

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR LITORAL

VERIDIANA EVELYN LOPES DOS SANTOS

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Aproximações sócio – históricas da realidade  
no município de Pontal do Paraná dialogando com o estágio supervisionado em  
Serviço Social

MATINHOS  
2015

VERIDIANA EVELYN LOPES DOS SANTOS

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Aproximações sócio – históricas da realidade no município de Pontal do Paraná dialogando com o estágio supervisionado em Serviço Social

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor Doutor Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães.

MATINHOS  
2015

## TERMO DE APROVAÇÃO

VERIDIANA EVELYN LOPES DOS SANTOS

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Aproximações sócio – históricas da realidade no município de Pontal do Paraná dialogando com o estágio supervisionado em Serviço Social

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social no curso de graduação em Serviço Social, pela seguinte banca examinadora:

---

Professor Doutor Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães  
Orientador Setor Litoral da Universidade Federal, UFPR.

---

Professor Mestre Antonio Sandro Schuartz  
Setor Litoral da Universidade Federal, UFPR.

---

Professora. Doutora Édina Mayer Vergara  
Setor Litoral da Universidade Federal, UFPR.

Matinhos, 2015

*Dedico este trabalho a meus amados pais, pois sem vocês nada haveria sentido e trilhar esse caminho seria em vão. E à minha amada Olivia, que ainda esta a caminho, na luta de um mundo mais igualitário e justo. Por você filha!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele construir essa caminhada não seria possível.

Meu amado Pai e minha amada Mãe, pelo exemplo de força, determinação, amor, dedicação, honestidade. Agradeço imensamente por todo investimento já realizado em minha vida, não me refiro há investimento financeiro, e sim por terem acreditado no meu potencial, por nunca terem desistido de acreditar que esse momento tão esperado se concretizaria, tenham certeza que esse foi meu combustível. Amo vocês mais que tudo!

Meu amor João Marcos por toda paciência e serenidade durante essa caminhada, sem você ao meu lado tudo seria ainda mais difícil.

Ao Professor Antônio Sandro Schuartz que desde o início estive presente disposto a contribuir para o meu processo de formação. Por todas as orientações e reflexões, são inúmeros momentos que irão me acompanhar por toda vida. Por todos momentos que estive aflita, sempre me ouvindo e me direcionando, meu sincero carinho e obrigada. A todos os professores que em algum momento se fez presente, contribuiu e semeou conhecimento nesta caminhada, sem sombra de duvida, nada seria possível sem a contribuição de cada um.

A Assistente Social Tânia Guarilha, orientadora de campo de estágio que me acolheu e me direcionou durante todo o período do estágio curricular obrigatório da graduação. Não somente me orientou quanto à prática profissional mais contribuiu imensamente para minha formação critica. Gostaria de expressar meu sentimento de gratidão e carinho pelo tempo em que passamos juntas, pela fantástica experiência vivenciada e pela amizade construída.

Ao Professor Doutor Jayson Azevedo Marsella de Almeida Vaz Guimarães que sem exitar me acolheu e tornou esse sonho realidade. Meu mais puro sentimento de gratidão.

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar ainda em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”*

*Martin Luther King*

## RESUMO

O presente trabalho intitulado “***POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Aproximações sócio – históricas da realidade no município de Pontal do Paraná dialogando com o estágio supervisionado em Serviço Social***” tem por objetivo resgatar os aspectos históricos e a evolução do campo da saúde mental, desde a Idade Clássica até os dias atuais, no tocante a garantia de direitos, políticas públicas desenvolvidas para o atendimento dos indivíduos acometidos a algum tipo de transtorno mental, transformações e avanços conquistados. Neste contexto, traz aspectos sócio-histórico da realidade do município de Pontal do Paraná, dialogando com a experiência da autora em seu estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu no município de Pontal do Paraná. Também o debate da atuação do Serviço Social na área da saúde mental bem como a profissão, através dos tempos, e de sua articulação com os segmentos, bem como na concretização de suas ações interventivas na defesa dos direitos sociais. Vale ressaltar que a metodologia de pesquisa utilizada teve como base a exploratória quantitativa na sistematização dos dados para o reconhecimento e análise da realidade dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, posto que o reconhecimento da realidade em questão possibilitou traçar e desenvolver estratégias para o processo de intervenção do Serviço Social em resposta as demandas postas pelos usuários (as) do aparelho.

**Palavras chave:** Saúde Mental; Serviço Social; CAPS.

## ABSTRACT

This work entitled "**MENTAL HEALTH POLICY: Approaches socio - historical reality in the municipality of Pontal do Paraná dialogue with supervised training in Social Work**" aims to rescue the historical aspects and the evolution of the mental health field, from the Middle classic to this day, as regards the guarantee of rights, public policies developed for the care of individuals affected to some sort of mental disorder, conquered transformations and advances. In this context, it brings socio-historical aspects of the reality of Pontal do Paraná county, talking with the author's experience in their supervised training in the Center for Psychosocial Care (CAPS) I Guaraguaçu in the municipality of Pontal do Paraná. The debate of the role of social work in mental health and the profession, through the ages, and its articulation with the segments and the achievement of its interventional actions in defense of social rights. It is worth mentioning that used research methodology was based on the quantitative exploratory the systematization of data for the recognition and analysis of the reality of users (as) the CAPS I Guaraguaçu, since the recognition of the reality in question allowed to draw and develop strategies for intervention process of social work in response to requests made by users (as) the device.

**Keywords:** Mental Health, Social Services, CAPS.

## LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria  
AIH – Alteração de Internação Hospitalar  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil  
COI – Centro de Orientação Infantil  
COJ – Centro de Orientação Juvenil  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social  
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
MHM – Movimento de Higiene Mental  
MRSS – Movimento de Reconceituação do Serviço Social  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NOB SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PTS – Plano Terapêutico Singular  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SESC – Serviço Social do Comércio  
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPITULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>13</b>
1.1 LOUCURA.....	13
1.2 REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
1.3 REFORMA PSIQUIATRA NO BRASIL.....	21
<b>CAPITULO II – POLITICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>25</b>
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	25
2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	28
2.3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	33
<b>CAPITULO III - PESQUISA DE CAMPO</b> .....	<b>41</b>
3. DIÁLOGO COM A REALIDADE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) I GUARAGUAÇU DO MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ COM A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL.....	41
3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO.....	44
3.1.1 QUEM SÃO OS USUÁRIOS (AS) DO CAPS I GUARAGUAÇU .....	45
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA</b> .....	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Aproximações sócio – históricas da realidade no município de Pontal do Paraná dialogando com o estágio supervisionado em Serviço Social**” tem por objetivo apresentar os aspectos históricos da saúde mental desde a Idade Clássica até os dias atuais, sua evolução no âmbito da garantia de direitos e políticas públicas buscando trazer a interlocução da atuação do Serviço Social no campo da saúde mental.

No primeiro capítulo intitulado “**Aspectos históricos da Saúde Mental**”, busca resgatar reflexões do processo de exclusão e segregação dos indivíduos acometidos a algum tipo de transtorno mental na sociedade, que ultrapassa os séculos. Primeiramente a loucura era considerada resultado de manifestações divinas e logo após, a hipótese do status de desrazão fez com que o louco fosse visto como sinal de ameaça para a sociedade. A loucura ultrapassa grande período de latência até ser finalmente objeto de estudo da medicina psiquiátrica. Grandes nomes se destacam na pesquisa médico científica, no entanto o estigma de segregação e de exclusão social dos indivíduos se perpetua por longos séculos.

Dessa forma, o segundo capítulo intitulado “**Política Nacional de Saúde Mental**”, trata do contexto histórico da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que culmina em grandes avanços na Política Nacional de Saúde Mental. Diante do cenário político e econômico dos anos 1970, 1980 e 1990, sofrendo pressão por parte da sociedade civil através de lutas e organização social, o Estado passa a intervir de forma mais ativa e durante anos a sociedade luta para a concretização das conquistas almejadas. A Reforma Sanitária e a Constituinte garante aos indivíduos a ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, culminando na conquista dos direitos humanos e civis dos brasileiros. A partir desse período, o indivíduo acometido a algum tipo de transtorno mental é reconhecido como uma pessoa de direitos e o processo de desenvolvimento das políticas públicas destinadas à saúde mental começam a ganhar visibilidade. Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) os serviços foram garantidos e a Política de Saúde Mental foi instituída estabelecendo serviços extra-hospitalares

com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reconhecendo os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda neste capítulo contextualiza a trajetória de atuação do Serviço Social, desde os primórdios da profissão, no campo da Saúde Mental buscando a interlocução da intervenção da profissão, que vem através dos tempos, se articulando neste campo sócio ocupacional de grande relevância.

No terceiro capítulo intitulado “***Diálogo com a realidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu do município de Pontal do Paraná com a experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social***”, é descrito a experiência vivenciada da autora durante o Estágio Supervisionado do Curso de Serviço Social, no período de Agosto de 2014 até Junho de 2015, sendo realizada a pesquisa exploratória – quantitativa para levantamento do Perfil Socioeconômico dos usuários (as) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu, aparelho este que compõem a RAPS do município de Pontal do Paraná. A pesquisa realizada levantou dados através do instrumento de acolhimento social utilizado pelo CAPS I Guaraguaçu, desenvolvido pela própria equipe multiprofissional. Os dados coletados foram sistematizados gerando gráficos e tabelas para possíveis análises e desenvolvimento de intervenções futuras.

## CAPITULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE MENTAL

### 1.1 LOUCURA

No início da Idade Média e por séculos o processo de exclusão e segregação de indivíduos se perpetua a partir da criação dos leprosários, tendo como objetivo principal a exclusão de leprosos da sociedade e não de fato tratamento. Com a superlotação dos leprosários muitos doentes são colocados em embarcações sem direção de desembarque, visto que na época a cultura de exclusão e abandono era sinal de salvação. Durante este período os leprosários tinham se multiplicado entre toda a Europa e suas cidades. Segundo Foucault (1972), por volta de 1266, Luís VIII estabelece o regulamento dos leprosários.

Ao final da Idade da Média, a lepra desaparece do mundo ocidental e o que permanece são as estruturas dos leprosários, onde a cultura da exclusão instituída se manifestava nesses espaços. Assim Foucault (1972, pg.09) destaca que:

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado.

A lepra é substituída pelas doenças venéreas, esses doentes eram recebidos em diversos hospitais de leprosos que com o aumento dos casos, foi necessária *“a construção de novos edifícios em certos lugares, espaço de nossa cidade e arredores, sem vizinhança”* (FOUCAULT, 1972, pg.11), assim nasce uma nova lepra. Contudo as doenças venéreas não permanecem por muito tempo no palco, pois logo a ciência explica causa e o tratamento delas. No entanto, nesse contexto moral de exclusão se configura outro fenômeno chamado loucura, embora a medicina ainda leve séculos para se apoderar da loucura como assunto pertencente à especialidade médica – científica.

Entre o final do século XIV e início XVII, grande período de latência que esse fenômeno sofre até ser dominado, posto que a loucura passa de manifestações

divinas e começa a ser considerada status de desrazão, o louco era visto como aquele que ignora a moral racional, sofrendo espancamentos, tortura generalizada e indiscriminada, privação de alimentos e ficavam acorrentados dentre outras tantas formas de maus tratos. Torna-se então, uma grande ameaça à sociedade que por sua vez encontrará formas de expurgar indivíduos sem utilidade social e garantir a segurança dos cidadãos.

Nesse período, como afirma Foucault (1972) era comum às cidades escorraçar os loucos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. O grupo dos doentes mentais (os loucos, mendigos, criminosos, inválidos e libertinos) era mandado para os hospícios. Outra prática adotada era a Nau dos Loucos que segundo Foucault (1972) eram barcos que navegavam por toda Europa, atracando por cidades e desembarcando esses indivíduos, antes mesmo que se chegassem ao real destino, purificando-se de sua presença a cidade de origem. Purificar a cidade da presença dessas pessoas era evitar que ficassem vagando pela cidade sem utilidade social, muitas vezes trazendo certo perigo a sociedade. Confiá-los a essas insanas viagens era o mesmo que entregá-los a própria sorte, tornando-os mais uma vez prisioneiros de cada partida.

No século XVIII, a loucura para a medicina ainda era um vasto campo de sintomas desconhecidos, visto que até então, o pensamento médico científico e a sistematização do conhecimento sobre saúde mental caminhava a passos lentos. Inspirados pelos ideais franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, em toda Europa médicos pesquisadores da época iniciam o Movimento dos Alienistas, no qual se destacam Phillippi Pinel<sup>1</sup>, Esquirol<sup>2</sup> entre outros médicos.

Com o intuito de compreender a loucura, o movimento dos Alienistas aprofundam os estudos, onde a transformação metodológica introduzida por eles fundamenta o tratamento terapêutico de apenas enclausuramento desses

---

1 Phillippi Pinel considerado “pai da psiquiatria”, publicou o “Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania” no qual desenvolveu a especialidade médica Psiquiatria (1847). Inaugurou também a primeira Escola de Alienistas Franceses.

2 Esquirol, precursor da Psiquiatria adepto das ideias de Pinel, lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados da França.

indivíduos evoluindo para práticas terapêuticas da época. Nesse momento a medicina luta para definir seu objeto de estudo e diferenciar-se da filosofia, da religião e da psicologia.

Nesta transformação metodológica, nasce duas correntes de pensamentos embasada na relação ao trato com os pacientes e na possível origem de seus males. Assim, Pinel defende o louco como vítima de uma “*desorganização das funções mentais, superiores ao sistema nervoso central, sendo uma desorganização das funções intelectuais*” (PACHECO, 2003, pg.153).

Neste contexto, Pinel acreditava no tratamento moral, sendo que as ideias corretivas de imposição e de ordem para o comportamento dos indivíduos passaram a ser desenvolvidas no tratamento. Este pressuposto modificou a direção da nova psiquiatria do final do século XVIII e início do século XIX.

Em seguida, Esquirol apresenta que a loucura seria de ordem organicista, isto é, a doença mental é considerada algo orgânico e deve ser realizada com tratamento físico.

