

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA MARIA GOMES DE LUCENA

**O TRABALHO EM REDE NO CAPS I JOÃO PAULO II: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES PARA SUA EFETIVAÇÃO**

SOUSA-PB
2018

FERNANDA MARIA GOMES DE LUCENA

**O TRABALHO EM REDE NO CAPS I JOÃO PAULO II: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES PARA SUA EFETIVAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientado: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

SOUSA-PB

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

L935t

Lucena, Fernanda Maria Gomes de.

O trabalho em rede no CAPS I João Paulo II: desafios e possibilidades para sua efetivação. / Fernanda Maria Gomes de Lucena. - Sousa: [s.n], 2018.

89 fl.:il. Col.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) –
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.

1. Assitencia Social. 2. Saúde Mental. 3. Transtornos Mentais. 4.
Reforma Psiquiatrica. 5. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:616.89

FERNANDA MARIA GOMES DE LUCENA

**O TRABALHO EM REDE NO CAPS I JOÃO PAULO II: DESAFIOS
E POSSIBILIDADES PARA SUA EFETIVAÇÃO**

Monografia apresentada para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social,
na Universidade Federal de Campina Grande, pela seguinte banca examinadora:

Aprovada em: 01/08/2018

Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Júnior.
Orientador

Vanessa Eidam
Assistente Social

Palloma Maria Gomes Jácome
Assistente Social

SOUSA-PB
2018

Dedico este trabalho a meus filhos José Gabriel, Maria Ritha e Pedro Frank, em especial a meu anjo de Luz Gabriel que foi e é sem sombra de dúvida o maior estímulo para seguir minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Neste momento em que encerro mais um ciclo da minha vida, gostaria de aqui deixar registrado meu agradecimento a pessoas que tanto amo e que contribuíram para essa minha árdua e prazerosa jornada, digo essa dualidade, pois, foram muitas dificuldades enfrentadas para se chegar até aqui, muitas lágrimas, angústias, aprendizado, amizades e conquistas.

Muitas são as pessoas pelas quais eu gostaria de externar meus agradecimentos, mais citarei aquelas que não me abandonaram minuto algum, me estimularam, incentivaram e torceram incansavelmente pela conquista do meu sonho, sonharam junto comigo.

Agradecer à Deus, que me fez forte, que me ama de forma única, que não me permitiu abandonar e desviar do caminho que ele traçou para mim, pois, tenho certeza de seu amor e que o senhor Deus me fez para vencer, foram muitos os obstáculos, as tempestades vividas e sobrevividas, obrigado senhor Deus por me amar.

À minha mãe, agradeço por ser meu suporte diário, sempre ao meu lado ajudando a cuidar de meus filhos em minha ausência; uma mulher guerreira, determinada, decidida, amorosa, presente e muito especial, te amo.

Ao meu irmão Eduardo, que foi estímulo de força de vontade para buscar meu o sonho, você sabe da sua importância em minha vida, você foi em muitos momentos, pai, irmão, amigo, sempre me apoiando e ao meu lado, te amo.

Ao meu esposo, amigo e companheiro Frank Mangueira, por ter me apoiado todos os dias, e sem me permitir desistir nunca, foi e é um grande incentivador e

influenciador a ser determinada, você sabe que nada foi fácil, muitos desafios e barreiras precisei enfrentar para chegar até aqui, e você ali comigo, mesmo diante de sua vida corrida, esteve muito presente, te amo muito.

Ao meu pai (*in memoriam*) José Hélio de Lucena, que mesmo em sua ausência física se fez muito presente em minha vida, essa conquista e todas que virão também é sua, te amo.

Aos meus sogros, cunhados, cunhadas e sobrinhos (Juan, Raphael, Francisco Neto e Gustavo) agradeço a torcida, a vocês família muito obrigada.

A minha pequena Maria Eduarda que chegou em um momento que mais precisava e se tornou mais um grande amor em minha vida.

Às minhas amigas de jornada, Beatriz, Terezinha, Romilda, Aldenise e Luzia externo aqui meu muito obrigada pelo apoio vocês me deram muita força, fomos aguerridas, nosso dia a dia não foi fácil, nos tornamos incentivadoras uma das outras, fomos além de amigas, nos tornamos irmãs, sempre nos preocupando e ajudando. Em especial a Beatriz que foi consoladora, conselheira, irmã, confidente e cúmplice em um momento de minha vida, uma mulher sábia.

A minha amiga, irmã e comadre Roselânia pelas palavras de apoio e confiança que sempre proferiu, me encorajando para seguir e principalmente depositando em mim sua confiança.

Aos meus mestres, agradeço a paciência, o carinho, a amizade e o estímulo de que poderia vencer, para superar cada obstáculo que a vida me apresentou, cito aqui Marcelo Cavalcanti, Helmara, André Meneses, Tatiana, Cibelly, Juliana, Conceição, aqui não deixei apenas mestres, mas sim amigos.

Professora Paloma Jácome, uma criatura de um coração e meiguice extraordinária, suas palavras foram como bálsamo na hora que eu tinha que tomar algumas decisões em minha vida, e foi através da sua frase “filtre o que é mais importante neste momento para você”, que hoje estou em pé, mais forte e decidida, obrigada.

Professor Luan (amigo querido que despertou em mim o interesse pela saúde mental, foi através de suas aulas e debates que me estimulou a buscar na saúde mental espaço para futuras conquistas, a você meu muito obrigado.

Ao meu orientador Reginaldo França, que muito carinhosamente seguiu comigo estes meses, de maneira ímpar e sábia, um ser humano humilde e um amigo especial, agradeço a você os puxões de orelha, a correção na hora certa, aprendi muito contigo durante essa caminhada. Obrigada.

A minha querida Rose, supervisora de campo de estágio que não mediu esforços para transmitir sua experiência com muita competência e responsabilidade.

A todos os funcionários do CAPS I João Paulo II pela recepção sempre muito calorosa, receptiva e carinhosa.

A todos os meus colegas de trabalho por me apoiar todas as vezes que tinha que me ausentar para as atividades acadêmicas.

