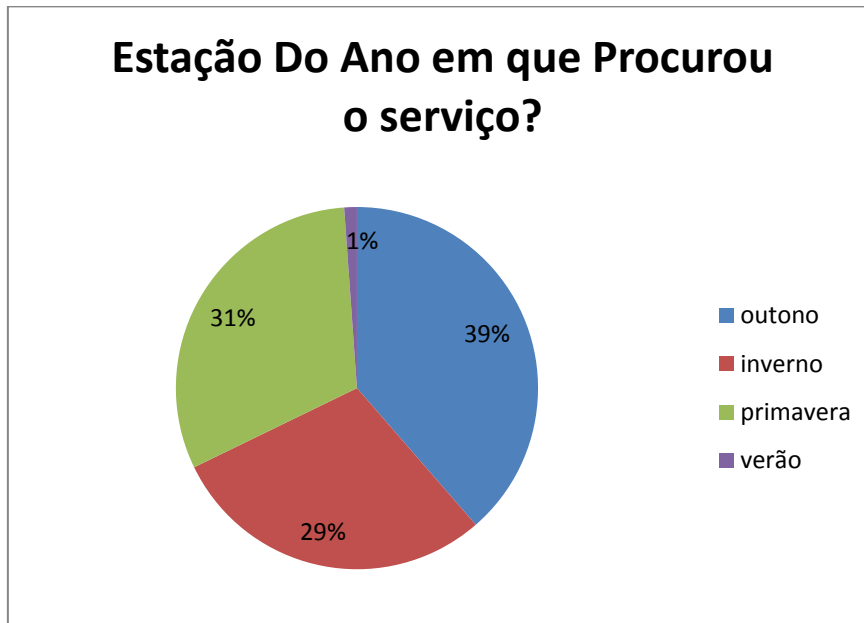
Gráfico 6: composição familiar

Fonte: Sistematização do autor (2018)

A composição do grupo familiar e a relação aos usuários são compostas praticamente 25% por duas pessoas, 18% constituída por uma pessoa, 19% por três pessoas, 9% por quatro, 1% por seis ou mais e 19% por nenhuma pessoa.

Um fator prejudicial percebido são as perdas causadas pelo uso de drogas, implicando em mudanças drásticas no estilo e qualidade de vida dos usuários. Dentre as implicações que a necessidade de manter o uso e/ou abuso traz para as suas vidas, como a questão da perda dos vínculos afetivos relações familiares, e muitas vezes deixando em segundo plano a própria saúde.

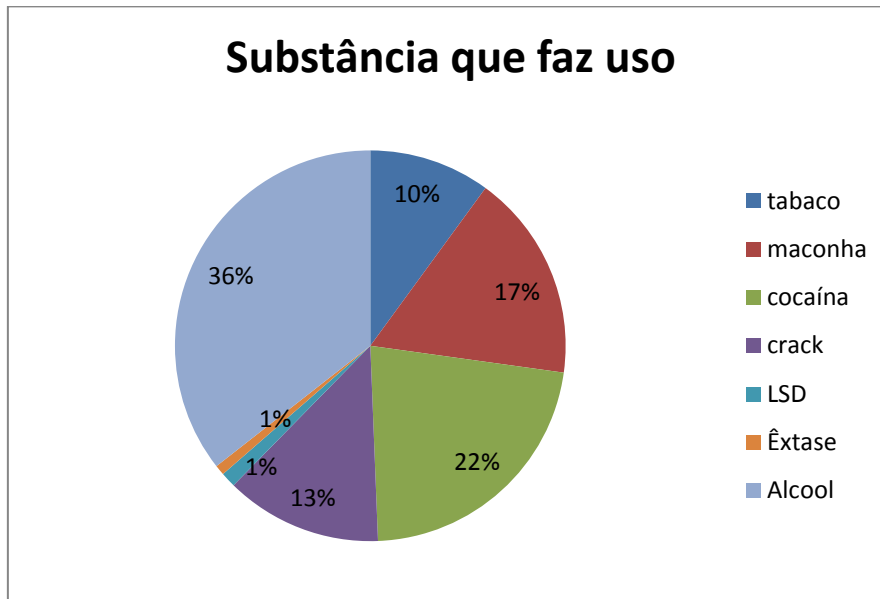
Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso indevido de álcool e outras drogas. Relatos de violência doméstica, lesões corporais, tentativas de homicídios consumados, assim como outras situações de conflitos interpessoais, são cada vez mais evidentes em contextos nos quais o álcool e outras drogas se faz presente (Brasil, 2004).