Neste sentido, Esquirol preservou o pressuposto de causa moral do tratamento da Loucura e aprofundou o trabalho de Pinel, agregando as contribuições de outros alienistas, como Franco Basaglia<sup>3</sup>, que representou avanço teórico-metodológico para a psiquiatria, até o final do século XIX.

Neste período, é importante ressaltar que os indivíduos estavam sendo submetidos a inúmeros experimentos científicos, tornando o doente mental objeto de estudo da medicina, mesmo assim o processo de exclusão social dos doentes permaneciam.

Neste contexto, destacam-se os métodos de tratamento: como duchas; banhos frios; chicotadas e máquinas giratórias eram aplicadas pelas instituições.

Assim, as ideias de tratamento se difundiam nas teorias organicistas, período que as ciências humanas contribuiu para o entendimento da loucura como uma categoria social, trazendo a reflexão dos processos culturais e históricos para o entendimento da doença mental. Mesmo assim, o doente mental adentra o século

---

<sup>3</sup> Franco Basaglia precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana que promoveu mudanças inspiradoras para todo mundo, inclusive para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Seus debates deram origem, na Itália, a Lei 180 conhecida como Lei Basaglia.

XX escravo de sua enfermidade e à ideia de submissão ao louco permanecia. Entretanto a luta e o movimento para reconhecimento dos direitos da pessoa acometida a algum tipo de transtorno mental ganha força e o período que se segue é marcado por grandes transformações e avanços no modelo psiquiátrico de tratamento.

## 1.2 REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

No Brasil do século XVIII, as ações em saúde eram caracterizadas como filantropia e outras práticas consideradas liberais, sem nenhuma intervenção do Estado.

A partir do século XIX, surgem as primeiras intervenções “*no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas*” (BRAVO, 2001, pg.02). Sofrendo pressão político econômica, o Estado nesse período necessitava conter o caos causado por massivas epidemias que inúmeras cidades brasileiras apresentavam. A saúde passa a ser encarada como questão social, visto que atingindo o setor econômico, o Estado começa a planejar ações em saúde para amenizar as consequências causadas.

A partir do século XX é mais visível a participação do Estado nas ações em saúde e levando em consideração inúmeras reivindicações de trabalhadores por melhores condições de saúde, higiene, habitação, em geral as questões sociais. As primeiras intervenções de políticas de saúde adotadas foram “*de saúde pública e o de medicina previdenciária*” (BRAVO, 2001, pg.04), eram iniciativas do modelo campanhista contra as epidemias da época. Da década de 30 até os anos de 1964, foram grandes as melhorias em saúde, o controle das endemias e epidemias, porém não foi suficiente para redução das taxas de mortalidade da população e era possível vislumbrar lucro através do setor de saúde, onde as empresas privadas ligadas a interesses capitalistas iram atuar.

Durante o período da ditadura militar, segundo Bravo (2001) a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. A saúde para se adequar ao novo modelo tecnológico, vindo de outros países, assume características capitalistas, privilegiando o setor privado. Ainda segundo Bravo

(2001) o setor de saúde sofre um grande declínio enquanto a medicina previdenciária cresce, principalmente após a reestruturação do setor em 1966. Polignano (2001, pg.02) contribui explicitando que “*a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira*”, sendo impossível analisa-las de forma indissociável.

O período era caracterizado pela centralização e através da reestruturação do sistema previdenciário foram criados na década de 1960, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foram estabelecidos convênios entre empresas para que os trabalhadores pudessem ser atendidos nos locais de trabalho, uniformizando os serviços em saúde. Na década de 1970, foi criado o Ministério da Previdência Social e Assistência Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ressaltando que os institutos e a uniformização dos serviços foram conquistados através de pressão dos trabalhadores por melhorias nas condições de assistência médica e benefícios oferecidos pelo Estado.

Sofrendo os reflexos do desemprego, da recessão, do aumento da dívida pública, o Estado em meio a grave crise das políticas setoriais, passa por uma transição democrática e é necessário adotar medidas de superação do momento crítico. Em 1981, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) no sentido de contribuição de outros segmentos sociais. É regulamentado pelo Decreto N° 86.329 de 02 de setembro de 1981, que em seu Artigo 3° dispõe sobre suas competências:

- I - opinar sobre a organização e aperfeiçoamento da Assistência Médica da Previdência Social;
- II - sugerir os critérios de alocação dos recursos previdenciários destinados à Assistência Médica, de acordo com as disponibilidades orçamentárias estabelecidas anualmente;
- III - recomendar a adoção de políticas ou modalidades de financiamento e de assistência à saúde; e
- IV - analisar e avaliar a operação e o controle do sistema de Assistência Médica, sugerindo as medidas corretivas necessárias. (BRASIL – Decreto N°86.329 de 02 de setembro de 1981).

O CONASP introduz duas medidas que direcionam o modelo assistencial da época, que são as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que compreende nas primeiras iniciativas de um sistema integrado

e hierarquizado de saúde. Foram instituídas ao CONASP outras comissões interinstitucionais de saúde que vieram a contribuir para o aprimoramento das ações.

Conta-se também com a influência de novos atores nos embates da sociedade civil e Estado pelas condições de vida da população. Segundo Bravo (2001, pg.08) nessa época a saúde “*deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia*”. Destacam-se os principais sujeitos envolvidos na luta como os profissionais de saúde, o movimento sanitário que tinha como principal veículo de difusão o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) que fortalecia a ampliação do debate, movimentos sociais, partidos políticos que engajavam debates no Congresso, entre outros que participaram deste momento crucial para as políticas de sociais brasileiras. Segundo Bravo (2001, pg.09) esses sujeitos coletivos discutiam:

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

Percebe-se que a correlação de forças, no interior do Estado, acarreta em inúmeras dificuldades de implementação das mudanças e transformações da chamada Reforma Sanitária. Era um governo “*de forças políticas heterogêneas, conservadores e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos*” (Ministério da Saúde, 2006, pg. 46), que pôde ser rompido somente a partir de substituições de forças políticas e a alocação de sujeitos comprometidos com a Reforma.

Marco da década de 1980 foi a VIII Conferência Nacional de Saúde que, congregou o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, conforme o Ministério da Saúde (2006), sendo agentes e sujeitos sociais e a sociedade civil organizada. A Conferência vem para concretizar as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde será alterado para Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitantemente ocorreu a eleição da Assembleia Nacional Constituinte de 1986 que aprovou nova Constituição,

promulgada no ano de 1988. Fatos transformaram a realidade brasileira, no tocante da garantia de direitos.

Segundo o Ministério da Saúde (2006, pg.18) *“a nova constituinte traz o reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito”*. Representa ainda a ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, de caráter emancipatório e levando em conta as diferentes culturas e formas de cuidados do ser humano. Na CF. 88, no capítulo VIII referente à Ordem Social na seção II sobre Saúde, define no Artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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.

Modelo de ações voltadas às necessidades da população o SUS é definido no Artigo 198 da CF. de 1988 da seguinte forma:

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

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Apesar da grande conquista da Constituição, o SUS apenas é regulamentado em 1990, pela Lei 8.080 de 19 de setembro e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro do mesmo ano, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Soma-se o que estava previsto na Constituição de 1988 e atribui formas de organização para o SUS. Segundo Polignano (2001, pg.23) o SUS *“é concebido como o conjunto de ações e serviços em saúde, que serão prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, contando ainda de forma complementar com a iniciativa privada”*.

A regulamentação do SUS estabelece que o recurso financeiro destinado ao serviço seja proveniente do Orçamento da Seguridade Social. A Lei estabelece

princípios e diretrizes para a organização e funcionamento do SUS, chamando-os de princípios doutrinários e organizativos, que segundo a sistematização de Polignano (2001, pg.23) são:

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra - referência;
- PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- DESCENTRALIZAÇÃO- política administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Ainda de acordo com a sistematização de Polignano (2001, pg.23,24) destacam-se os objetivos e atribuições propostos para o SUS, sendo eles:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imuno-biológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

- Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

De acordo com o exposto é possível perceber a abrangência dos objetivos e atribuições que são propostos para a implementação do SUS. Levando em consideração o grave nível de desarmonia socioeconômica instalada no Brasil, o SUS não é de fato uniforme em todas as regiões brasileiras, gerando inviabilidade do sistema.

De fato os entraves para implementação do SUS são inúmeros bem com a falta de disponibilidade dos recursos financeiros acarretam o mau funcionamento e a hierarquização dos serviços idealizados pelo SUS. Entretanto é inegável o progresso do poder público e as conquistas realizadas pela Reforma Sanitária possibilitando que outras lutas pudessem acontecer concomitantes ao processo de reforma da saúde pública e das políticas sociais brasileiras, entre elas citaremos a seguir a evolução histórica da reforma psiquiátrica e também suas conquistas.

### **1.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

No Brasil, após o golpe militar de Estado de 1964 decorre a grandes reformas no sistema de saúde e previdência, mudanças com discursos de modernização e racionalização que resultam em modificações no quadro hospitalar brasileiro. Segundo Vasconcelos (2006) estavam inoculadas durante o longo período de repressão aberta pelo regime militar, que até então impossibilitava a expressão política da sociedade civil no país.

A década de 1970 no Brasil foi marcada pela reemergência dos principais movimentos sociais pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. Dentro desse conjunto de movimentos sociais, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) inicia uma forte pressão e questionamento as políticas públicas de assistência vigentes naquele período. O MTSM representava o resultado de articulações prévias em congressos de

psiquiatria e se caracterizava como um movimento externo ao Estado, ainda que algumas lideranças fizessem parte do serviço público. E ganha ainda mais força com “*visitas de lideranças mundiais que defendiam a psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália*” (Vasconcelos, 2006, pg.23).

Vasconcelos (2006, pg.23) explicita que os principais objetivos e palavras de ordem da época eram:

Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos como privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); denúncias e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (...).

Objetivos que ganham força e nitidez de ações ao longo do percurso da luta, caracterizando avanços e transformações nas ações em saúde mental do Brasil.

No Rio de Janeiro no ano de 1980, segundo Vasconcelos (2006, pg.25) se iniciou o processo de “Co-Gestão” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para a administração dos hospitais públicos, ao passo que esse processo permitiu espaço para as lideranças do MTSM implementarem suas ideias de reforma e humanização nos hospitais psiquiátricos públicos.

As mudanças gradativas ocorridas no cenário da saúde mental no Brasil naquele momento possibilitou que novos objetivos pudessem ser traçados pelo MTSM com maior direção das ações, que segundo Vasconcelos (2006, pg.25):

(...) eram a não criação de novos leitos psiquiátricos em hospitais públicos; regionalização das ações em saúde mental; expansão da rede ambulatorial em saúde mental; implementação de equipes multiprofissionais compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e às vezes por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos; e a humanização e processos de reinserção social também equiparado por uma equipe multiprofissional.

Dos anos de 1987 e adentrando a década de 1990, Vasconcelos (2006) caracteriza como um período testemunha do processo de consolidação das conquistas feitas nos anos anteriores, dentre elas a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8142/1990, que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) – processo de efetivação da Reforma Sanitária, o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado que propunha a extinção e a substituição dos serviços do tipo manicomial, a realização em 1990 da Conferência de Caracas que cria ligações entre países latino-americanos para reforma psiquiátrica, a discussão a níveis Municipal, Estadual e Federal para novas estratégias em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional em Saúde Mental em 1992, considerada um marco histórico na psiquiatria brasileira e abre um novo período da reforma psiquiátrica brasileira.

Soma-se a essas conquistas a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo em 1989, inspirada na experiência de Trieste, na Itália, era *“um serviço comunitário de portas abertas, durante 24 horas por dia, sete dias por semana”* (VASCONCELOS, 2006, pg.26) e seu objetivo era atender a praticamente todo tipo de demanda em saúde mental incluindo alguns leitos que possivelmente eram substitutos aos dos hospitais psiquiátricos. Ainda em São Paulo, foram criados os Centros de Convivência e os Centros de Atenção Psicossocial, *“serviços abertos oito horas por dia, cinco dias por semana”* (VASCONCELOS, 2006, pg.26) que ao longo do tempo foram instituídos por todo país. Esses serviços foram considerados dos melhores e precursores para a implementação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial, mais tarde regulamentada.

O MTSM nesse momento tece a crítica ao conjunto do próprio movimento, que salienta a necessidade de nova aliança dos movimentos populares ao movimento da saúde mental, reconhecendo limitações na luta *“ao se inspirar mais diretamente no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria Democrática da Itália”* (apud VASCONCELOS, 1992b; BARROS, 1994; AMARANTE, 1995, 1996).

Embasada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi precursora de diversas transformações no campo da saúde mental. Pela forma de atenção ofertada atualmente tem-se promissoras

possibilidades de se melhorar a qualidade de vida das pessoas que padecem de transtornos mentais e problemas decorrentes do crack, álcool e outras drogas. A atenção torna-se eficaz à medida que se articulam legislação, planejamentos e programas na estruturação do sistema de Políticas Públicas, contudo os desafios de uma adequada oferta pelos serviços públicos são numerosos.

Percebe-se que desde a Idade Clássica havia a necessidade de manter louco e sua loucura fora dos muros das cidades para que se garantissem a ordem social e a segurança da sociedade, bem como a cultura de exclusão e abandono desses indivíduos aos poucos era construída. Ao longo dos séculos, pesquisas, tratamentos e inúmeros experimentos foram desenvolvidos para desvendar as causas, os males e o devido tratamento para a loucura. Grandes avanços científicos foram conquistados por pesquisadores e médicos da área, entretanto a pessoa acometida a algum tipo de transtorno mental não era vista como indivíduo de direitos e a submissão desses indivíduos, estava profundamente atrelada a sua doença e diversas formas de maus tratos foram praticadas durante longos anos.

Finalmente transformações econômicas e sociais abrem caminho para a luta da garantia de direitos desses indivíduos, políticas públicas começam a ser elaboradas para a efetivação de direitos, a luta e o movimento para o reconhecimento dos direitos da pessoa acometida a algum tipo de transtorno mental ganha força e o século XX é marcado por grandes transformações e conquistas no tocante das reformas sanitária e psiquiátrica. Ressaltando que a Constituinte marca todo esse processo de conquistas, garantindo ao cidadão a ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, assegurando direito à vida, à liberdade, à saúde, em síntese à vida digna de cada cidadão.