Por fim, e de maneira singular, agradeço aqui aos meus filhos: José Gabriel (*in memoriam*), filho amado que foi o maior incentivador que tive, ah filho, quantas noites ficamos estudando até tarde, você meu amor é parte ímpar desta conquista. Sua partida repentina se tornou um grande impulso para que eu fosse atrás do que sonho, por você e para você prometo ser melhor a cada dia, com uma ressalva, sem passar por cima de ninguém, pois, aprendi com você o

verdadeiro sentido de amar e se doar verdadeiramente ao outro. Deus me permitiu um aprendizado ao conviver contigo, que se eu vivesse cem anos não iria conseguir, você foi meu amigo, companheiro, confidente, incentivador... Te amo e te amarei sempre, todos os dias de minha existência sempre mais. Maria Ritha e Pedro Frank, vocês foram o gás para poder chegar até aqui, diante de tantas batalhas sei que vocês tem orgulho da mamãe, e não só essa, como as outras conquistas que virão, serão sempre oferecidas a vocês, meus amores e prova concreta do amor de Deus por mim, os amo incansavelmente, a cada dia mais e minha vida se resume a vocês, apesar do cansaço diário, do trabalho do dia, vocês me revigoram e me estimulam a sonhar mais, a buscar mais.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema “O trabalho em rede no CAPS i: desafios e possibilidades para sua efetivação”, identificando os desafios encontrados para a efetivação do trabalho em rede nesse espaço, para tanto, foram elencados os percalços encontrados pelo assistente social para a realização deste serviço e sua atuação no CAPS i João Paulo II. O trabalho foi motivado por reflexões realizadas a partir do campo de estágio no CAPS i João Paulo II – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes. Sendo assim, o objetivo da pesquisa se mostra em compreender a importância do trabalho em rede diante dos desafios apresentados para sua efetivação. Neste sentido o presente trabalho apresenta um breve histórico sobre a política de saúde brasileira, que antes de se constituir como direito do cidadão e dever do Estado, passou por um longo percurso, com obstáculos e avanços, conforme discutiremos no decorrer deste trabalho. Em seguida abordaremos um pouco da historicidade da Seguridade Social de forma suscita para uma compreensão mais ampla, posteriormente, teceremos algumas reflexões acerca da política de desmonte neoliberal e os seus reflexos na efetivação da Política de Saúde Brasileira finalizando com a Saúde Mental e seus desdobramentos refletindo sobre a atual política de saúde mental e seus atores, trazendo dados sobre a política de Saúde Mental no Brasil em especial sobre os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. Mostrando que o objetivo inicial das internações não era o tratar e reabilitar essas pessoas para o convívio social, mas, excluí-las. Em oposição à saúde mental que enclausurava a vida das pessoas acometidas de transtornos mentais e seus familiares, surge a Reforma Psiquiátrica levantando a bandeira de luta em busca das mudanças necessárias nas práticas de saúde mental, sendo este um marco fundamental nas mudanças que estão a caminho. A pesquisa aponta as dificuldades em efetivar o trabalho em rede, além de, apresentar a fragmentação dos processos de trabalho gerando a ineficiência dos tratamentos e o conformismo profissional. Ao mesmo tempo, constatamos a existência de uma rede informal, que envolve a presença de outras instituições para além da saúde. Desta forma, realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, orientado pelo método crítico-dialético. A partir da análise dos dados aponta-se a necessidade de articulação entre os serviços a partir de um sistema mais flexível e não fragmentado. Portanto o Serviço Social adentra a área da Saúde Mental, atuando junto aos pacientes, familiares e/ou cuidadores das pessoas em sofrimento mental, sendo registrado seu ingresso nessa área desafiadora por volta do ano de 1946.

Palavras-chave: Saúde Mental, Portadores de Transtornos Mentais, Serviço Social, Reforma Psiquiátrica, Conformismo, CAPS.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper has as its theme "Networking in CAPS i: challenges and possibilities for its effectiveness", identifying the challenges encountered for the effective work in redensse space, for that, were listed the mishaps found by the social worker for the accomplishment of this service and its performance in the CAPS and John Paul II. The work was motivated by reflections made from the field of internship in the CAPS and John Paul II - Psychosocial Attention Center for Children and Adolescents. Therefore, the objective of the research is shown in understanding the importance of networking in the face of the challenges presented for its effectiveness. In this sense, the present work presents a brief history about Brazilian health policy, which before being constituted as a citizen's right and the duty of the State, has gone through a long journey, with obstacles and advances, as we will discuss in the course of this work. Afterwards, we will address a little of the social security historicity in a way that prompts a broader understanding. Later, we will make some reflections about the policy of neoliberal dismantling and its effects on the effectiveness of the Brazilian Health Policy, ending with Mental Health and its consequences, reflecting on the current mental health policy and its actors, bringing data on Mental Health policy in Brazil, especially on CAPS - Psychosocial Care Centers. Showing that the initial goal of hospitalizations was not to treat and rehabilitate these people for social interaction, but to exclude them. As opposed to the mental health that cloistered the life of people affected by mental disorders and their families, the Psychiatric Reform arises raising the fight flag in search of the necessary changes in the mental health practices, being this a fundamental landmark in the changes that are in way . The research points out the difficulties in effecting networking, in addition to presenting the fragmentation of the work processes, generating the inefficiency of the treatments and the professional conformism. At the same time, we noticed the existence of an informal network, which involves the presence of other institutions besides health. In this way, a qualitative-quantitative research was conducted, guided by the critical-dialectical method. From the analysis of the data it is pointed out the need for coordination between services from a more flexible and non-fragmented system. Therefore Social Service enters the area of Mental Health, acting with the patients, relatives and / or caregivers of the people in mental suffering, being registered its entrance in this challenging area around the year of 1946.

Keywords: Mental Health, Mental Disorders, Social Work, Psychiatric Reform, Conformity, CAPS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Série Histórica do Número de CAPS Habilitados no Brasil por Tipo..... 51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Residências Terapêuticas por Ano.....	61
Gráfico 2: Beneficiários do Programa de Volta pra Casa por Ano.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEA - Centro Educacional de adolescentes
CEME - Central de Medicamentos
CF - Constituição Federal
CFM-Conselho Federal de Medicina
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Estratégia de Saúde na Família
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência Social
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NASP - Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SESP - Serviço de Saúde Pública
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRUDUÇÃO	16
2. UM RESGATE HISTORICO ACERCA DA COMPREENSÃO DA SAÚDE BRASILEIRA	20
2.1. A seguridade social brasileira: fundamentos para asua compreensão	20
2.2. Assistência Social no Brasil: Breve trajetória.....	28
2.3. A saúde como direito social.....	29
2.4. A política neoliberal e os seus reflexos na efetivação da política de saúde brasileira.....	37
3. DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL: UM RECORTE HISTÓRICO-METODOLÓGICO SOBRE A QUESTÃO NO BRASIL	41
3.1. As redes de atenção à saúde.....	53
3.1.1. Residências terapêuticas.....	58
3.1.2. Programa volta pra casa.....	62
3.2.A família e o cuidado em saúde mental, um elo necessário para o sucesso do tratamento	64
4. O SERVIÇO SOCIAL NA DINÂMICA SÓCIO INSTITUCIONAL: ATUAÇÃO E DESAFIOS NO CAPS I	66
4.1. Serviço Social: Desafios e possibilidades de enfrentamento às expressões da questão social	66
4.2. Caracterização da instituição.....	68
4.3. Resultados e Análises	70
5. CONSIDERAÇÕES	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	85