Gráfico 7: Estação do ano em que procurou o serviço

Fonte: Sistematização do autor (2018)

Neste gráfico juntamente com o supervisor de campo do CAPS AD II queríamos saber se a estação do ano interferia na procura dos usuários já que no inverno por ser uma época fria e gelada e que muitos por viverem em situações vulneráveis aumentasse a procura do serviço. Assim como o verão época do ano que as pessoas mais consomem bebidas alcoólicas pelo fato de ser quente e um calor insuportável é de praxe muitos querer se refrescar tomando aquela geladinha ou destilados ou a famosa pinga ou cachaça.

Como podemos ver a época que mais houve procura no CAPS foi no outono 39% e na primavera 31% seguido do inverno 29% e verão 1%. Ou seja, a procura dependente da estação do ano é bem diversificada.

Gráfico 8: Substancia que faz uso

Fonte: Sistematização do autor (2018)

Os dados nos mostram que 10% fazem o uso de tabaco, 17% maconha, 22% cocaína, 13% crack, 1% LSD, 1% êxtase e 36% fazem uso de álcool.

As drogas consideradas substâncias psicoativas são aquelas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional, de forma intencional ou não.

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde cerca de 13% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Apesar do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial.

O uso do álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo. Informações sobre “saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado de álcool”, ainda são insuficientes e não contemplam a população de maior risco para o consumo, que são os adolescentes e os adultos jovens. O álcool por possuir caráter lícito e ter baixo custo e acesso facilitado que contribui para o aumento da dependência.

É importante lembrar que a dependência de substâncias psicoativas possui eixos de origem: o sujeito, com suas características de personalidade e singularidade biológica; a substância psicoativa (droga), com propriedades farmacológicas específicas; e o contexto sociocultural (meio ambiente) no qual se realiza o encontro entre sujeito e droga.

Ao falarmos de drogas lícitas e ilícitas estamos falando das quais são legais e ilegais no Brasil.

As drogas lícitas são substâncias químicas ou naturais (fumo: tabaco utilizado nos cigarros comuns ou de palha e cachimbos) que tem a sua produção e seu uso permitido por lei, sendo liberadas para comercialização e utilização das pessoas. Mas, somente pelo fato de serem liberadas por lei não significa que não tenham algum tipo de controle dos órgãos governamentais, bem como não provoquem algum prejuízo à saúde mental, física e social da pessoa que a utiliza. Isso dependerá de múltiplos fatores, tais como, quantidade e frequência do uso.

Exemplos de drogas lícitas são os anorexígenos (que regulam o apetite) ou os benzodiazepínicos (controle da ansiedade), ou anabolizantes substâncias estimulantes, hormônios usados para aumentar a massa muscular e a força, que são receitados por médicos a pessoas com deficiências de crescimento. São drogas lícitas, vendidas livremente. As mais comuns são bebidas alcoólicas: cerveja, cachaça, vinho, uísque etc.; Fumos – tabaco: cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos etc.

As drogas ilícitas são substâncias proibidas de serem comercializadas, consumidas ou administradas em qualquer forma e espécie. Essas drogas são proibidas devido à confirmação científica dos seus efeitos nocivos à saúde. Exemplos de drogas ilícitas são maconha, cocaína, crack, heroína, ácido Lisérgico (LSD), ecstasy;

As drogas lícitas e ilícitas possuem apenas uma diferença pontual: a comercialização livre ou não, respectivamente. Sendo assim, ambas são passíveis de serem conseguidas, ambas são vendidas e ambas prejudicam o corpo.