## **CAPITULO II – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

### **2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Os anos de 1970, 1980 e 1990 foi marcado por uma das maiores e mais significativas mudanças na história da política de saúde mental no Brasil, fortalecendo a perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, passo que coloca o Brasil dentre os principais centros internacionais de reformas de assistência psiquiátrica do mundo.

A Lei nº 8.080 e a Lei nº 8142, que instituíram o SUS e caracteriza o processo de Reforma Sanitária, foram publicadas, respectivamente, em setembro e novembro de 1990, e sua normatização ocorreu em 1996 que ficou conhecida como Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS). O SUS constitui um importante sistema, por meio do qual se deflagrou a abertura para atuação conjunta das diversas áreas profissionais, oportunizando-se por meio dele a ampliação da atenção em saúde à população, destacando-se também, quanto ao acesso aos serviços os critérios de universalidade, equidade, integralidade (do cuidado) preconizados pelo SUS.

Durante o governo Collor de Melo o espaço político é reocupado pelo movimento de reforma que gira em torno da Coordenação de Saúde Mental em nível do Ministério da Saúde, segundo Vasconcelos (2006) passa a tomar as primeiras iniciativas políticas formais da reforma psiquiátrica pelo menos até 1996 embasando-se na II Conferência Nacional de Saúde Mental. Tornando real o lançamento das portarias ministeriais 189 de 1991 e 224 de 1992, no qual foram elas que estabeleceram a normatização e o financiamento para os novos serviços de saúde mental, antes restrito apenas aos hospitais psiquiátricos. Como afirma Bisneto (2007 apud SCHECHTMAN, 1997, pg.2):

Em 1991, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde inicia o processo de reestruturação da assistência em saúde mental, implementando o financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, ainda embrionária, apoiando a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e, paralelamente, instituindo regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos.

Segundo Vasconcelos (2006) em decorrência dessas mudanças acontece o processo denominado com sendo “*desospitalização saneadora*” onde há a redução significativa do número de leitos psiquiátricos nos hospitais privados e principalmente públicos. Revela também que houve grande avanço da luta antimanicomial no plano legislativo, apesar da Lei Paulo Delgado não ser aprovada, porém inúmeros municípios introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica.

No ano de 1992, temos a aprovação das primeiras leis municipais e estaduais que determina a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental. No mesmo ano firma-se o compromisso do Brasil com países norte-americanos através da Declaração de Caracas, reconhecendo a conquista de direitos humanos e civis de indivíduos portadores de transtornos mentais.

Dentre todas as conquistas que resultaram em mudanças cruciais no contexto nacional das Políticas Públicas, destaca-se a Lei Federal de Saúde Mental Nº 10.216 de 06 de Abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, a qual regulamenta o processo da Reforma Psiquiátrica do Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005, pg.01):

(...) a maioria dos países poderia melhorar significativamente a saúde mental se possuísse recursos especificamente voltadas à saúde mental. No entanto, mesmo quando os recursos são limitados, podem-se encontrar meios [...] A legislação pode ser utilizada para garantir mais recursos para a saúde mental, melhorar os direitos e os padrões e condições de saúde mental em um país. “Contudo, para que uma lei possa fazer uma diferença positiva na vida das pessoas com transtornos mentais, ela deve ter objetivos realistas e factíveis” “ [...] O objetivo fundamental da legislação de saúde mental é proteger, promover e melhorar a vida e o bem estar social dos cidadãos [...] Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. [...] Entretanto, a presença de legislação de saúde mental em si mesma não garante respeito e proteção dos direitos humanos.

O objetivo principal da Lei Federal Nº10.216 é a humanização no tratamento, visto que a internação somente deverá ser feita em último caso, como descrito no Artigo 4º: “*A internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será*

*indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*". Proposta que tem o intuito a garantia de direitos humanos e civis das pessoas acometidas de transtorno mental, assegura também alcançar sua recuperação através da inserção familiar e social.

Ainda no ano de 2001, mais precisamente em Dezembro, realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental que vem para reafirmar a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, garantir nas três esferas do Governo (Municipal, Estadual, Federal) as políticas de saúde e saúde mental, nos princípios do SUS o acesso gratuito, pautados na universalidade, equidade e integralidade priorizando uma rede integral de acesso aos serviços em saúde mental. O evento ainda propõe uma série de propostas e estratégias a serem realizadas com prazo determinado, para a reordenação dos serviços e ações em saúde mental. De forma que, anos mais tarde, a Rede de Atenção Psicossocial é regulamentada sob a Portaria N° 3.088 de 23 de dezembro de 2011 tendo por finalidade:

Art. 1º: fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos atenção à saúde 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.

Atendendo ao que foi disposto na Lei Federal N°10.216 que no Artigo N°05 determina política específica para atender pacientes há longo tempo hospitalizados ou ainda que apresentem situação grave de dependência institucional, o Ministério da Saúde por sua vez lança o Programa "De volta para casa" que tem por objetivo contribuir de forma efetiva para a inserção social dessas pessoas. Regulamentado pela Lei N° 10.708 de 31 de julho de 2003 e normatizado pela Portaria N° 2.077/GM de 31 de outubro de 2003 e a Portaria N° 2.078/GM, também da mesma data, institui a Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta para Casa".

O Programa disponibiliza o auxílio- reabilitação psicossocial no valor de R\$240,00 por um período de um ano, podendo ser renovado caso o paciente ainda necessite de mais tempo para se reabilitar. O auxílio- reabilitação é considerado pelo Governo Federal um dos principais pilares do Programa que estimula a assistência extra-hospitalar.

Em consonância com o processo de Reforma Psiquiatria, ambos visam reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos fortalecendo a rede extra-hospitalar, organizando uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

De fato, a III Conferência tem um papel fundamental para a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando transformar as formas de lidar com a experiência da loucura, sobretudo produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais. Em síntese, o processo de reforma não se constitui apenas de propostas e leis, essas necessitam ser implantadas e exercitadas diariamente no cotidiano institucional das relações, dos serviços e das práticas visando estimular as mudanças nas representações sociais na sociedade em geral, a cerca da doença e da saúde mental combatendo as estratégias de estigma, segregação e exclusão do louco e dos desviantes sociais em geral.

## **2.2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

No final dos anos 1980 já existiam, primeiramente no Sudeste Brasileiro, experiências de serviços extra-hospitalares, que segundo Amarante e Torres (2001) na época eram chamados de “*serviços alternativos*” ou ainda “*novos serviços*” e prestavam atendimentos a pessoas acometidas de transtornos mentais, sendo eles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira inaugurado em março de 1987 e situado na cidade de São Paulo e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Santos. Foram serviços pioneiros alternativos à internação e ao tratamento psiquiátrico convencional considerados referências e transformados ao longo dos anos em objeto de análise para evoluções do contexto atual.

A concepção de uma rede de serviços sólida e articulada é primordial para a consolidação do ideal da reforma psiquiátrica no cotidiano da prática profissional, construindo um conjunto concreto de apoio e acolhida à pessoa com transtorno mental.

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de base comunitária devem estar articulados em rede, sob a Portaria N° 3.088 que institui a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS – que considerando a Portaria GM/MS N° 336 de 19 de fevereiro de 2002 que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sob a Portaria N° 3.089 de 23 de dezembro de 2011, fica instituído o recurso financeiro que será destinado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que garante o atendimento público em saúde mental.

Art. 1º - Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência/ populacional, conforme disposto nesta Portaria” - Portaria GM/MS N° 336 de 19 de Fevereiro de 2002.

As três modalidades do CAPS descritas no Artigo 1º da Portaria GM/MS N° 336, cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, visto que no Artigo 3º são descritas as características que os distinguem sendo que os CAPS's poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Mais adiante o Artigo 4º, define as modalidades de serviços dos CAPS sendo elas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana; (...)

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. (...)

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. (...)

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica,

serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas. (...)

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (...). BRASIL – Portaria/GM nº366 de 19 de Fevereiro de 2002.

O funcionamento dos CAPS's devem ocorrer em conformidade com a Portaria MS nº 3088/2011 que instituiu a RAPS, de forma integralizada com os serviços da Atenção Básica de Saúde sendo eles: o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); o Pronto Atendimento 24 horas e outros serviços prestados e aparelhos do município para atendimento da população como: Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação, Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos, Secretaria da Cultura, Serviço Social do Comércio (SESC), entre outros aparelhos que compõem a Rede de Atenção.

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

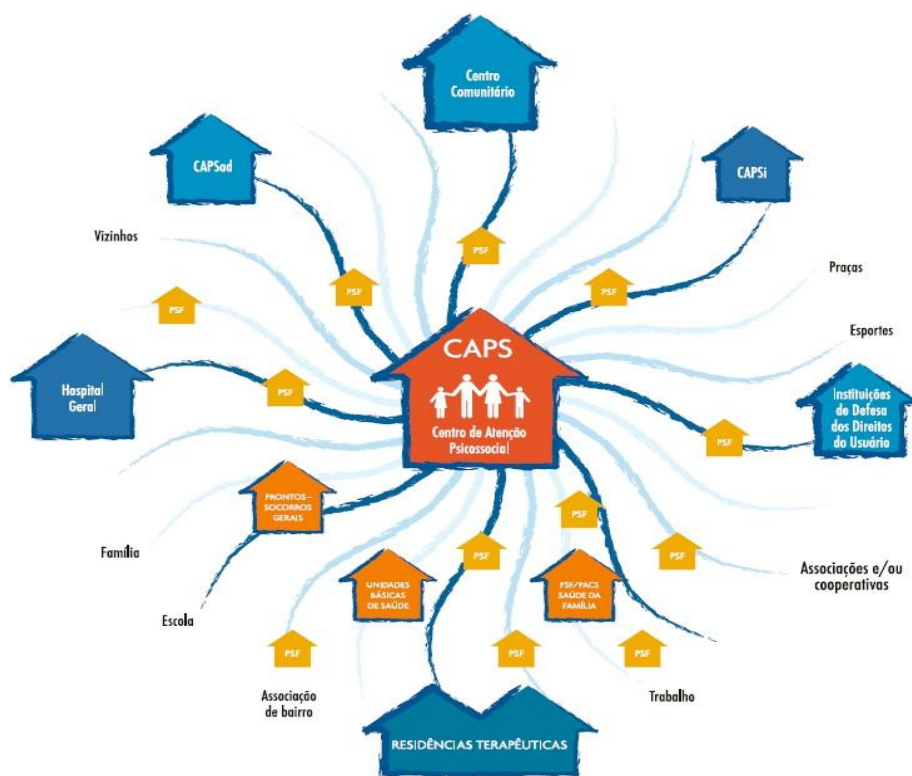


FIGURA 1 - REDE PRECONIZADA PELA COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE MENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. FONTE: ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.

Segundo a Secretaria Atenção à Saúde Mental do SUS, os CAPS's visam prestar atendimento em regime de atenção diária, promovendo a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, dar suporte e “*supervisionar a atenção à saúde na rede básica e programa saúde da família, manter atualizada a lista dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental*” (SAÚDE MENTAL NO SUS, 2004, pg.13).

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde Mental do SUS, os CAPS's devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente agradável e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório visto que o CAPS deve

ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade; sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS's se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro, na instituição envolvendo o trabalho da equipe multidisciplinar para a efetivação do tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, buscando a reinserção social desses indivíduos e a garantia de direitos embasados na luta pela Reforma Psiquiátrica.

### **2.3 SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**

O Serviço Social é caracterizado por sua inserção na divisão – sócio técnica do trabalho e conforme Iamamoto (2004, pg.88) *“a profissão afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho”*. Tendo por objeto de trabalho a questão social<sup>4</sup> e suas manifestações, determinadas através das relações sociais e do contexto sócio histórico de cada sociedade.

A profissão estando inserida na divisão – sócio técnica do trabalho e seu objeto de trabalho ser justamente as mazelas da sociedade, definidas como questão social, o Serviço Social se depara no cenário de inúmeras desigualdades e injustiças da trajetória sócio – histórica da profissão. O que suscita sua intervenção em diversos espaços sócio ocupacionais, que no presente trabalho a área da saúde mental ganha destaque, sendo o foco pesquisas e relevância.

---

<sup>4</sup> Questão social: segundo Iamamoto (2004) conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, tendo alcançado a plenitude de suas expressões. Se condensa nas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização

No processo histórico da profissão, a prática inicia-se na década de 1905, nos Estados Unidos, porém somente em 1918 é de fato consolidada como especialidade. Os primeiros assistentes sociais naquele tempo tem por referência o trabalho de Mary Richmond, publicado em 1917 no livro “Diagnóstico Social” e são influenciados pelo Movimento de Higiene Mental (MHM) que surge na França, dos anos de 1910 e 1920, sendo denominado Serviço Social Psiquiátrico na Europa e nos Estados Unidos. No bojo da Primeira Guerra Mundial os assistentes sociais tinham a função de coletar dados socioeconômicos e familiares que visava compor a história dos pacientes, o que dá origem ao Serviço Social psiquiátrico americano.

Vasconcelos (2006) data a inserção da temática de saúde mental no campo do serviço social no Brasil, durante a década de 1940, profundamente influenciado pelo MHM e pela Doutrina Social da Igreja. Os profissionais eram subordinados à medicina psiquiatra e responsáveis por levantamentos de dados sociais, atendimento com os familiares e atestados sociais mantendo a prática de assistente social subalternizada, burocrática e acrítica. Constituindo a marca fundamental dos primórdios da profissão que segundo Martinelli (2009, pg.135), os assistentes sociais acabavam por reproduzir as práticas que expressam os interesses da classe dominante e acabavam:

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja, classe dominante –, o Serviço Social caminhava em seu processo de institucionalização, atravessado continuamente pelo signo da alienação [...], os levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas a reprodução das relações sociais de exploração, fundamentais para a sustentação do processo de acumulação capitalista.