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto das inquietações que perpassaram minha experiência na disciplina de saúde mental, bem como do período de estágio supervisionado que aconteceu no CPAS i João Paulo II, além do meu contato com alguns setores da rede e minha participação no projeto de extensão intitulado (Re) Conhecendo a RAPS desenvolvido nos CAPS AD, CAPS i João Paulo II, o CAPS Tozinho Gadelha e a Residência Terapêutica.

Enquanto objetivo geral este trabalho busca “Compreender a importância do trabalho em rede diante dos desafios apresentados para sua efetivação”. Através deste, fomentar e refletir sobre a necessidade da articulação com a rede, vislumbrando ações e estratégias que fortaleçam o serviço. Para chegarmos a esta compreensão, alguns caminhos percorremos, neste sentido os objetivos específicos se voltaram desde conhecer a rede e seu funcionamento até reconhecer os desafios e fragilidades encontrados na articulação do trabalho em rede no CAPS i.

Para tanto, o trabalho faz uma contextualização histórica acerca da Saúde brasileira, refletindo sobre a compreensão da seguridade social, os movimentos que surgiram para dar visibilidade e legitimidade a saúde mental como uma política de imensurável importância, eclodindo com a atuação do assistente social no CAPS i.

Abordaremos no primeiro capítulo “Um resgate histórico à cerca da compreensão da saúde brasileira”, uma breve reflexão acerca da Seguridade Social apresentando inicialmente o sistema capitalista como sendo o grande responsável pelas desigualdades sociais, exploração da classe trabalhadora, refletindo sobre a lógica da Seguridade Social que visa garantir a proteção do trabalhador.

A política de saúde brasileira refletindo sobre seu o percurso histórico, abordando os processos de mudanças e transformações que a saúde enquanto

político percorreu até se constituir como direito do cidadão e dever do Estado, processo esse dotado de marco histórico.

Foi na década de 1930, quando houve o reconhecimento dos trabalhadores enquanto classe, que a assistência em saúde teve sua marca inicial, desenvolvendo um cenário pautado nos serviços de saúde onde anos depois, foi ganhando legalidade através de vários instrumentos estatais como decretos, leis, programas, etc.

A criação do Ministério da Saúde em 25 de julho de 1953, foi um marco de relevância, pois, configura-se como órgão que organiza os planos e as políticas públicas além, de objetivar a promoção, prevenção e assistência à saúde.

Partindo para as décadas de 60/70, período em que o país vive um regime repressivo e antidemocrático foram anos de grandes movimentações que deixaram marcas profundas na história do Brasil, período marcado pela censura e violência ditatorial, o regime provocou em diversos setores imensos flagelos, proporcionando a estes setores serviços precarizados e fragmentados principalmente na área da saúde, uma vez que o Estado passou a concentrar suas ações na política de assistência.

No entanto foi a partir de 1980, que se gesta uma superação do regime ditatorial, que deixou como resposta um país numa crise socioeconômica com inúmeras lacunas e prejuízos. Para muitos, a década de 80 ficou conhecida como a “Década Perdida”, devido à grande crise econômica que pairou sobre o país (PAULO NETO,1999). E foi neste cenário que surgiu o projeto da Reforma Sanitária, que consistiu numa união entre os profissionais da saúde, os partidos políticos e a sociedade civil, objetivando uma assistência em saúde igualitária para todos. Esse projeto foi uma primordial iniciativa, servindo de pontapé para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que se tem hoje.

A partir da Reforma Sanitária, a saúde foi amplamente discutida e abordada nos diversos setores da sociedade brasileira, através de Conferências Nacionais. Assim, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a

saúde passou a ser considerada como um direito do cidadão e dever do Estado e, unindo-se à previdência e a assistência, integrou o tripé da seguridade social.

Nos anos de 1990, houve a inserção do cenário neoliberal, o que acarretou em um alto grau de precarização na prestação de serviços para a sociedade, e a saúde não escapou da desresponsabilização do Estado, uma vez que este se tornou mínimo para as políticas públicas.

No segundo capítulo “Da psiquiatria à saúde mental: um recorte histórico-metodológico sobre a questão no Brasil”, no qual tecemos debates acerca das bases históricas do surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que datam da década de 1970, levando em conta os questionamentos acerca do modelo manicomial clássico, o ano de 1978 como marco político das transformações do modelo psiquiátrico clássico, neste cenário nacional surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

A proposta da reforma Psiquiátrica coloca o sujeito no centro do atendimento, ele é compreendido através das múltiplas determinações sociais sob o qual o indivíduo está inserido, portanto, podemos dizer que a política de Saúde Mental progrediu no que diz respeito à cidadania da pessoa em sofrimento mental. Nesta perspectiva a política de Saúde Mental busca dar fim com as internações permanentes e com o aprisionamento da loucura, resgatando a cidadania do portador de transtorno mental e o direito ao convívio familiar e social.

No terceiro capítulo “O Serviço Social na dinâmica sócio institucional: atuação e desafios no CAPS i”, foi o momento onde possibilitou refletir sobre a atuação do assistente social no campo de trabalho CAPS i, especificamente o CAPS i João Paulo II, realizando mensuráveis reflexões acerca da fragilidade e do insucesso dos atendimentos. Por fim levantamos a discussão acerca da importância do trabalho em rede, suas fragilidades e desafios, sendo pontuado pelo sujeito da pesquisa.

Neste sentido utilizamos como procedimentos metodológicos o método crítico-dialético de Marx que envolve a pesquisa em um trajeto de investigação e

exposição do objeto. Para compor a coleta de dados foram utilizadas pesquisas eletrônicas, pesquisas bibliográficas de caráter exploratório e de campo, neste sentido utilizamos o gravador de voz para permitir uma precisão maior dos dados e uma pesquisa semiestruturada que permitiu maior apropriação do questionário.