Tabela 2: Motivos que Levou a Procurar o CAPS AD II

Motivos Que Levou a Procurar o CAPS AD II	Nº de Usuários
Parar com o uso	28
Uso Abusivo	25
Motivos De Saúde	33
Perdas de Vínculos Afetivos como amigos e familiares	42
Recaídas	22

Fonte: Sistematização do autor (2018)

Como podemos observar na tabela os motivos são vários o que levam um usuário a procurar ajuda em um CAPS AD e muitos desses motivos se perpassam na vida do sujeito, o uso de substancia psicoativas afeta não somente o usuário mas também o que convivem ao seu redor seja de forma direta ou indireta.

Por estarem em situação de vulnerabilidade social ficam mais expostos as condições que refletem as expressões da questão social.

Segundo Yazbek (2001), vulneráveis são as pessoas ou grupos que, por condições sociais, de classe, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde, distinguem-se por suas condições precárias de vida. O que implica: suscetibilidade à exploração; restrição à liberdade; redução da autonomia e da autodeterminação; redução de capacidades; fragilização de laços de convivência; rupturas de vínculos e outras tantas situações que aumentam a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco.

A vulnerabilidade social, especialmente a que se aplica à realidade dos países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil, está associada também à ideia de risco frente ao desemprego, à precariedade do trabalho, à pobreza e à falta de proteção social. A noção de risco social é a probabilidade de ocorrência de um evento que cause dano, geralmente de rupturas, como: familiar, violação de direitos, e está associada ao aumento da pobreza, das desigualdades e vulnerabilidades sociais (YAZBEK, 2001).

Com base nas considerações, compreende-se que a situação de vulnerabilidade social é a que as famílias estão expostas e encontra-se diretamente ligada à miséria estrutural.

Para (VASCONCELOS, 1999, p. 13). A família é apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Os serviços públicos devem ser

flexíveis para responder de forma diferenciada às diversas formas de apresentação dos problemas locais. Apenas aqueles a quem interessa esconder os conflitos de classe social, de raça e sexo, negar a relação fundamental dos problemas pessoais com a forma de organização do Estado e da economia, bem como diminuir a importância das lutas dos movimentos sociais e dos partidos políticos, é que busca colocar a família como centro absoluto da abordagem dos problemas sociais.

Tomando como referência nosso Código de Ética e o projeto ético político construído pela categoria, entendemos que em relação a essa temática deve ser um dever ético para nós à superação das contradições e a constituição de novos valores. Para com isso, deixar de banalizar a vida das classes subalternas e não culpabilizá-las pelos infortúnios cotidianos gerados pela situação de pobreza e miséria em que vivem, tão característicos do sistema capitalista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao levantar os dados referentes ao estudo de perfil dos homens que adentraram no CAPS ad II Caminhos do Sol no ano de 2017 demonstra alguns dados relevantes Como, por exemplo; são homens com a faixa etária de 30 a 60 anos (adultos jovens) com baixa escolaridade o que dificulta muitas vezes sua inserção no mercado de trabalho fazendo que os mesmo procure algo no mercado informal, isso acarreta no desemprego como podemos analisar anteriormente no gráfico 4 onde 61% dos usuário não trabalhavam, outro ponto importante a ser ressaltado é que a substancias mais utilizadas pelos mesmo foi cocaína 22% e o uso do álcool 36%.

Esse contexto demonstra a vulnerabilidade em que muitas dos usuários do CAPS Ad II Caminhos do Sol estão inseridas, vulnerabilidade reflexo das inúmeras expressões da questão social, das quais estes estão sujeitos, “A vulnerabilidade está ligada ao acesso e estabilidade das pessoas no mercado de trabalho, a fragilidade de suas relações sociais e ao grau de regularidade e acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social”. (BRASIL, 2014).

O uso de drogas, é com certeza um problema de saúde pública e necessita ser encarado como tal para que a sociedade, juntamente com o poder público, encontre uma solução.

A dependência química causa literalmente a destruição progressiva do ser humano. Pois destrói suas relações com a família, amigos, trabalho, e até mesmo a relação do homem consigo mesmo. Porque o usuário deixa de interagir com o mundo em sua volta, deixa de levar em consideração sua saúde psíquica e física por um único objetivo que é o uso desenfreado da droga para satisfação do seu vício.