As primeiras práticas de assistentes sociais no Brasil, no período de 1946, aconteceram nos Centros de Orientação Infantil (COI) e nos Centros de Orientação Juvenil (COJ) dando origem ao chamado Serviço Social Clínico ancorado ao Serviço Social de Caso, cuja inspiração era a partir dos estudos de Richmond e tinham como objetivo tratar crianças-problema para reinserção familiar e social. Em profunda sistematização Vasconcelos (2006, pg.185) relata que nas grades curriculares das primeiras Escolas de Serviço Social a abordagem de aportes psiquiátricos era comum, além de noções de higiene e de psiquiatria. Enfatiza colaborando que:

A constituição do Serviço Social no Brasil é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica, quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.

Nesse período os assistentes sociais recém-formados trabalhavam principalmente em instituições asilares psiquiátrica e sua atuação era subalternizada a do médico e diretores das instituições. A prática do assistente social era assistencialista e atendiam necessidades imediatas dos pacientes como: roupas, atestados, contato com familiares, entre outras.

No Brasil pós – regime militar, a saúde é ligada a previdência social e os atendimentos psiquiátricos são passados para a rede previdenciária conveniada privada, naquele momento a saúde era sinônimo de lucro e as instituições se beneficiam dessa conjuntura, onde o espaço para contratação de profissionais de serviço social cresce na área de Saúde Mental. Nessa fase, *“o projeto político do governo militar, instaurado com o golpe de 1964, buscava a modernização, com vistas ao crescimento capitalista industrial e à reorganização dos serviços de saúde mental em bases capitalistas”* (VASCONCELOS, 2006, pg.233).

Inspirados nos serviços que aconteciam na Inglaterra e nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial que atendiam os soldados com traumas bélicos. A criação das comunidades terapêuticas inicia-se em 1960 na Clínica Pinel, situada em Porto Alegre e posteriormente é implantada em outros estados. No Brasil, as comunidades terapêuticas vigoraram durante o período de 1960 a 1970 e eram vistas como suporte e referências para os profissionais do setor da saúde mental.

O período da passagem da Ditadura militar para a democracia no Brasil apresenta fortes modificações para o Serviço Social, para os trabalhadores e para a sociedade em geral. No bojo da luta pelas transformações políticas, os assistentes sociais se destacam em seus campos de atuação, suas entidades de classe engajando processos de mobilização da sociedade civil, articulando a atuação do profissional de Serviço Social diretamente as mudanças ligadas à relação capital trabalho e a organização e planejamento das políticas sociais.

Nesse período destaca-se a assistente social Lêda de Oliveira, que ocupou o cargo de coordenadora do Serviço Social da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde que contribuiu com treinamentos de estagiários e profissionais para divulgação do modelo de humanizar o relacionamento entre os profissionais e usuários dos serviços.

As mudanças no setor de saúde na década de 1970 ocorreram no momento que os movimentos e organização da sociedade civil lutavam pela reorganização do setor psiquiátrico do país. Com a aprovação da portaria que criava o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) os setores foram ampliados e os números de profissionais aumentaram nos hospitais, inclusive o número de assistentes sociais nas instituições cresceu. A partir desse momento, é deflagrada a luta pela organização dos setores em saúde e a criação de políticas setoriais que viessem a dar conta do momento crítico em que a sociedade brasileira enfrentava, o movimento da Reforma Psiquiatria se inicia.

Paralelamente se dá início ao movimento de Reforma Sanitária que vem acarretar em grandes transformações no tocante das políticas sociais, políticas de saúde, garantia de direitos como anteriormente já mencionadas.

Dessa forma o Serviço Social adentra no período final dos anos de 1960 até a década de 1970, sendo norteado pela construção de novas bases e rumos para a profissão, rompendo com a parcela apostólica de caridade e filantropia, assumindo o compromisso ético, profissional e político na garantia dos direitos e da cidadania dos usuários de políticas sociais.

Esse novo norteamento é chamado de Movimento de Reconceituação do Serviço Social (MRSS), que conforme afirma Iamamoto (2004) o MRSS é considerado marco histórico e decisivo do processo de revisão crítica da profissão. Naquele momento a sociedade exigia um Serviço Social que viesse a dar conta das transformações e processos de desenvolvimento que vinham acontecendo. Segundo Iamamoto (2004, pg.188) a sociedade exigia do Serviço Social *“uma postura mais comprometida no sentido da criação de um projeto profissional abrangente e atento (...) envolvendo critérios teóricos - metodológicos e práticos – interventivos”*.

O MRSS vem questionar *“profundamente os princípios teóricos - metodológicos que embasavam a profissão”* (LIMA, 2004, pg.253), o que garante

novos aportes e referências metodológicas, como o Marxismo e suas diversas vertentes. O movimento no campo da saúde mental para alguns autores e nesse momento citamos Rosa (2003 apud VASCONCELOS 2000b), vem para recalcar o campo da saúde mental reduzindo as análises na área da subjetividade e particularmente a temática do inconsciente. Segundo o autor, o MRSS ao ser hegemonizado pela tradição marxista, elimina do interior do debate os temas ligados a “*psi*” ou relacionados a subjetividade, fato que “*manteve o profissional desqualificado para atuar e se inserir no debate do movimento de reforma psiquiatra*” (ROSA, 2003, pg.229) com abordagem específica do Serviço Social.

Segundo Lima (2004) o Serviço Social a partir do MRSS se deparou com as primeiras aproximações dos intérpretes do pensamento de Marx, “*evidenciando uma leitura economicista e cientificista das obras do autor, canalizado por uma estreita análise humanista sobre o individuo*” (LIMA 2004, pg.278). Transformando a intervenção profissional em mera intervenção política, se abstendo de conexões mais profundas com o amplo movimento histórico da sociedade. Vasconcelos (2000, pg.198) afirma que o processo de MRSS resultou um “*recalcamento para a subjetividade*” e:

(...) apesar de constituir um debate muito complexo e que exige necessariamente um aprofundamento [...], é possível afirmar de modo provisório que o processo de reconceituação reproduziu dentro da profissão um recalcamento da temática da subjetividade, sobretudo de seus aspectos relacionados ao inconsciente, à personalidade e ao campo das emoções.

Vasconcelos (2000) acredita que o não aprofundamento da temática da subjetividade para o Serviço Social reflete nos processos de intervenção do assistente social na área de saúde mental. Destaca que visível à ausência de mediações teóricas e instrumentais para qualificação da prática profissional na área, criando “*um fosso que impede a interação com a cultura profissional mais contemporânea, incentivando uma autonomização da formação, no campo da saúde mental*” (VASCONCELOS, 2000, pg.210), fazendo com que o Serviço Social passe a intervir com os instrumentais próprios da “*psi*”. Nesse aspecto segundo o autor, há riscos dos profissionais incorporarem, de forma acrítica, a cultura de outras áreas. Acabando por reduzir as formas de intervenção e no campo de atuação profissional “*o contato com os compromissos ético-políticos conquistados pela profissão no*

*processo de reconceituação*” (VASCONCELOS, 2000, pg.210) estariam comprometidos.

A partir dos anos 1980, o Serviço Social e o pensamento marxista adentram uma nova interlocução abordando reflexões críticas comprometidas com o processo histórico da profissão no país. Novas reflexões de análises a acerca da profissão no Brasil e na América Latina, faz com que os profissionais se percebam constituintes do processo de construção e organização social. Os assistentes sociais *“firmam compromisso com uma postura ético - política voltada para os direitos sociais e a cidadania”* (LIMA, 2004, pg.280) da sociedade em questão. O que desencadeou em 1993, na revisão do Código de Ética da profissão de 1986 que segundo o Conselho de Federal de Serviço Social (CFESS) (2012, pg.20) trata de:

Objetivar com mais rigor as implicações dos princípios conquistados e plasmados naquele documento, tanto para fundar mais adequadamente os seus parâmetros éticos quanto para permitir uma melhor instrumentalização deles na prática quotidiana do exercício profissional.

O Serviço Social buscará se fundamentar na totalidade histórica e social que se constitui nos processos de múltiplas dimensões sendo de ordem *“objetiva, subjetiva, material, espiritual, econômica, política, cultural”* (LIMA, 2004, pg.281) cruzando-se entre si em constante movimento e transformação. Processo que fará com que a profissão retorne a adotar o comprometimento com o campo da saúde mental, nesse período articulando a consolidação dos processos de desinstitucionalização nos ideais da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Segundo Rosa (2003), a profissão procura reforçar a cidadania da pessoa com transtorno mental levando o profissional de Serviço Social a buscar outros referenciais de perspectivas interdisciplinares, valorizando as relações sociais no *“prisma de abrangência do homem como ser social e histórico”* (LIMA, 2004, pg.281).

Ainda nos 1990, os ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica sofrem com a hegemonia e implementação das políticas neoliberais, que busca a medicalização da indústria farmacêutica e as possibilidades dos tratamentos em massa. O Estado neoliberal busca intervir de forma mínima, investindo cada vez menos em políticas voltadas ao campo da saúde mental e o Serviço Social luta pela não (re) filantropização de suas ações.

Nesse momento os profissionais em busca de práticas emancipadoras se articulam e tecem a nova crítica em relação à loucura e sua correlação ao capitalismo. Segundo Bisneto (2009, pg.193) o profissional não deve buscar apenas *“técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo”*.

Os profissionais de Serviço Social fundamentam suas ações balizados pelo Código de Ética Profissional, na Lei Nº 8.662 de 07 de junho de 1993 que dispõe sobre a regulamentação da profissão e pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde aprovado pelo CFESS no ano de 2009 que comprometidos com os ideais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica avançam gradativamente para consolidação e garantia de direitos das pessoas portadoras à algum tipo de transtorno mental. Ressaltando que o CFESS nos últimos anos têm se preocupado com a questão do campo da saúde mental e a temática tem sido bastante aprofundada.

Segundo o Código de Ética (1993, pg.24) os profissionais de Serviço Social, em seus mais variados campos de atuação, devem ter como princípio:

(...) a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos sociais e políticos da classe trabalhadora; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade.

Sendo assim, o profissional inserido no campo da saúde mental deve estar comprometido com os princípios do Código de Ética da Profissão, buscando garantir a cidadania da pessoa acometida a algum tipo de transtorno mental e de sua família, articulando políticas sociais que venham a lutar contra o estigma histórico de exclusão social associado à loucura.

Conclui-se que o Serviço Social estando inserido na divisão sócio - técnica do trabalho deve ultrapassar a dimensão prática, construindo uma intervenção social com base de seus princípios e da defesa dos direitos sociais. Neste contexto, o Serviço Social concretiza sua intervenção nas complexas relações sociais e em seus

processos de permanente movimento e transformação da realidade social, cultural e econômica. Deste modo, a prática do assistente social deve estar comprometida com determinadas “*condições históricas e conjunturais da sociedade, ou seja, pela realidade objetiva do espaço sócio-ocupacional onde se encontra inserido, assim como pelas demandas que chegam e pela forma com que são respondidas*” (LIMA, 2004, pg.283). O profissional de Serviço Social deve estar ciente das dificuldades e dos limites encontrados no cotidiano institucional, entretanto é apenas através de sua articulação política que se torna possível garantir a cidadania e a reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços.

## **CAPÍTULO III – PESQUISA DE CAMPO**

### **3. DIÁLOGO COM A REALIDADE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) I GUARAGUAÇU DO MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ COM A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL.**

O espaço sócio ocupacional do Serviço Social escolhido para a realização do estágio supervisionado do presente estudo foi no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) Guaraguaçu, situado no Município de Pontal do Paraná.

O CAPS I Guaraguaçu foi inaugurado em 12 de dezembro de 2013, devidamente regulamentado sob a Lei nº 1257 de 30 de Novembro de 2012, a qual no Art. 1º autoriza *“criar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com o objetivo de promover atenção à saúde mental, como serviço de saúde municipal, aberto, comunitário, oferecendo atendimento diário”* (BRASIL, 2012, pg.01). Deste modo, os municípios de Pontal do Paraná passam a contar com os atendimentos em saúde mental, fundamentados nos princípios de equidade, integralidade e universalidade, que são preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o ano de 2014, os atendimentos em Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social - do CAPS I Guaraguaçu foram realizados nas instalações do Pronto Atendimento 24hs de Praia de Leste, provisoriamente, visto que a estrutura física definitiva destinada pela atual gestão ainda necessitava de últimos reparos, segundo a mesma. Somente em Dezembro de 2014, de fato, o CAPS I Guaraguaçu foi transferido para a Comunidade Guaraguaçu, na localidade das margens do Rio Guaraguaçu e distancia-se cerca de 12 km do Balneário Praia de Leste, centro administrativo do município.

O estágio curricular obrigatório tem a duração de um ano letivo e foi iniciado no segundo semestre de 2014. Segundo a Lei nº8662/1993 - Código de Ética da Profissão de Serviço Social, no Art. 5º inciso VI *“prevê ser atribuição privativa do Assistente Social treinamento, avaliação, bem como supervisão direta de estagiários de Serviço Social”*. Sendo assim, todas as atividades realizadas no período de estágio foram acompanhadas pela supervisora de campo assistente social Tânia Guarilha.

O primeiro semestre do estágio foi dedicado ao reconhecimento de campo no que se refere espaço físico, equipe de trabalho e funcionamento da instituição. Paralelo às observações e registros foi realizado levantamento bibliográfico e estudo sobre o material para compreensão histórica e crítica do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a qual culminou com a institucionalização do CAPS. De posse de tais informações e leituras elaboramos o Reconhecimento Institucional do CAPS I Guaraguaçu. Posteriormente foi elaborado o Plano de Estágio, onde foram descritos quais atividades seriam realizadas ao longo do estágio.

O estágio deve se dar por meio de um processo de reflexão sistemática sendo acompanhado entre a unidade de ensino (supervisor acadêmico) e a unidade de campo de estágio (supervisora de campo). Lewgoy (2009, pg.232) afirma *“que o Serviço Social é uma profissão de caráter educativo; assim o trabalho dos supervisores de campo tem uma dimensão pedagógica e constitui o fio condutor desse processo, pela supervisão e pelo trabalho exercitado na organização numa dimensão técnico – política”*.