Levando em consideração todo o contexto exposto, pretende-se com este trabalho contribuir e incentivar novas pesquisas acerca da temática, além de uma abordagem mais aprofundada pelos profissionais e estudantes do Serviço Social e outras áreas do saber, proporcionando conhecer e contribuir acerca do trabalho em rede em saúde mental.

2. UM RESGATE HISTÓRICO ACERCA DA COMPREENSÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

2.1. A Seguridade Social brasileira: fundamentos para sua compreensão

A Seguridade Social esboça um quadro de lutas na busca pela garantia de direitos sociais. Neste contexto se destaca a classe trabalhadora que se apresenta com um reprodutor do sistema capitalista, de forma a intensificar as horas de trabalho, más condições para realizar suas atividades laborativas, baixos salários, ausência de direitos, configurando-se em um nítido quadro de exploração da classe trabalhadora. Contudo esse contexto exploratório é responsável pela pauperização da sociedade e sua desigualdade social, frutos da relação de submissão do trabalho X capitalismo, uma relação intrínseca que fortalece e intensifica o sistema capital.

Sendo assim, o trabalhador se apresenta como um ser desolador, sendo-o obrigado a vender sua força de trabalho para auferir seu sustento, como Montañó (2010), define no sistema capitalista o trabalhador não tem alternativa, se não vender sua força de trabalho, uma vez que não possui os meios de produção necessários para desenvolvimento do mesmo. Por conseguinte, o capital se institui como uma relação social, na qual o capital e o trabalho estabelecem uma relação de dependência mútua e necessária, de compra e venda da força de trabalho. Dessa forma, sendo elemento central o trabalho, capaz de valorizar o capital e gerar a acumulação de riquezas por meio da exploração e da alienação (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

N a década de 1923 a lógica da seguridade foi garantir a proteção do trabalhador, momentos exclusivamente, e às vezes com prioridade, proteção essa limitada, pois assegura apenas aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e sua família, ou aqueles que contribuem de forma autônoma. O modelo de seguridade social no Brasil regido pela lógica do seguro, modelo implantado pelo capitalismo, onde através da Lei Elói Chaves em 1923(Lei nº 4682 de

24/01/1923), predominou o acesso às políticas de previdência e de saúde apenas para a quem contribuísse para a previdência social. Por meio desta foram instituídas as caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs) e tinham como foco os trabalhadores da rede ferroviária, momento onde foi contemplado os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria por tempo de contribuição, pensão por morte, assistência médica, todos custeados pelo Estado, porém gestadas pela iniciativa privada.

A CAP foi ampliada na década de 20 para outros ramos de atividades, nos anos 30 às CAPS existentes foram incorporadas as IAP (Institutos de Aposentadoria e Pensão), tais institutos eram organizados pelo Estado e caracterizados como autarquias federais, este abraçou todos os trabalhadores urbanos e operários, o que antes contemplava apenas um grupo passou a ser semi-universal.

Surge, inicialmente, a necessidade de triagem da população que demanda a instituição. Tem por sentido eliminar aqueles que não tem vinculação com o aparelho produtivo e encaminhar para outra instituição de seguro aqueles vinculados ao setor de atividade própria daquela instituição em particular. (IAMAMOTO,2006, p.304)

A seletividade que perpassa por toda história e vem se arrastando até os dias de hoje, muito bem retratada por lamamoto (2006), o Estado desde muito tempo vem revelando sua ausência de capacidade para atender de forma igualitária a todos.

Na década de 40 com a consolidação das Leis do Trabalho nasceu a Previdência Social, tendo como forte influenciador a participação do Brasil na segunda guerra mundial e o Plano Beveridge¹.

¹O Plano Beveridge tinha por objetivos (a) unificar os seguros sociais existentes; (b) estabelecer o princípio da universalidade, para que a proteção se estendesse a todos os cidadãos e não apenas aos trabalhadores; (c) igualdade de proteção; (d) tríplice forma de custeio, porém com predominância do custeio estatal.” O Plano Beveridge tinha cinco pilares: (a) necessidade; (b) doença; (c) ignorância; (d) carência (desamparo); (e) desemprego. Era universal e uniforme. Visava ser aplicado a todas as pessoas e não apenas a quem tivesse contrato de trabalho, pois o sistema de então não atingia quem trabalhava por conta própria. (...) Tinha por objeto abolir o estado de necessidade. Objetivava proporcionar garantia de renda às pessoas, atacando a

Várias foram às medidas tomadas pelo Estado para que o Brasil viesse avançar, uma delas propostas pelo Presidente Juscelino Kubitschek² (1956-1961), seu plano de metas inaugurou a fase desenvolvimentista do país, com algumas ressalvas é claro, pois, o crescimento populacional, a crescente demanda social e suas expressões de desigualdade, cerceamento dos direitos básicos foram alguns dos problemas enfrentados pelo Estado, que passou a ceder e conceder algumas conquistas através da mobilização dos movimentos sociais, portanto este período se concentra por intensos conflitos e algumas conquistas, que a partir de então surgia a passos lentos.

Essa expansão de conquistas culminou com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social-LOPS, Lei que possibilitou a uniformização dos benefícios, porém não significou sua universalização, resultou sim em um aumento da irracionalidade na prestação de serviços, gerando um sistema de exclusão, seletista e minimalista.

Além da LOPS, outros mecanismos anunciados entre os anos 60 e 64 foram marcantes para o esboço do sistema previdenciário brasileiro:

O Decreto nº 48.959-A, de 10 de setembro de 1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social. A Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960, dispôs sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado à União, autarquias e sociedades de economia mista. (BRASIL. INSS, 2012)

Para tanto se faz necessário entender que este decreto e consequentemente a lei nº 3.841, proporcionou aos trabalhadores legalizados uma situação mais equilibrada, pois, o trabalhador conquistou ao longo de lutas um direito sobre a contagem por tempo de serviço em qualquer âmbito trabalhista.

indigência. (...) os princípios fundamentais do sistema eram: horizontalidade das taxas de benefícios de subsistência, horizontalidade das taxas de contribuição, unificação da responsabilidade administrativa, adequação dos benefícios, racionalização e classificação.