Além dos transtornos que o uso de drogas causa ao usuário, ele atinge profundamente a família, pois a convivência com o dependente químico desestrutura completamente as práticas familiares, mesmo aquelas simples, como almoço em família, conversas, etc. Isso porque o dependente de drogas se torna uma constante preocupação para a família, pois muitos chegam a passar dias fora de casa consumindo a droga e são capazes de vender utensílios da própria casa para comprar a substância.

O Assistente Social entra nesse contexto, com o objetivo de resgatar o usuário através de medidas para reinserção desse indivíduo no meio social e encaminhamento dos dependentes químicos para centros de tratamentos onde possam receber atendimento correto. É também um importante papel do assistente social buscar o fortalecimento dos vínculos familiares nesses casos.

O modelo em que se apresenta atualmente a saúde mental tem consigo o resultado de inúmeras lutas de profissionais e usuários e usuárias que buscam pela efetivação de direitos e atendimento digno e de qualidade.

Contudo não se aderiu a esta concepção de forma preponderante, dado que hoje ainda existem, hospitais psiquiátricos que realizam práticas de isolamento e segregação dos usuários e usuárias como forma de tratamento. É neste contexto que se faz necessária a intervenção do assistente social enquanto um profissional que contempla a importância da autonomia dos usuários e usuárias, visando a sua inserção social e familiar em todos os momentos de sua atuação, vislumbrando o apoio da família, dos profissionais da sociedade civil, e do Estado.

Podemos perceber nos gráficos apresentados acima, uma das maiores dificuldades, foi durante a análise dos prontuários, pois a falta de informação referente aos usuários devido ao excesso de campos em branco, que dificultaram obter uma análise mais precisa. Contudo os obstáculos, de certa forma foram importantes para perceber que tem muito a ser mudado, não somente no CAPS, mas na rede de saúde mental do município como um todo.

O projeto de intervenção realizado durante o estágio em serviço social, “Questão Social e Questão de Gênero”, projeto do qual é a base para este relato de experiência, coloca em prática um dos principais objetivos da prática profissional do assistente social, a efetivação dos direitos dos usuários, a busca pela autonomia dos sujeitos e combate as expressões da questão social.

O levantamento de dados pode proporcionar ao CAPS um melhor conhecimento do perfil desses homens que estão se inserindo no serviço possibilitando um melhor tratamento e entendimento da realidade que estão inseridos.

A partir da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do diploma de bacharel em Serviço Social e de todo o processo de formação acadêmica bem como no estágio, pude observar a

importância do assistente social, também como profissional da área da saúde, inserido no campo da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica compreende um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais para com os usuários da política de saúde mental.

Dessa forma, apesar dos avanços alcançados, vale ressaltar que grandes desafios permeiam a tarefa de expansão e consolidação desta mudança. A luta por uma assistência psiquiátrica mais humanizada vai além da conquista dos novos modelos de atenção.

Abarca também a necessidade de ruptura de paradigmas ideológicos e resistências silenciosas, demonstradas ainda por muitos profissionais nas suas ações e atitudes.

O assistente social, dentro do CAPS ad II Caminhos do Sol, tem através do seu exercício profissional, o dever de garantir aos usuários de álcool e outras drogas, os quais têm seus direitos violados das mais diversas formas e historicamente estigmatizados pela sociedade, o acesso aos direitos.

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

Os desafios postos ao Serviço Social são tantos, com análise crítica de sua efetivação, que tem de ser trabalhada essa peculiaridade dentro de vários contextos deste campo da Saúde Mental que o Assistente Social atua.

Pensar a saúde mental atualmente é ter a compreensão que a mesma é indissociável do conceito ampliado de saúde, e que a loucura compreendida como uma experiência de sofrimento ou sofrimentos, que levam ao adoecimento, está intrinsecamente ligada às determinações sociais, que possibilitariam um viver digno.

Assim, como a loucura está associada a parcela da população improdutiva, portanto segregada, dentro do modo de produção capitalista. É através dessa compreensão que podemos refletir o exercício profissional dos assistentes sociais.