Cotidianamente foi observado que a equipe de trabalho tem autonomia para acolher as demandas em Saúde Mental e Dependência Química, as quais ocorrem por demanda espontânea ou encaminhadas de outros equipamentos sociais. Realiza-se o acolhimento inicial e logo a inserção deste usuário para tratamento do CAPS I Guaraguaçu, suscitando o acesso ao serviço público. Tal acolhimento era realizado por meio de preenchimento de instrumento/roteiro, elaborado pela própria equipe.

O dia a dia dos atendimentos do Serviço Social eram constituídos de: atendimento ao usuário do serviço, reuniões de equipe multiprofissional para estudos de casos; reuniões de equipe para planejamento de ações e agenda; (re) organização de prontuários e inserção de demandas; reuniões externas do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas; reuniões externas do Conselho Regional de Saúde onde a Saúde Mental era pauta principal; reuniões Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE); acolhimentos sociais; atendimento a demanda espontânea; contato telefônico para resgate de usuários evadidos; atendimentos de usuários com hora marcada; análise de situações previdenciárias e direito a mobilidade (Passe Livre), atendimento às demandas do

Ministério Público e do Poder Judiciário; encaminhamentos para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); atendimento de demandas oriundas de outros aparelhos que compõem a RAPS, por vezes equivocadas, ou seja, não se tratavam especificamente de demandas ligadas à saúde mental; reuniões do “Projeto: Tecendo a Rede”; elaboração de pareceres sociais; reuniões do Comitê Municipal de Saúde Mental, na qual participavam representantes da Secretária de Saúde local e outras instituições; rodas de conversas e acompanhamento sociofamiliar, simultâneo a Psicoterapia que era realizada em salas cedidas pelo Programa de Voluntariado Paranaense (PROVOPAR) e não somente com a atuação do Serviço Social, mais em conjunto com a Psicologia, momento este que era ofertado primeiramente o café da manhã aos usuários, logo após dava-se início a reunião na maioria das vezes com exposição de vídeos e em seguida a abertura da roda de conversa com os usuários do CAPS I Guaraguaçu. Semanalmente era elaborada a ata da reunião, que por diversas vezes foi redigida pela autora. Deste modo, as atividades acompanhadas e situações presenciadas da rotina de trabalho da assistente social foram encerradas em dezembro de 2014, finalizando assim a primeira etapa do estágio supervisionado.

Ao longo de todas as atividades e momentos presenciados durante o período de acompanhamento da rotina da assistente social do CAPS I Guaraguaçu, foi possível observar a ausência de processos de gestão sobre as informações que eram produzidas, as quais, em nosso entender, poderiam contribuir estrategicamente para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo setor. Situação que acaba por impedir uma maior apropriação sobre as demandas colocadas, bem como impede, portanto, o desenho de estratégias para respondê-las.

Neste cenário instigou a elaboração de uma análise sobre o **“Perfil Socioeconômico da população atendida pelo CAPS I Guaraguaçu, no Município de Pontal do Paraná”**. Esta análise faz necessária para subsidiar as ações do Serviço Social, bem como de sua prática institucional que transita no reconhecimento das demandas do (as) usuário (as) e da instituição.

### 3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

O presente estudo teve por objetivo principal realizar análise do Perfil Socioeconômico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial I Guaraguaçu (CAPS), aparelho este que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Pontal do Paraná.

Foi realizada pesquisa bibliográfica/documental, levantamento de dados socioeconômicos e demográficos dos pacientes cadastrados no CAPS I Guaraguaçu e posteriormente sistematizados e tabulados em gráficos para que possam subsidiar estudos sobre a realidade e assim vislumbrar estratégias no enfrentamento de demandas, planejamento e gestão de serviços em saúde, protegendo, promovendo e visando a reinserção social dos usuários em saúde mental do município de Pontal do Paraná.

O estudo foi realizado através de duas modalidades de pesquisa, muito semelhantes, porém distintas: pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. Segundo Gil (1999, pg.66) *“a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas é a natureza das fontes. (...) O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica (...)”*. Marconi e Lakatos (2006, pg.43) definem como característica da pesquisa documental *“a coleta de dados restrita a documentos, aqueles de primeira mão, provenientes dos próprios órgãos que realizaram as observações, englobam materiais ainda não elaborados, escritos ou não (...)”* que podem subsidiar a pesquisa científica, constituindo o que denomina de fontes primárias.

De acordo com Marconi e Lakatos (2006, pg.43) a pesquisa bibliográfica *“se dá sobre fontes secundárias a partir da bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita”*.

A pesquisa documental conforme Marconi e Lakatos (2006, pg.44) *“possibilita colocar o pesquisador em contato direto com o objeto pesquisado”* e pode ser considerada também como o primeiro passo da pesquisa científica.

A sistematização dos dados se deu sobre aqueles que foram coletados via o instrumento de acolhimento social, desenvolvido pela própria equipe

multiprofissional do CAPS I Guaraguaçu situado no município de Pontal do Paraná. Tal formulário, utilizado no processo de acolhida do (a) usuário (a) do serviço, abarca informações de diferentes especialidades.

Primeiramente, foi realizada a (re) organização de todos os prontuários do aparelho, onde inúmeros cadastrados foram retirados e encaminhados ao Arquivo Morto, visto que foi necessário contar com a ajuda da Assistente Social e Enfermeira para tal deliberação, no qual não somente foram organizados para a pesquisa, bem como tal organização culminou em facilitar o processo de trabalho da equipe multiprofissional.

Foi levantado o número de formulários ativos e que foram preenchidos desde a instalação do CAPS até o I semestre de 2015. As informações ali contidas foram repassadas para uma planilha do Excel, a qual serviu posteriormente como banco de dados. Sistematizadas tais informações, as mesmas foram tabuladas. A partir da tabulação foram gerados quadros, gráficos e figuras que permitem refletirmos sobre a realidade posta, bem como apontarmos caminhos para a superação de possíveis lacunas no atendimento e garantia dos direitos desses (as) usuários (as) no que tange ao atendimento em saúde mental, possibilitando ao Serviço Social concretizar sua intervenção através do reconhecimento da realidade dos usuários (as) em questão.

### **3.1.1 QUEM SÃO OS (AS) USUÁRIOS (AS) DO CAPS I GUARAGUAÇU**

Foi levantado dentro do período da pesquisa, um universo de 102 cadastros ativos, onde foram encontrados 52(51%) usuários do gênero feminino, 49(48%) usuários do gênero masculino e 1(1%) usuário transexual.

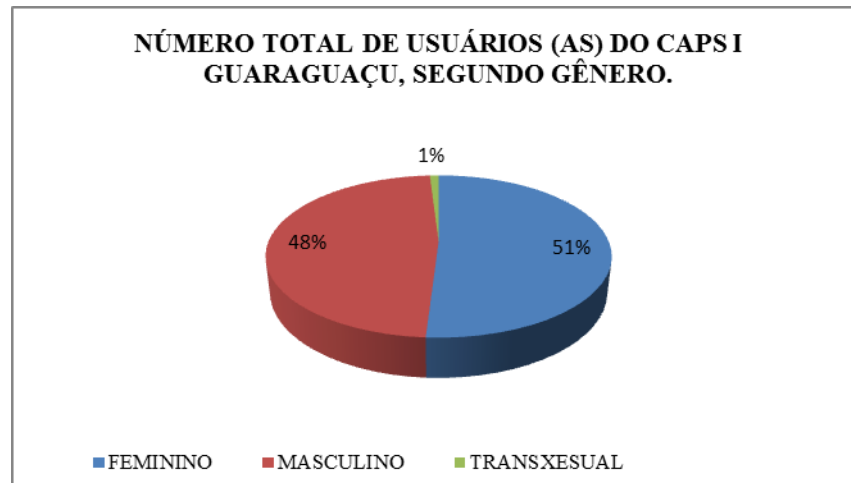


Gráfico 1 – Número total de usuários do CAPS I Guaraguaçu, segundo gênero.

FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram definidos os grupos etários para classificação do número de usuários (as) por idade. Tendo por resultado: criança de 0 a 9 anos não foi encontrado nenhum usuário (a), crianças e adolescente de 10 a 14 anos são 2(1,96%) usuários (as), adolescente de 15 a 19 anos são 6(5,88%) usuários (as), adulto jovem de 20 a 24 anos são 13(12,74%) usuários (as), adulto jovem de 25 a 29 anos são 10(9,80%) usuários (as), adulto de 30 a 39 anos são 22(21,56%) usuários (as), adulto de 40 a 59 anos são 40(39,21%) usuários (as), idoso de 60 a 69 anos são 4(3,92%) usuários (as), idoso de 70 e/ou mais são 2(1,96%) e 3(2,94%) não consta data de nascimento no cadastro. Percebe-se que o grupo etário predominante do CAPS I Guaraguaçu é dos adultos de 40 a 59 anos.

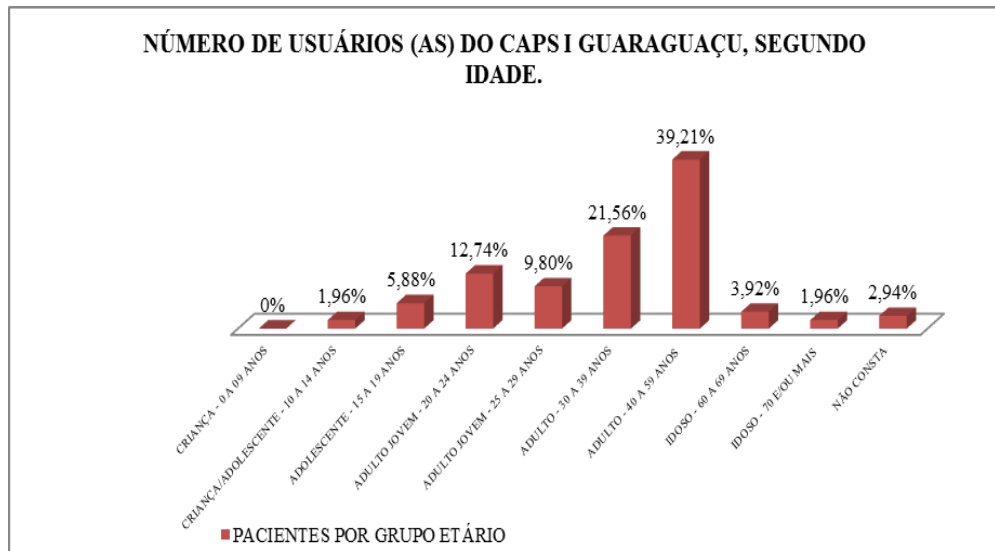


Gráfico 2 – Número de usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, segundo idade. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014. Grupos etários, segundo IBGE.

Quanto à distribuição geográfica dos usuários (as) CAPS I Guaraguaçu os cadastros foram classificados segundo balneário que residem. Foram encontrados 22(21,56%) usuários (as) que residem no Balneário Shangri-lá, 13(12,74%) usuários (as) que residem em Pontal do Sul, 13(12,74%) usuários (as) que residem no Balneário Santa Terezinha, 13(12,74%) usuários (as) que residem no Balneário Praia de Leste, 9(8,82%) usuários (as) que residem no Balneário Ipanema, 6(5,88%) usuários (as) que residem no Balneário Canadá, 5(4,90%) usuários que residem no Balneário Jacarandá, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Beltrami, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Canoas, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Guaraguaçu, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Itatiaia, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Miami, 2(1,96%) usuários que residem no Município de Paranaguá, 2(1,96%) usuários (as) que residem no Balneário Primavera, 1(0,98%) usuário(a) que reside no Balneário Guarapari, 1(0,98%) usuário (a) que reside no Balneário Luciane, 1(0,98%) usuário (a) que reside no Balneário Marisol, 1(0,98%) usuário (a) que reside no Município de Matinhos, 1(0,98%) usuário (a) que reside no Balneário Monções, 1(0,98%) usuário (a) que reside no Balneário Guapê e 1(0,98%) usuário (a) que reside no Balneário Vila Nova. A região que mais predomina é o Balneário Shangri-lá com 22(21,56%) dos usuários (as) residem nessa região, ressalto que se trata da região mais

afastada do CAPS I Guaraguaçu o que dificulta ainda mais o acesso destes usuários (as) aos serviços do aparelho.

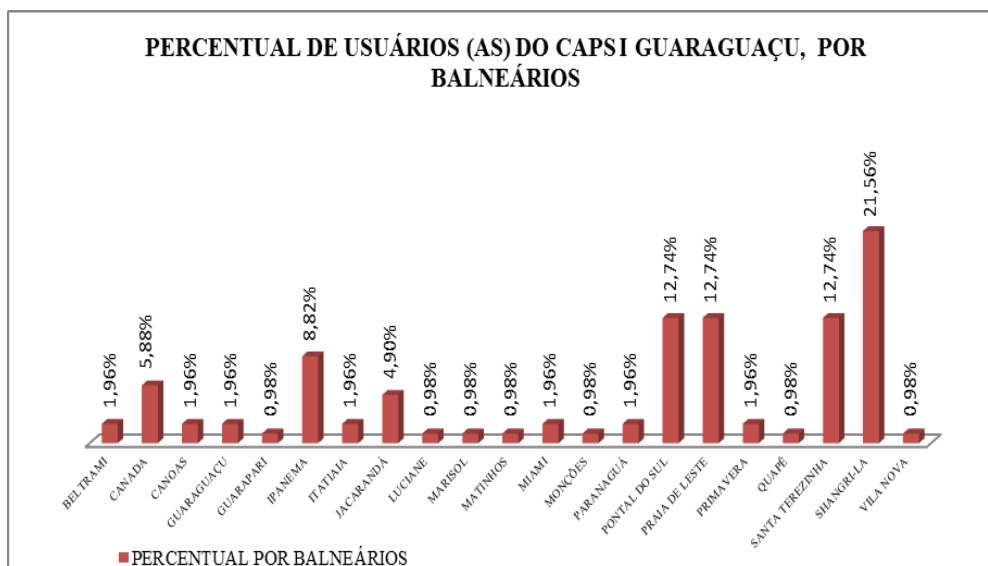


Gráfico 3 - Percentual de usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, por balneários. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

Foram analisadas as queixas iniciais dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu e encontrados o total de 55(54%) queixas classificadas como transtorno mental sendo 39(38,23%) usuários do gênero feminino e 17(16,60%) usuários do gênero masculino; 38(37%) queixas classificadas como dependência química álcool e/ou drogas sendo 10(9,80%) usuários do gênero feminino, 27(26,44%) usuários do gênero masculino e 1(0,98%) usuário transexual; 9(9%) queixas classificadas como transtorno mental associado a dependência química álcool e/ou drogas, sendo 2(1,92%) usuários do gênero feminino e 6(5,88%) usuários do gênero masculino. Nota-se que o transtorno mental é predominante no gênero feminino e dependência química álcool e/ou drogas e o transtorno mental associado fica a cabo do gênero masculino.