²Juscelino Kubitschek (1902-1976) ex-presidente do Brasil governou entre 1956 e 1960. Durante seu mandato construiu Brasília, a nova capital do País, inaugurada no dia 21 de abril de 1960.

A Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963, criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). A Resolução nº 1.500, de 27 de dezembro de 1963, do Departamento Nacional de Previdência Social, aprovou o Regimento Único dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. (BRASIL. INSS, 2012, sp)

Esse foi um dos marcos da previdência, pois, instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), foi criado para auxiliar o setor rural a financiar a previdência, ou seja, estendendo alguns benefícios conquistados pelos trabalhadores urbanos aos agrícolas brasileiros.

O Decreto nº 54.067, de 29 de julho de 1964, instituiu comissão interministerial com representação classista para propor a reformulação do sistema geral da previdência social (BRASIL. INSS, 2012). Esse decreto permitiu uma representatividade por meio de uma comissão para que fosse feita alterações no sistema previdenciário, quando houvesse necessidade, através deste era proposto a reformulação pela comissão interministerial.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo governo militar que unifica todas as instituições previdenciárias setoriais, resultando para a saúde previdenciária a consolidação da tendência da contratação de produtores privados de serviços de saúde estratégia, ação que geraria a expansão da oferta dos serviços através da política de privatização. O resultado dessa política privatizante surgiu com muita rapidez, desgastando a capacidade do Estado reforçando sua irracionalidade de controle sob a situação, gerando um descontrole nos custos do sistema, tanto em razão da opção pela medicina curativa, quanto pela forma de compra de serviços pela previdência.

A década de 70 foi marcada pela crescente elevação da cobertura do sistema que gerou forte crescimento da oferta dos serviços hospitalares, seguido do aumento dos gastos, esse processo se deu juntamente como cenário político de busca de legitimação do regime militar a partir de 1974, ano que foi implementado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, também chamado II PND , o PND foi um plano econômico e tinha como objetivo incitar a

produção de insumos básicos, bens de capital, alimentos e energia, este ficou sendo mais conhecido em virtude de sua resposta à crise econômica decorrente.

Através da Lei nº 6.439 em 1977 é instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), caracterizado como um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Esse era formado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS); Central de Medicamentos (CEME); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA). Apesar de seu modelo revolucionário o SINPAS não conseguiu ter importância significativa na solução ou prevenção da crise que se aproximava.

No ano de 1980 o país enfrenta uma grande crise econômica, o INAMPS surge com o objetivo de equacioná-la, a estratégia foi racionalizadora, de um lado, o controle de gastos via combate a fraudes, e por outro, o controle dos contratos com prestadores privados, passando a beneficiar o setor público das três esferas governamentais. A partir de 1985 o INAMPS passou a espalhar os convênios das IASs em todo o território brasileiro estimulando os debates sobre as organizações das políticas sociais e gerando estratégias de descentralização dos programas setoriais, o qual fomentou o fim do INAMPS.

Foi a partir de 1988 com a Constituição Federal que as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social (previdência, saúde, assistência) ganharam uma nova reestruturação, partindo de uma nova roupagem com caráter inovador, caracterizado por BOSCHETTI (2004,p. 113-114), “um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)”. Portanto a CF representou um avanço relevante para a proteção social vigente, focalizando uma forma mais universalizante e igualitária na organização da proteção social.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 194, disposto no capítulo II, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1988, p.53).

A definição constitucional nos remete notar que a Seguridade Social tem como objetivo assegurar saúde, previdência e assistência. De acordo com Marisa Ferreira dos Santos (2011), trata-se de normas de proteção social, destinadas a prover o necessário para a sobrevivência com dignidade, que se concretizam quando o indivíduo, acometido de doença, invalidez, desemprego, ou outra causa, não desprende condições de prover seu sustento ou de sua família. Sendo assim é válido pensar que os direitos constitucionais transpassam o desejo de que todos estejam protegidos, mesmo que essa proteção esteja entre um parâmetro de custeio e necessidade.

Quanto aos princípios fundamentais da Seguridade Social: (I) Solidariedade social; (II) Universalidade da cobertura do atendimento; (III) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; (IV) Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; (V) Irredutibilidade do valor dos benefícios; (VI) Equidade na forma de participação no custeio e (VII) Diversidade da base de financiamento. Todos inseridos no Art:194 da Constituição Federal de 1988.

Mota (2011), acrescenta em sua obra que a partir dos anos 80 a Seguridade Social passou por momentos de discussão dentro do conjunto das reformas econômicas e sociais, sob a percepção de que é necessário a instauração de um projeto de classe que seja nacional e hegemônico, todavia se faz preciso a análise das contradições que permeiam este processo.

Portanto pode-se dizer que os princípios da Seguridade Social foram decisivos para o processo de consolidação da política pública de Assistência Social. Eles foram defendidos pelos múltiplos atores da área de Assistência Social que se mobilizaram, em meados da década de 1990 em torno da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que foi uma conquista decisiva para a materialização do direito à assistência social.

A LOAS apresenta em seu corpo Princípios e Diretrizes, este último constitui a descentralização político-administrativa aos estados, municípios e Distrito Federal, como também a reafirmação da responsabilidade do Estado no comando das ações em cada esfera do governo.

Partindo dos Princípios o art. 4º define em seus incisos, “I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;”

Em seu primeiro inciso podemos perceber que a LOAS assegura que aqueles que estão em situação de vulnerabilidade devem ter suas necessidades asseguradas com primazia, prioridade, ou seja, as necessidades sociais devem ser respeitadas, garantindo a estes sua manutenção primária.

No seu II inciso “Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;” aonde vem nos mostrar que todas as pessoas devem ter seus direitos e informações referentes aos mesmos de forma clara, ampla e universal onde os mesmos sejam informados e acessíveis a todas as políticas públicas, sem restrição qualquer que seja.

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

Todo e qualquer cidadão, independentemente de sua condição social deve ter sua dignidade respeitada e preservada, não é permitido qualquer tipo de repulsa. Independentemente de qualquer situação, econômica, social, religiosa ou de gênero, o cidadão deve ser respeitado.

O inciso IV diz respeito a “Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; “O mesmo, vem assegurar de maneira nítida a igualdade de direitos a todas as pessoas indistintamente, sem predileções, econômica, social, religiosa ou de gênero, assegurado pela constituição federal.