Ainda hoje, os portadores de transtornos mentais são excluídos, não apenas pela sociedade, mas também, pela família, e muitos ainda são considerados perigosos e incapazes de se adaptarem à sociedade. Assim, cabe também ao assistente social estabelecer relações entre esses indivíduos e seus familiares, pois estes também precisam de acompanhamento, uma vez que a questão que os envolve é bastante complexa.

Acredito que o estágio supervisionado em Serviço Social me proporcionou um aprendizado singular. Foi gratificante poder conhecer profissionais tão dedicados e engajados na melhoria da qualidade de vida dos usuários de álcool e outras drogas. Também tive a possibilidade de ter sido supervisionado por um assistente social, profissional comprometido e acolhedor, ao qual serei eternamente grato pelos seus ensinamentos. Fecho aqui um ciclo, cheio de novos conhecimentos os quais foram importantes instrumentos de aprendizados e crescimento, fechando um importante ciclo de formação acadêmica. E que venham novos desafios.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita. **Serviço Social na Educação: bases para o trabalho profissional/** Sarita Amaro. – Florianópolis. Ed. Da UFSC. 2011.

AROUCA, A. S. S. **Saúde e democracia.** Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

BORGES, Andreia Raquel Fernandes. **Gênero – Uma Dimensão Oculta na Prática Profissional do/a Assistente Social?** Disponível em <http://www.cpihts.com/PDF%2006/Andreia%20BORGES.pdf>. Acesso em 8 de setembro de 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina.** Tradução Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL, Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, **dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL, Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

BRASIL, Lei n o 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

BRASIL, Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.** Republica Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em : 18 de outubro de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. **Atenção Saúde Mental**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>> acesso em 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, **para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017, Seção 1, págs. 236 a 238. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Republicada no DOU nº 96, 21 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2016-219** / – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis**. – 6. ed. – São Paulo : Cotez, 2011.

CAMPOS, F. E. de. **A desprecarização é urgente. Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.46, jun. 2006;

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. **A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Famílias. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/9.pdf>. Acesso em 14/10/2018
CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010.

Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, Alma-Ata, URSS. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Disponível em: Acesso em: 28 ago. 2018.

FRAGA, Cristina Kologeski. “**A atitude Investigativa no Trabalho do Assistente Social**”. Artigo, Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº101, janeiro/março de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/04.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

GUERRA, Yolanda. **O ensino da prática no novo currículo: elementos para o debate**. 2002

IAMAMOTO Marilda Vilela. **Serviço Social em tempos de Capital Fetiche: Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social** – São Paulo: Cortez 2007.

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

JIMENEZ, Ana Luisa & HARDY, Ellen. Masculinidad y Género. **Revista Cubana Salud Pública**. V.27 n.2 Ciudad de La Habana jul.-dic. 2001.

LUCHESE, Patrícia T. R. (coord.). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo:IBIREME/OPAS/OMS,2002.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2000.

Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ ABEPSS/CFESS, 1999.

OLIVEIRA, J.L. **O Processo de Trabalho do Assistente Social e sua Abordagem com Moradores de Rua**. Programa de Pós-graduação em Serviço Social, tese (doutorado), pontifícia universidade católica do rio grande do sul, Faculdade de Serviço Social, 2008, p. 09.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. **Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**. 1990 nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

POCHMANN, Marcio. **O desemprego na globalização a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. São Paulo, Boitempo. 2001.

Relatório de Gestão, **CAPS ad II Caminhos do Sol, 2015**.

Relatório de Gestão, **CAPS ad II Caminhos do Sol, 2016**.

VASCONCELOS, Eymard M. **A. Priorização da Família na Política de Saúde**. *Rev. Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez.

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

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Brasília. EDIUNB. 2006. VOL. 1º

YAZBEK, M. **Classes subalternas e assistência social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

APÊNDICE

Perfil Dos Usuários Homens do CAPS AD II Caminhos Do Sol do Ano de 2017.

- 1- Idade do usuário
- 2- Sexo
- 3- Qual o grau d escolaridade?
- 4- Estado civil?
- 5- Mora-se com a família?
- 6- Possui-se trabalho?
- 7- Motivos que levaram a procurar o serviço?
- 8- Estação do ano que procurou o serviço?
- 9- Tipo de substancia que faz uso?
- 10-Região demográfica que reside conforme seu bairro?