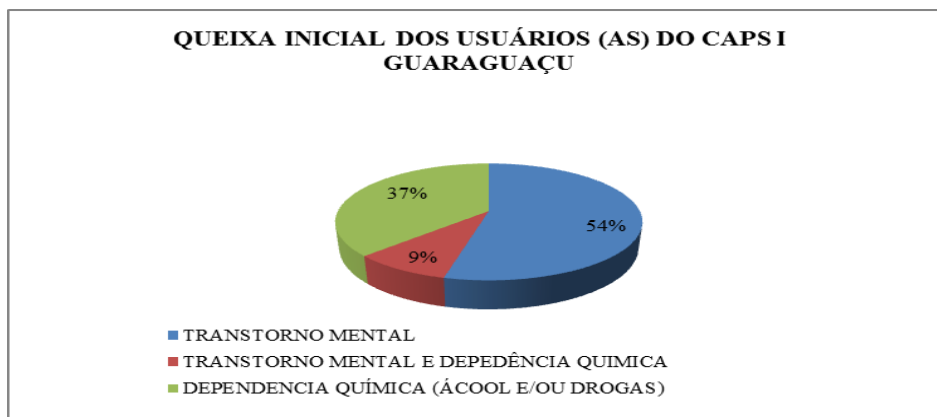


Gráfico 4 – Queixa inicial dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

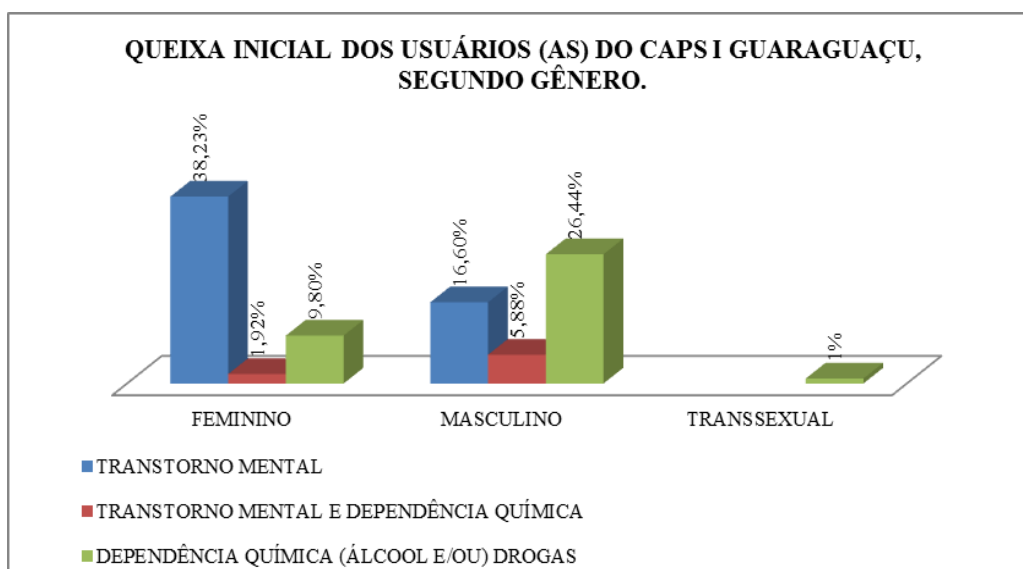


Gráfico 5 – Queixa inicial dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, segundo gênero. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

A pesquisa quanto ao grau de instrução e escolaridade dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu foi classificada em fundamental incompleto e completo, médio incompleto e completo, superior incompleto e completo. Foram encontrados os seguintes resultados: fundamental incompleto são 39(38,23%) usuários (as) sendo que 13(12,74%) são do gênero feminino e 26(25,49%) são do gênero masculino; fundamental completo são 7(6,86%) usuários (as) sendo que 3(2,94%) usuários são do gênero feminino, 3(2,94%) usuários são do gênero masculino e 1(0,98%) usuário é transexual; médio incompleto são 11(10,78%) usuários (as) sendo que 3(2,94%) usuários são do gênero feminino e 8(7,84%) usuários são do gênero masculino;

médio completo são 18(17,64%) usuários (as) sendo que 12(11,76%) usuários são do gênero feminino e 6(5,88%) usuários são do gênero masculino; superior incompleto são 5(4,90%) usuários (as) sendo que 3(2,94%) usuários são do gênero feminino e 2(1,96%) usuários são do gênero masculino; superior completo são 5(4,90%) usuários (as) sendo que 4(3,92%) usuários são do gênero feminino e 1(0,98%) usuário é do gênero masculino e 17(16,66%) dos cadastrados analisados não consta escolaridade, sendo que 14(13,72%) são do gênero feminino e 3(2,94%) são do gênero masculino. É possível perceber que o menor grau de escolaridade predomina no gênero masculino e o maior grau de escolaridade no gênero feminino.

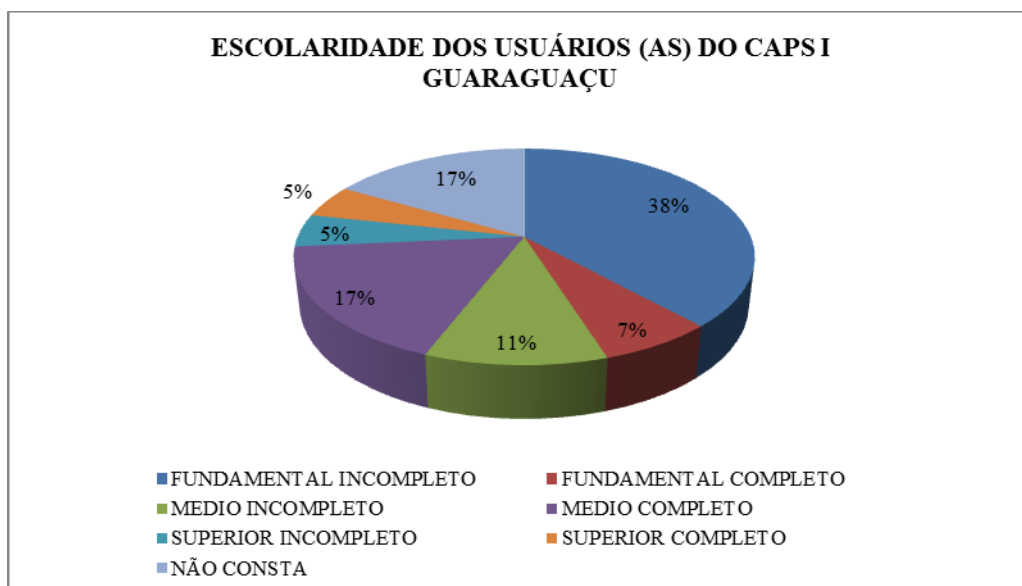


Gráfico 6 – Escolaridade dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

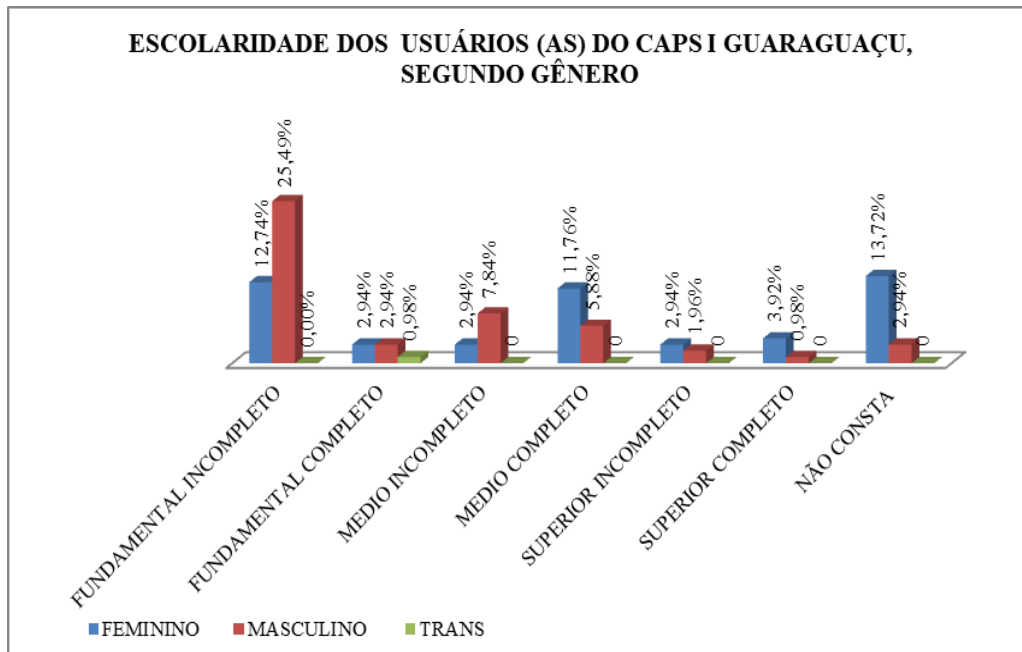


Gráfico 7 – Escolaridade dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, segundo gênero.  
 FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

Foi possível perceber que a grande maioria dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu são encaminhados de outros equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Pontal do Paraná, num total de: 35(34,31%) são encaminhamentos advindos das Unidades Básicas de Saúde; 10(9,80%) do Ministério Público; 12(11,76%) são demanda espontânea; 7(6,86%) são da assistência (Centro de Referência da Assistência Social - CRAS; Centro de Referência Especializada da Assistência Social – CREAS; 7(6,86%) são do Pronto Atendimento 24hs Praia de Leste, 3(2,94%) são de CAPS de outros municípios; 2(1,96%) são do Hospital San Julian; 2(1,96%) são das Secretarias do Município de Pontal do Paraná; 1(0,98%) é do Centro Municipal de Ensino Infantil (CMEI); 1(0,98%) é da Comunidades Terapêutica Vale do Sol, localizado no município de Pontal do Paraná; 1(0,98%) é da Direção de Assistência do município; 1(0,98%) é de Paranaguá e 1(0,98%) é da Secretaria de Governo do município. Dado que chama atenção nesse indicador é que em 19(18,62%) dos cadastrados analisados não consta de onde foram encaminhados, nesses casos leva-se em consideração que os (as) usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu muitas vezes são acolhidos em

situações de crises, delírios, abstinência, por conta de tais situações inúmeras informações muitas vezes não constam nos cadastros.

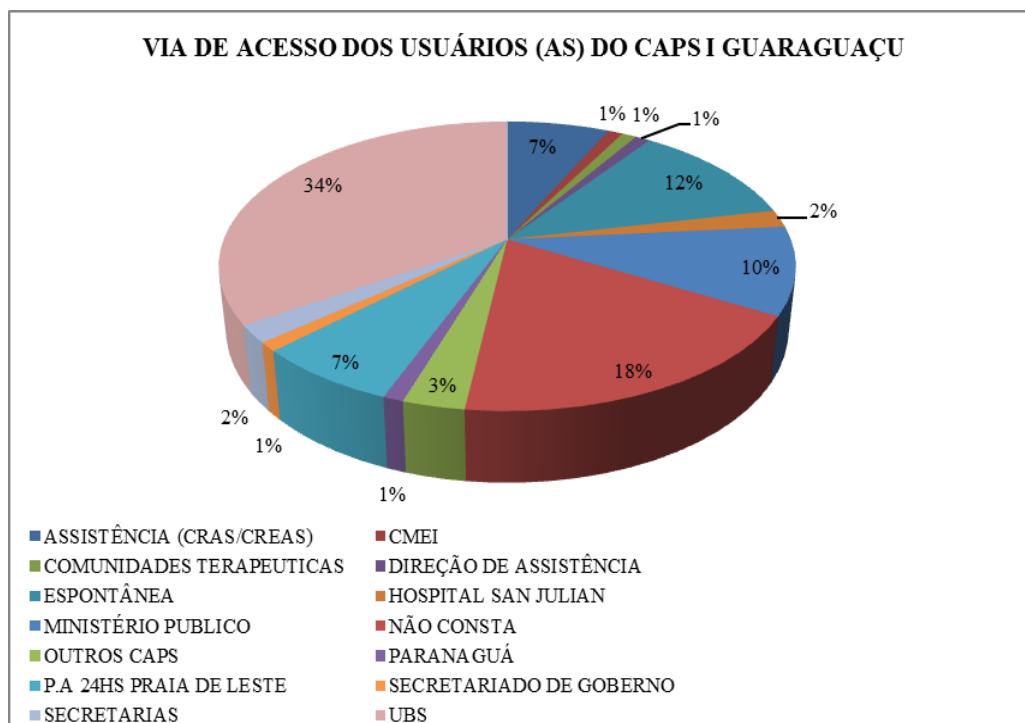


Gráfico 8 – Via de acesso dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

O estado de civil dos (as) usuários(as) do CAPS I Guaraguaçu é predominante solteiros são 52(50,98%) usuários (as); sendo 18(17,64%) usuários do gênero feminino; 33(32,35%) usuários do gênero masculino e 1(0,98%) usuário transexual; casados são num total de 23(22,54%) usuários (as); sendo 17(16,60%) usuários do gênero feminino e 6(5,88%) usuários do gênero masculino; união estável são 10(9,80%) usuários sendo 7(6,86%) usuários do gênero feminino e 3(2,94%) usuários do gênero masculino; divorciados são 6(5,88%) usuários (as) sendo 2(1,96%) usuários do gênero feminino e 4(3,92%) usuários do gênero masculino; separados são 5(4,90%) usuários (as) sendo 3(2,94%) usuários do gênero feminino e 2(1,96%) usuários do gênero masculino; viúvos são 5(4,90%) usuários (as) sendo 5(4,90%) usuários apenas do gênero feminino; não consta é 1(0,98%) usuário sendo do gênero masculino. Diante dos resultados, nota-se que é predominante solteiros do gênero masculino, casados do gênero feminino, união

estável do gênero feminino, divorciados do gênero masculino, separados do gênero feminino e viúvos do gênero feminino.