O inciso de número V vem tratar da “Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.” Este inciso se apresenta como um dos mais relevantes para que a sociedade conheça e reconheça de fato seus direitos relacionados a benefícios, programas e projetos assistenciais, pois, muitos desconhecem onde encontrar as informações sobre eles, sua finalidade, relevância, resultados alcançados, bem como quais procedimentos iniciais que devem e podem ser adotados pelas e para as pessoas em situação de vulnerabilidade social. As Diretrizes em seu art. 5º, vem fortalecer “I - Descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;”

A descentralização acontece como forma de proporcionar a população ações mais focalizadas, ou seja, os estados e municípios tomem as decisões e implementem a política de acordo com as diversidades e necessidades daquele território.

No inciso II deste artigo diz respeito a “Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

Efetivar esta participação popular por muito tempo custou caro, todavia, a participação da sociedade civil na gestão da coisa pública ganha novos contornos e dimensões, com a inclusão de vários atores sociais no processo de deliberação pública.

O inciso III do mesmo artigo vem tratar da “primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera do governo.” Cabe ao Estado criar mecanismos para que os direitos dos cidadãos sejam concretizados e sua efetivação sejam realizadas através de ações que objetive o financiamento da política, a estrutura de gestão e a execução dos serviços e da participação social.

Através dos Princípios e Diretrizes pode-se perceber que a Lei Orgânica da Assistência Social se apresenta como um impulsionador legal que visa

garantir a quem dela precisar as necessidades básicas, assegurar proteção através de programas e projetos, sendo assim,

A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. (LOAS,1993)

Percebe-se que para “o fazer” acontecer ao enfrentamento da pobreza é necessário que ocorra integração da assistência com as políticas setoriais (saúde, educação, saneamento, habitação e segurança), ou seja, a importância da articulação intersetorial entre as políticas por meio do envolvimento de outras áreas e diferentes atores sociais potencializa as estratégias garantindo os mínimos sociais necessários.

2.2. Assistência Social no Brasil: Breve trajetória

O surgimento da assistência no Brasil se deu por volta de 1930, quando as primeiras ações voltadas para a “assistência” eram uma prática antiga pautada na solidariedade e na ajuda. A partir desse momento o Estado passa a incorporar ações de assistência aos trabalhadores em função da expansão do capital. Neste sentido o Estado busca atuar como agente de apoio, anos depois, esse mesmo Estado reconhece sua responsabilidade em solucionar a “questão social “de forma politizada. (IAMAMOTO e CARVALHO 2011).

A Legião Brasileira de Assistência, a primeira grande instituição nacional de assistência social organizada em sequência a presença do país na Segunda Guerra Mundial, onde buscou atender aos familiares dos convocados à guerra, anos depois passa a atuar em praticamente todas as áreas da assistência social.

É com a Constituição Federal de 1988 que se dá o marco fundamental desse processo de reconhecimento de assistência social enquanto política social

que, junto com as políticas de saúde e de previdência social, compõem o tripé do sistema de seguridade social brasileiro.

A Legião Brasileira de Assistência, a primeira grande instituição nacional de assistência social organizada em sequência a presença do país na Segunda Guerra Mundial, onde buscou atender aos familiares dos convocados à guerra, anos depois passa a atuar em praticamente todas as áreas da assistência social.

É com a Constituição Federal de 1988 que se dá o marco fundamental desse processo de reconhecimento de assistência social enquanto política social que, junto com as políticas de saúde e de previdência social, compõem o tripé do sistema de seguridade social brasileiro.

Outro marco relevante foi a criação da LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742, de 1993, que visa assegurar a assistência social à população, como um direito da cidadania, além de sistematizar e institucionalizar, como permanentes, os serviços assistenciais às famílias em situações de vulnerabilidade e de risco social (CFESS, 2009).

Em 2004 surge o SUAS-Sistema Único da Assistência Social que visa o modelo de gestão descentralizada e participativa, com base na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais, com vista a consolidar o conteúdo da LOAS (PNAS, 2004).

De acordo com as informações expostas, percebe-se que há um longo a ser percorrido para a assistência social enquanto política social desenvolva suas atribuições de acordo com o previsto na lei.

2.3. A Saúde como direito social

A saúde, como política pública, percorreu um caminho árduo até chegar ao que hoje se apresenta. Durante o século XVIII, as práticas de assistência em saúde eram praticamente em forma filantrópica, porém, com os avanços políticos e econômicos no século seguinte passou a ser palco de campanhas e até mesmo de requisições por parte de operários em seus primeiros movimentos.

Inicialmente, a assistência em saúde se deu através das Santas Casas de Misericórdia, tendo a primeira surgido em Olinda no ano de 1539. Essas instituições tinham caráter filantrópico e tinham como objetivo

“atender à população carente, cuidando dos enfermos em seus hospitais, alimentando os famintos, sepultando os mortos, educando os enjeitados em seus orfanatos e acolhendo os recém-nascidos abandonados na Roda dos Expostos³” (Marchesotti, 2013).

Portanto, pode-se perceber que as Santas Casas tinham um relevante papel, uma vez que funcionavam como hospitais, abrigos, educandários. A Santa Casa de Misericórdia foi uma instituição fundamental para a Igreja Católica conservar e/ou reaver sua hegemonia junto à sociedade e seu espaço junto ao Estado.

A caridade era a marca principal destas entidades, todavia, poucos imaginavam o que existia por trás de tantas boas ações, eram associações organizadas para prestar assistência àqueles que viviam em situação de vulnerabilidade, mas também eram o lugar “certo” para depositar aqueles que nada tinham a contribuir com a sociedade, porém, muito a contribuir as referidas entidades, que viam nestas pessoas escusos fins lucrativos.

Foi a partir da década de 1930, quando houve o reconhecimento dos trabalhadores enquanto classe, na busca de respostas por parte do Estado/Empresariado, que começaram a eclodir os movimentos sociais e o papel do Estado passou a ser revisto. Sendo assim, a saúde passou a ter uma atenção mais focada pelo viés estatal, foi elaborada uma política que priorizasse as condições sanitárias para a sociedade, como forma de refletir sobre os trabalhadores urbanos e agora organizados, a partir de então vistos como sujeitos de grande relevância na conjuntura política e capitalista.

³De forma cilíndrica e com uma divisória no meio, esse dispositivo era fixado no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior da parte externa, o expositor colocava a criança que enjeitava, girava a Roda e puxava um cordão com uma sineta para avisar à vigilante – ou rodeira – que um bebê acabara de ser abandonado, retirando-se furtivamente do local, sem ser reconhecido. MARCÍLIO, Maria Luiza. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

Sendo assim, a política de saúde foi dividida em duas áreas: a da saúde pública, através do decreto 4275, de 17 de abril de 1942 que autoriza o “Ministério da Educação e Saúde a organizar um Serviço de Saúde Pública” – SESP; e a área da medicina previdenciária que, ao surgir a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2009, p. 92). Na ótica da prestação da assistência em saúde, os IAPs, representados pela união entre várias categorias profissionais, vieram proporcionar assistência médica previdenciária aos trabalhadores contribuintes.

As ações do Estado na tangente da saúde pública nas décadas de 1930 e 1940 foram reunidas principalmente nas campanhas sanitaristas e profiláticas, nas atividades de controle e combate à febre amarela e no interesse pelo ensino e pesquisa nas áreas médica e científica. Foi nesse período que se realizou a I Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1941, e a criação do primeiro Conselho de Saúde.

A referida CNS pautou-se em quatro eixos:

Organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (FIOCRUZ, online).

Em 1950, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde, que tematizou a inclusão de uma legislação referente à higiene e a segurança no trabalho. Em 1953 o Congresso Nacional decretou e o então presidente Getúlio Vargas (1951- 1954) sancionou a Lei de nº 1920, de 25 de julho, que dispõe sobre a criação do Ministério da Saúde, órgão responsável pela atenção aos problemas relacionados à saúde da população.

As décadas de 1960/1970, diante de uma conjuntura histórica conturbada vivenciada pelas condições ditatoriais, a política de saúde passou a priorizar os setores privados, enquanto a saúde pública se encontrava numa situação de atenuantes prejuízos. Um quadro perceptível de privilegio e ascensão à lógica de mercado atrelado a normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, um grande aporte foi instalado para fortalecer o sistema capitalista, quadro que significou uma clara opção pela medicina curativa, a qual não beneficiava em nada a população mais vulnerável, já que, apenas os que contribuía na previdência social eram beneficiados.

Em 1963, foi realizada a III CNS, essa com um relevante significado, pois, propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país, foi este o momento em que houve nitidez das necessidades e possibilidades do povo brasileiro, através dos programas de saúde, ganhando ênfase a proposta de descentralização a execução das ações básicas de saúde, atrelada à proposição de um plano nacional de saúde, flexível para adequar-se à realidade econômica, política e social da sociedade, respeitando as diferenças regionais.(Conselho Nacional de Saúde,1963).

A política de saúde no Brasil durante o regime militar consistiu no predomínio financeiro das instituições previdenciárias e numa forte hegemonia técnico/burocrática que atuava diretamente na mercantilização dos serviços de saúde. É visível que a saúde pública, durante o período militar, foi deixada em segundo plano.

Em 1966,os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados dando origem ao Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, que ficou responsável pelos benefícios previdenciários da assistência médica aos segurados e seus familiares, vale ressaltar que, até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde.

Para tanto, o INPS passou a ser o grande financiador dos serviços privados de saúde, garantindo ao sistema a prática médica pela lógica do lucro, além do fortalecimento do setor privado.

Os anos de 1974 tiveram sua atenção voltada para as demandas exigidas pela sociedade, sendo assim, a política de saúde, nesse período, enfrentou grandes tensões entre os interesses dos setores estatais e empresariais e a emergência do movimento sanitário. Nessa contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada (BRAVO, 2009), medidas essas que tinham como foco o enfrentamento à “questão social”.

Em 1975, aconteceu a V Conferência Nacional de Saúde, onde foram debatidos os problemas da insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde. Nesse momento, o Governo Federal apresentou a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229 que definia as atribuições dos diversos ministros envolvidos com a questão saúde, além das atribuições das instâncias federal, estadual e municipal. Assim, a V conferência contou com cinco eixos de debates:

I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. (Conselho Nacional de Saúde, 1975)

Após dois anos, em 1977, foi realizada a VI CNS, que veio ampliar importantes direcionamentos da política brasileira de saúde, através das seguintes temáticas:

I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde. (Conselho Nacional de Saúde, 1975).

Apesar da superação do regime ditatorial, uma forte crise econômica foi deixada de herança. Assim, houve a construção do projeto da reforma sanitária que contou com a atuação de profissionais da saúde, de partidos políticos e da sociedade civil que clamavam por uma assistência à saúde para todos/as. A reforma sanitária foi um relevante marco para a assistência em saúde, se caracteriza como uma construção histórica de idealização de uma assistência em saúde universal e igualitária se apresentando com o ponto inicial para a edificação do Sistema Único de Saúde, sendo assim a Reforma Sanitária contempla,

O conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, 2015, p.02).

Dessa maneira, foi viabilizada uma concreta discussão acerca das condições de vida e saúde da população, onde a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, de maneira a universalizar o acesso por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Chegando a década de 1980 é visível a grande insatisfação com o Sistema de Saúde da época, pelo seu caráter centralizador, excludente e insuficientemente administrado. Nessa perspectiva, veio a VII CNS, que buscou uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais e teve como temática “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”.

Outro marco significativo para a política de saúde, dentre as conferências realizadas até então foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu em março de 1986, num quadro de democratização social, a CNS ganhou impulso relevante, pois, caracterizou-se como sendo um dos principais movimentos de luta pela universalização da saúde, além de contar com o apoio e participação de profissionais das mais diferentes categoriais e grupos vinculados à saúde, garantindo forças para a efetivação da reforma sanitária. Para Luz (2000,p.302) “ a intensa movimentação da sociedade civil teve um papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde...”, portanto pode-se dizer que a VIII CNS foi de fato um grande gerador de forças para se romper com um passado de retrocessos, afinal foi dado o primeiro passo na tentativa de se garantir o acesso à saúde como direito social universal.

A VIII CNS partiu da compreensão de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, enfatizou ainda a necessidade da reestruturação do sistema de saúde com a criação de um SUS, que passasse a ser considerado como resultante de alguns fatores que estão no âmbito da promoção como: alimentação, lazer, trabalho, transporte, habitação, educação, renda, liberdade acesso aos serviços de saúde (BRAVO, 2011).

É exatamente a partir desse marco que em 1987 há a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Tal sistema tinha como diretrizes:

a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. (MALIK,1998))

A aprovação do SUS com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foi imensamente expressiva para a sociedade. Embora ter sido criado em um período de inúmeros entraves no país, diante de uma forte inconstância econômica, o que gerou sérios problemas tendo em vista a influência do

neoliberalismo⁴ que, paralelo ao atraso do contexto social, trouxe consigo preocupantes percalços para a regulamentação dos princípios preconizados pela Constituição Cidadã.