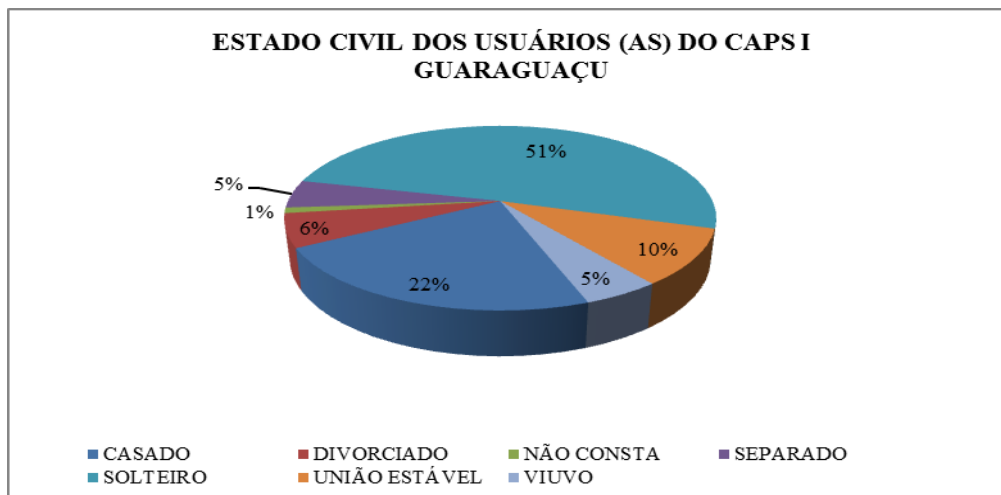


Gráfico 9 – Estado civil dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

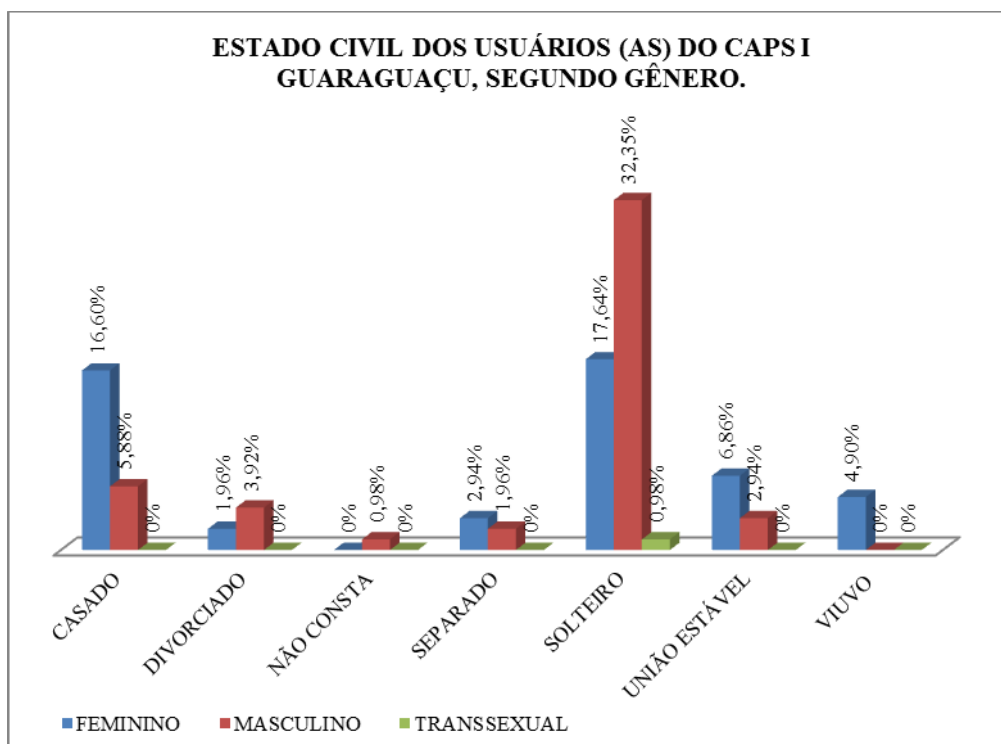


Gráfico 10 – Estado civil dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, segundo gênero. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

A profissão dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu foi analisada e os seguintes resultados foram encontrados: 2(1,96%) usuários (as) são açougueiros (as); 1(0,98%) usuário (a) é administrador (a) de obras; 1(0,98%) usuário (a) é agente comunitária; 1(0,98%) usuário (a) é analista de sistemas; 2(1,96%) usuários (as) são auxiliares de escritório; 1(0,98%) usuário (a) é babá; 1(0,98%) usuário (a) é cabeleireira (o); 1(0,98%) usuário (a) é corretor de imóveis; 2(1,96%) usuários (as) são cozinheiros (as); 1(0,98%) usuário (a) é dentista; 5(4,90%) usuários (as) são diaristas; 1(0,98%) usuário (a) é digitador; 8(7,84%) usuários (as) são do lar; 2(1,96%) usuários (as) são educadores; 1(0,98%) usuário (a) é esteticista de cães; 11(10,78%) usuários (as) são estudantes; 2(1,96%) usuários são funcionários (as) publico; 1(0,98%) usuário (a) é gerente de mercado; 1(0,98%) usuário (a) é lixador; 1(0,98%) usuário (a) é manicure; 1(0,98%) usuário (a) é mecânico; 1(0,98%) usuário (a) é operador (a) de caixa; 1(0,98%) usuário (a) é pedagogo (a); 10(9,80%) usuários (as) são pedreiros; 1(0,98%) usuário (a) é pintor; 1(0,98%) usuário (a) é porteira; 1(0,98%) usuário (a) é porteiro; 1(0,98%) usuário (a) é recepcionista; 1(0,98%) usuário (a) é reciclador; 1(0,98%) usuário (a) é roçador; 4(3,92%) usuários (as) são serviços gerais; 1(0,98%) usuário (a) é técnico (a) de enfermagem. E 31(30,39%) dos cadastros analisados não constam profissão dos usuários (as). Verifica-se que profissões advindas do trabalho informal são a grande maioria. No aprofundamento dos dados há que se levar em conta a sazonalidade característica da região.

**TABELA 01 - PROFISSÃO DOS USUÁRIOS (AS) DO  
CAPS I GUARAGUAÇU**

<b>PROFISSÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
AÇOUGUEIRO	2
ADMINISTRADOR OBRAS	1
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	1
ANALISTA DE SISTEMAS	1
AUXILIAR DE ESCRITÓRIO	2
BABÁ	1
CABELEIREIRA	1
CORRETOR DE IMÓVEIS	1
COZINHEIRO	2
DENTISTA	1
DIARISTA	5
DIGITADOR	1
DO LAR	8
EDUCADOR	2
ESTETICISTA DE CÃES	1
ESTUDANTE	11
FUNCIÓNÁRIO PÚBLICO	2
GERENTE DE MERCADO	1
LIXADOR	1
MANICURE	1
MECÂNICO	2
NÃO CONSTA	31
OPERADOR DE CAIXA	1
PEDAGOGA	1
PEDREIRO	10
PINTOR	1
PORTEIRO	1
PROFESSOR	1
RECEPCIONISTA	1
RECICLADOR	1
ROÇADOR	1
SERVIÇOS GERAIS	4
TÉCNICA ENFERMAGEM	1

Tabela 1 – Profissão dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

O vínculo empregatício dos usuários do CAPS I Guaraguaçu foi analisado segundo a situação empregatícia de cada usuário (a) e classificadas em aposentado, auxílio doença, benefício de prestação continuada (BPC), desempregado, não consta no cadastro, não trabalha, trabalha. E os seguintes

resultados foram encontrados: 7(6,86%) usuários (as) aposentados, 3(2,94%) usuários (as) em auxílio doença, 4(3,92%) usuários (as) com Benefício de Prestação Continuada (BPC), 32(31,37%) usuários (as) desempregados (as), 3(2,94%) não consta situação empregatícia nos cadastros, 27(26,47%) usuários (as) não trabalham, 26(25,49%) usuários (as) trabalham. Nota-se que numero de desempregados (31,37%) é o mais relevante, seguido dos que não trabalham (26,47%) e os que trabalham (25,49%).

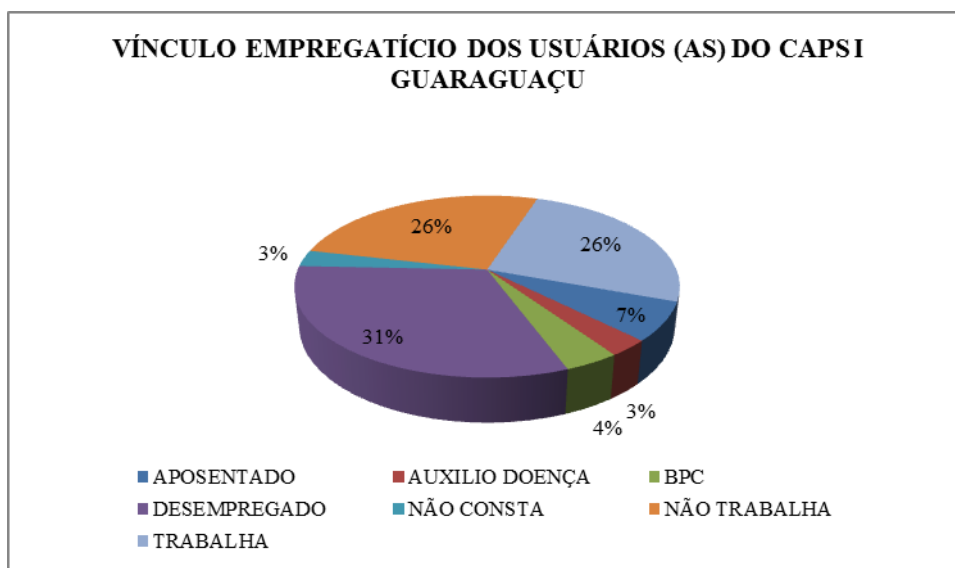


Gráfico 11 – Vínculo empregatício dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

Quanto à situação previdenciária dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu foi realizada a classificação para análise em: aposentadoria (idade, invalidez), auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), contribuinte, não consta no cadastro, não contribuinte, pensionista, seguro desemprego. Obteve-se os seguintes resultados: 8(7,84%) usuários (as) estão aposentados (as); 3(2,94%) usuários (as) estão em auxílio doença; 3(2,94%) usuários (as) possuem o Benefício de Prestação Continuada; 19(18,62%) usuários (as) são contribuintes; 5(4,90%) cadastros não constam essa informação; 61(59,80%) usuários (as) não são contribuintes; 2(1,96%) usuários (as) são pensionistas e 1(0,98%) usuário no momento da pesquisa estava recebendo seguro desemprego. Verifica-se que o percentual de usuários (as) não contribuintes (59,80%) é alta, justificando a alta taxa de desemprego entre os

usuários, bem como a falta de contribuição por conta do trabalho informal que demanda grande parte dos trabalhadores do município de Pontal do Paraná.

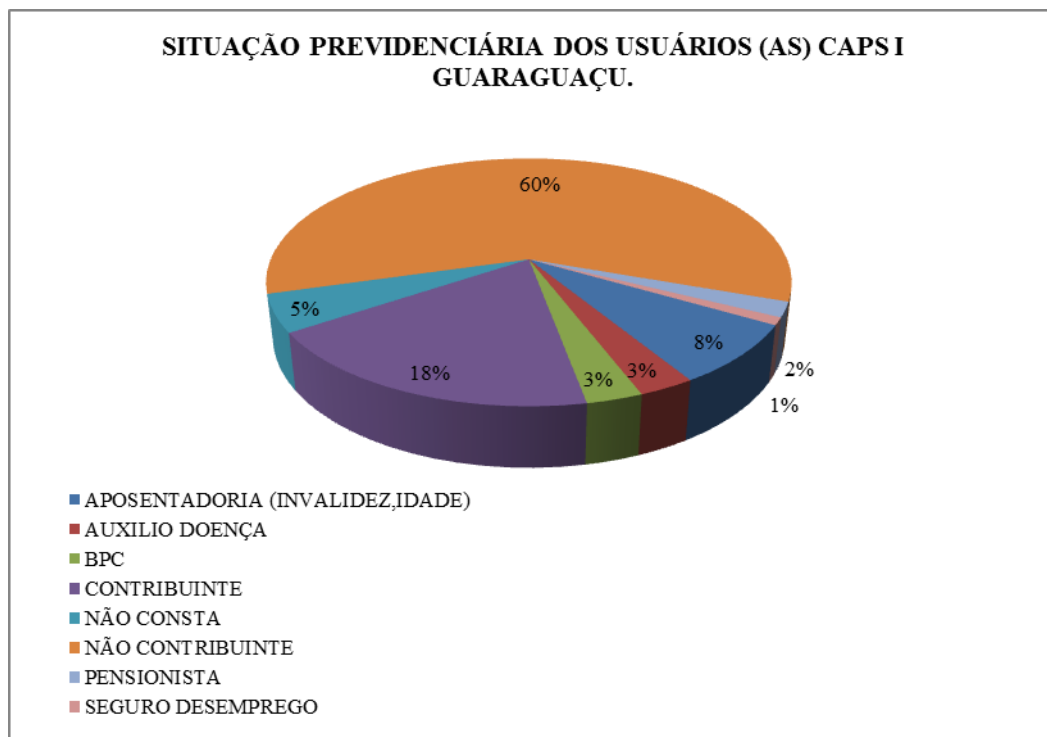


Gráfico 12 – Situação previdenciária dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

Indicador de grande relevância da pesquisa é a análise realizada em torno dos familiares de apoio (cuidadores) dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu, indicador que também se refere aos vínculos familiares desses usuários (as). Foi possível obter os seguintes resultados: 23(22, 54%) usuários (as) contam com o auxílio de cônjuge e filhos; 14(13,72%) usuários (as) contam com o auxílio apenas do cônjuge; 14(13,72%) usuários (as) não possuem familiares de apoio; 12(11,76%) usuários (as) contam com o auxílio da mãe; 11(10,78%) usuários (as) contam com o auxílio dos pais; 6(5,88%) usuários (as) contam com o auxílio dos filhos; 5(4,90%) usuários (as) contam com o auxílio familiares em geral; 5(4,90%) usuários (as) contam com auxílio de irmãos; 3(2,94%) usuários (as) contam com o auxílio do pai; 3(2,94%) usuários (as) contam com o auxílio dos avós; 3(2,94%) usuários (as) contam com o auxílio dos amigos (as); 2(1,96%) usuários (as) contam com o auxílio

do cônjuge e dos familiares e 1(0,98%) não consta no cadastro essa informação. Predomina os vínculos entre os cônjuges e filhos.

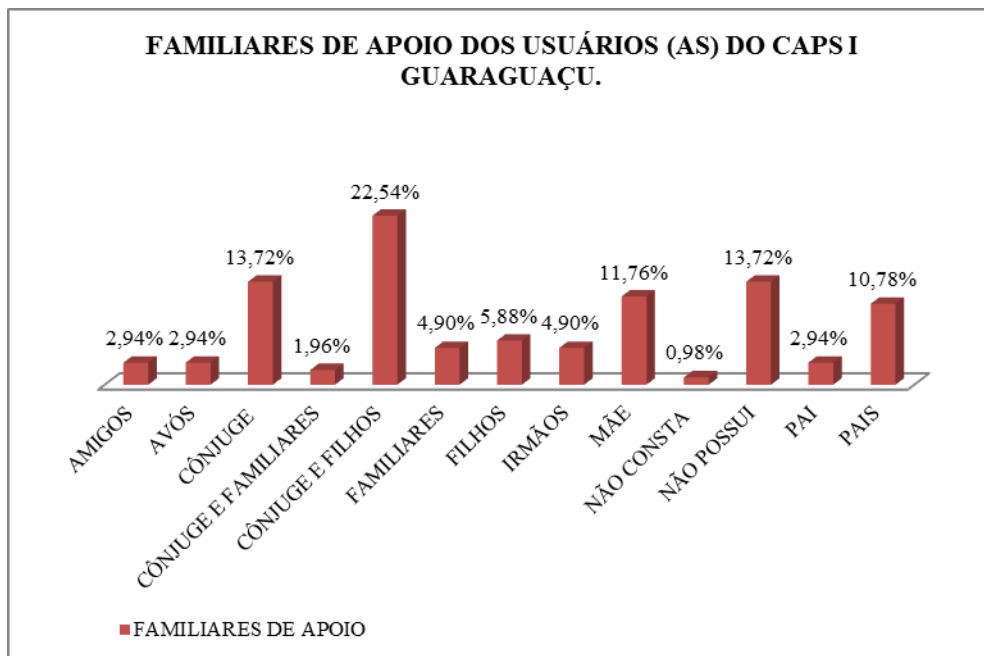


Gráfico 13 – Familiares de apoio dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

O numero de usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu que fazem uso de psicotrópico foi levantado. Foi possível verificar que dos 102 usuários (as), 76(74,50%) deles (as) fazem uso e apenas 26(25,49%) usuários (as) não fazem uso de psicotrópicos.

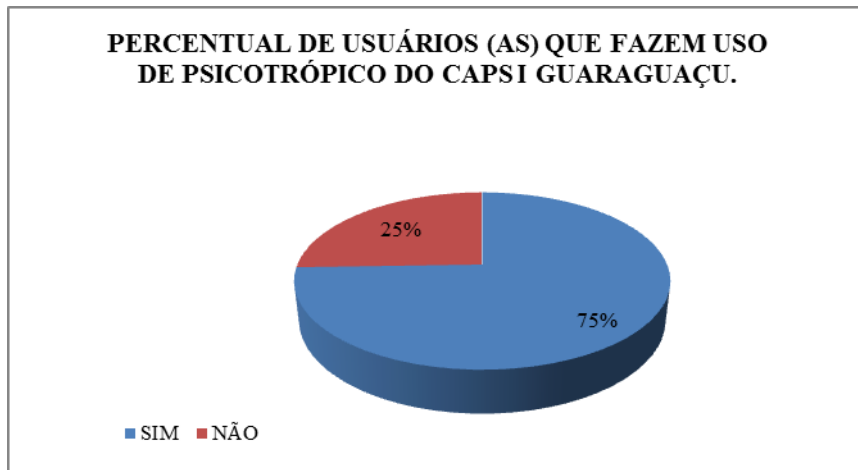


Gráfico 14 – Percentual de usuários (as) que fazem uso de psicotrópico do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

O tratamento dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu gira em torno de uma equipe multiprofissional composta, dentro do período da pesquisa, por 1(uma) enfermeira, 1(uma) psicóloga, 1(uma) psiquiatra e 1(uma) assistente social, a partir das especialidades citadas é desenvolvido o Plano Terapêutico Singular (PTS). A partir desse quadro foi analisado o numero de usuários (as) que participam deste acompanhamento e por quais especialidades tais usuários (as) estão sendo acompanhados simultaneamente. Obteve-se os seguintes resultados: 7 usuários (as) apenas passaram pelo acolhimento; 2 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pela enfermagem, psicologia e psiquiatria; 2 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pela enfermagem e psiquiatria; 3 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pela psicologia; 7 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pela psicologia e psiquiatria; 10 usuários (as) estão sendo acompanhados pela psiquiatria; 4 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço social; 2 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço social e enfermagem; 1 usuários (as) esta sendo acompanhado apenas pelo serviço social, enfermagem e psicologia; 6 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço social, enfermagem e psiquiatria; 10 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço social, enfermagem, psicologia e psiquiatria; 2 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço social e psicologia; 34 usuários (as) estão sendo acompanhados pelo serviço social, psicologia, psiquiatria; e 12 usuários (as) estão sendo acompanhados apenas pelo serviço e

psiquiatria. Diante dos resultados, nota-se que a maioria dos usuários (as) do CAPS I Guaraguaçu estão sendo acompanhados por 3(três) especialidades simultaneamente sendo elas o Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria. Destaca-se que a enfermagem foi o ultima especialidade a somar com a equipe de trabalho.

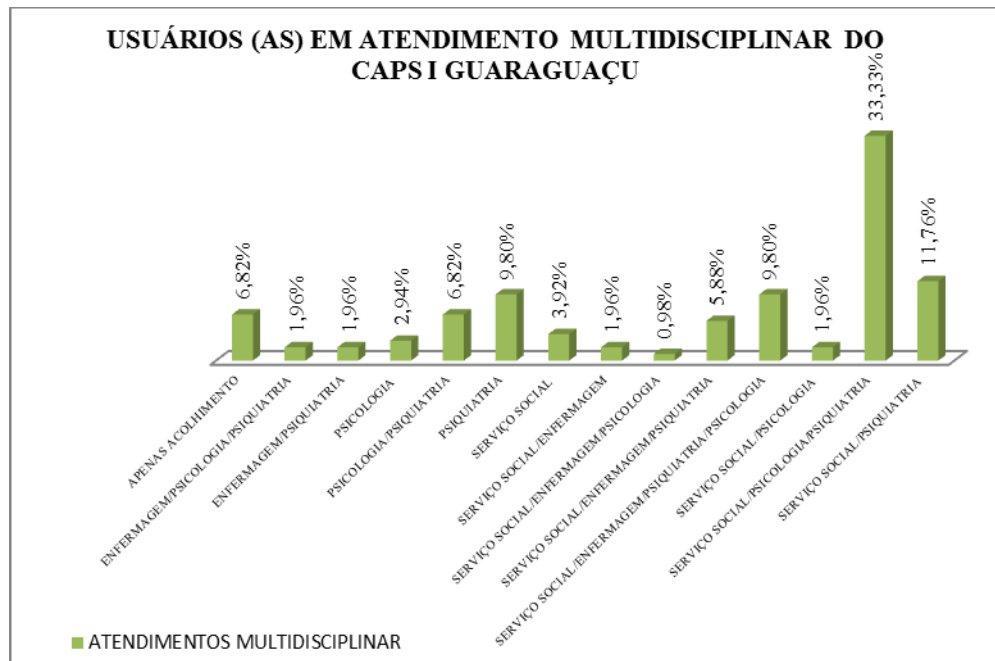


Gráfico 15 – Usuários (as) em atendimento multidisciplinar do CAPS I Guaraguaçu. FONTE: Pesquisa de Campo, 2014.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo principal resgatar os aspectos históricos da Saúde Mental no âmbito internacional e nacional que através da experiência da autora no estágio supervisionado constitui a aproximação sócio histórica do município de Pontal do Paraná, dialogando com a atuação do Serviço Social neste espaço sócio ocupacional e a realidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu.

Diante do que foi levantado observa-se que o profissional de Serviço Social amparado pelo Código de Ética Profissional, pela Lei que regulamenta a profissão e pelos Parâmetros de Atuação do Assistente Social no campo da saúde mental deve estar comprometido com os ideais da Reforma Psiquiátrica buscando promover a consolidação e a garantia dos direitos das pessoas acometidas a algum tipo de transtorno mental.

O profissional de Serviço Social deve estar ciente das dificuldades e dos limites encontrados no cotidiano institucional, entretanto é apenas através de sua articulação política que se torna possível garantir a cidadania e a reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços, buscando a reinserção social e familiar desses usuários.

Corroborando com tal posicionamento, a intervenção do profissional de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu se mostrou comprometida no tocante das intervenções sociais às demandas postas pelos (as) usuários (as) do aparelho.

Durante esse período foi possível observar a ausência de processos de gestão sobre as informações que eram produzidas, as quais, em nosso entender, poderiam contribuir estrategicamente para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelo setor e pela equipe multiprofissional. Situação que acaba por impedir uma maior apropriação sobre as demandas colocadas, bem como impede, portanto, o desenho de estratégias para respondê-las.

Nesse contexto foi elaborada a análise do Perfil Socioeconômico dos usuários (as) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu, onde dados socioeconômicos e demográficos foram coletados e sistematizados. Os gráficos e tabelas elaborados busca gerar informações e conhecimento da realidade local de modo a contribuir e subsidiar a intervenção desenvolvida pelo Serviço Social.

Intenciona-se, portanto, contribuir para o processo de estabelecimento das estratégias de gestão e planejamento no atendimento as demandas postas pelos (as) usuários (as) do aparelho através do processo de compreensão da realidade social.

A relevância da análise do Perfil Socioeconômico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Guaraguaçu se mostra não somente na contribuição para elaboração de estratégias de intervenção no campo do Serviço Social bem como no subsídio para o exercício de processos decisórios e intervenções multidisciplinares que possam beneficiar os processos organizativos e de gestão da instituição, mas também proporcionar melhor acompanhamento do tratamento desses usuários (as), conforme previsto pela Política Nacional de Saúde Mental.

Destaca-se que os dados apresentados neste trabalho poderá ser utilizados e aprofundados em futuras pesquisas e construção de projetos de intervenções.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Lei N°10.216 de 06 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 – Reforma Psiquiátrica no Brasil. Disponível em: <[http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11\\_Pol\\_SaudeSaudeM.pdf](http://www.cress.belemvirtual.com.br/arquivos/File/legislacoes/11_Pol_SaudeSaudeM.pdf)>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Lei N°1257 de 30 de novembro de 2012**. Dispõe sobre: Criação do Centro de Atenção Psicossocial do Município de Pontal do Paraná. Disponível em: <[www.pontaldoparana.pr.gov.br](http://www.pontaldoparana.pr.gov.br)>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. **De volta para Casa: Manual do Programa**. – Brasília; Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.Pdf>> Acesso em: 22 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria N° 2.077/GM de 31 de outubro de 2003** Dispõe: sobre a regulamentação da Lei N° 10.708. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077\\_31\\_10\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html)> Acesso em: 20 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto-lei N° 7.508 de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre: Regulamentação da Lei N°8.080, organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 21 de setembro de 2014.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara Superior de Educação. **Parecer CNE/CES 492/2001**, de 04 de julho de 2001. Dispõe sobre: Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos Superiores. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 14. 09 jul de 2001. Seção 1e, p. 50.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1997.

\_\_\_\_\_.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Programa “De Volta para Casa”: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. – Brasília ; Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf) Acesso em: 22 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília; 2010.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Decreto N° 86.329 de 02 de Setembro de 1981**. Dispõe sobre: Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextolIntegral.action?id=103491&norma=126843>>. Acesso em: 20 de Outubro de 2015.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Lei 8662 de 07 de junho de 1993**. Dispõe sobre: a profissão de Assistente Social e dá outras providencias. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf)>.

\_\_\_\_\_.BRASIL. **Portaria N° 3.088 de 23 de Dezembro de 2011**. Dispõe sobre: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Disponível em: <<http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/2034/COMPONENTES%20DA%20REDE%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PORT%203088%202011.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro de 2014.

\_\_\_\_\_.Organização Mundial de Saúde. **‘LIVRO DE RECURSOS DA OMS SOBRE SAÚDE MENTAL, DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO**. Cuidar, sim - Excluir, não’. OMS, 2005

\_\_\_\_\_.Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.** Saúde em Debate, v. 25, n.58, p.26-34, 2001.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil.** Rev. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. *No prelo*

FOUCAULT, Michael. **História da Loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva S.A. Éditions Gallimard, 1972.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. Ed. – São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional;** 3ª edição; São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** – 7 Ed. – São Paulo: Cortez, 2004.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional.** 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. V. 1. 232p.

LIMA, Maria José Girão. **A prática do Assistente Social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários.** Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina: 2004

MARCONI, A. Marina; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 6. Ed. – 7. Reimpr. - São Paulo: Atlas, 2006.

MARCONI, A. Marina; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6. Ed. – São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** – 10 Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Sofia L. Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. **Serviço Social e Saúde Mental**. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013. UFMA. São Luiz do Maranhão – (pág. 02-04).

POLIGNANO, Marcos V. **História das Políticas Públicas no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em:

<[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3 Ed. – São Paulo : Cortez, 2006.