Nesse contexto, a saúde passa a ser direito de cidadania regida pelos princípios da igualdade, equidade e universalidade, para garantir o acesso a todo e qualquer brasileiro, independentemente de classe social, raça, religião, sem distinção, discriminação ou preconceito, tendo sua execução por meio do SUS e, ligada à assistência e a previdência, passa a integrar o tripé da Seguridade Social, que consiste em um conjunto de políticas sociais que objetivam o amparo e a proteção do cidadão. No título VIII, que trata da ordem social a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 194 vem abordar os objetivos da seguridade social.

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - Equidade na forma de participação no custeio;
- VI - Diversidade da base de financiamento;
- VII - Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (CF, 1988).

⁴Neoliberalismo é um sistema econômico que prega uma intervenção mínima do estado na economia, deixando o mercado se autorregular com total liberdade. Defende a instituição de um sistema de governo onde o indivíduo tem mais importância do que o Estado, sob a argumentação de que quanto menor a participação do Estado na economia, maior é o poder dos indivíduos e mais rapidamente a sociedade pode se desenvolver e progredir, buscando um Bem-Estar Social. Esse tipo de pensamento pode ser representado pela privatização e pelo livre comércio. (Milton Friedman, 1973)

Como suporte, visando apoiar a normatização da saúde, foi criada em 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei 8.080/90, que juntamente com a lei 8.142/90, vem regulamentar as ações no que se refere a prestação dos serviços de saúde. Portanto, é através destas leis, que é assegurado um direito que é fundamental de todo cidadão, além de ser de responsabilidade do Estado, ou seja, a saúde, como também o provimento das suas condições mínimas baseada na integralidade.

Conforme a LOS, as ações e serviços do SUS se dão pautados na promoção, prevenção e recuperação. A promoção em saúde significa estimular a qualidade de vida e de saúde através de atividades físicas, lazer, alimentação saudável, educação, arte.

O SUS se organiza por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como princípios básicos a universalidade, equidade e integralidade, além da descentralização e hierarquização dos seus serviços.

Em seguida abordaremos a política neoliberal e seus posicionamentos frente a efetivação da política de saúde brasileira, enfatizando o desmonte causado pelas privatizações face aos serviços públicos.

2.4. A política neoliberal e os seus reflexos na efetivação da Política de Saúde Brasileira

Os anos de 1990 são marcados pela reforma gerencial do Estado no intuito de rever o papel estatal. O cenário brasileiro se tornou um espaço de amplas discussões, uma vez que a política neoliberal se norteia pelas recomendações do Fundo Monetário Internacional (FMI), baseando-se em critérios definidos, quais sejam: privatização, focalização e descentralização. O cidadão tem se reduzido a “cidadão consumidor”, pagando para se ter acesso aos serviços (BERHING, 2008). As medidas neoliberais começaram a se fazer

presentes no governo de Fernando Collor⁵ (1990-1992) e se alastraram nos governos de Fernando Henrique Cardoso⁶ (1995-2002), através do total apoio e investimento do Estado aos setores privados.

A política do neoliberalismo estagnou todas as políticas públicas, tornando-as bem mais seletivas, focalizadas e excludentes, o que penaliza as classes menos favorecidas da sociedade. É visivelmente preocupante o objetivo neoliberal, que tem como foco viabilizar o fortalecimento do setor privado em todas as suas esferas, e em contrapartida o Estado passa a regular os direitos sociais e trabalhistas, de modo a minimizá-los favorecendo e fortalecendo o sistema capitalista. A partir dessa concepção, o governo reduziu os investimentos na saúde pública, promovendo abertura para a saúde complementar por meio de planos privados de saúde.

A aceitação dessa política, que leva a uma quase que total desresponsabilização do Estado para com as políticas públicas, promove a privatização e mercantilização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, posto que:

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2006, p. 100).

⁵Eleito em 1989, Collor levou o país ao caos político e econômico com as medidas que adotou. Tomando posse em 15 de março de 1990, com um índice de inflação de 84% ao mês, instalou um plano de estabilização econômica de inéditas proporções, decretando a troca da moeda de cruzeiro novo para cruzeiro e o confisco de contas correntes e poupanças, objetivando atacar firmemente o problema da instabilidade da moeda e da inflação. Desconhecendo as leis, abusa das medidas provisórias, impactando a população e deixando confusos os partidos políticos e o Congresso Nacional” (MESTRINER, 2011, p. 198). Assim, após dois anos e sete meses de governo, Fernando Collor de Melo é protagonista do único impeachment da história política brasileira, o que trouxe à tona seu envolvimento em inúmeros casos de corrupção.

⁶Fernando Henrique Cardoso foi presidente por dois mandatos consecutivos (de 1995 a 1998 e de 1999 a 2002). Suas principais marcas foram a consolidação do Plano Real, iniciado no Governo de seu antecessor, o presidente Itamar Franco, a reforma do Estado brasileiro, com a privatização de empresas estatais, a criação das agências regulatórias e a mudança da legislação que rege o funcionalismo público, bem como a introdução de programas de transferência de renda como o Bolsa Escola.

Assim sendo, a refilantropização⁷ que Bravo (2006) cita se refere a ampliação das Organizações Não Governamentais (ONGs), atrelada às parcerias firmadas com o Estado, o que vai mais fortemente retirar a incumbência estatal para com o social, estimulando cada vez mais a mercantilização dos serviços.

Em tempos neoliberais, a política de saúde torna-se cada vez mais minimalista para a sociedade. Porém, é pertinente ressaltar que, embora a contrarreforma tenha acarretado prejuízos sociais, contudo o Estado ainda continua a ser o maior provedor de direitos.

No campo da saúde, por sua vez, o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público [...]. Já atendimentos de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, o que torna seu acesso mais difícil por parte da maioria da população (BEHRING, 2008, p. 268).

Os governos que se seguiram, adotaram posturas que se aproximam desse caráter neoliberal, porém, durante os governos Lula⁸(2003–2011) e Dilma⁹(2011–2016), mesmo em meio ao quadro caótico trazido por essa política de desmonte, os programas sociais passaram a ter uma maior visibilidade.

Diante de toda abordagem aqui discutida, torna-se nítida a premissa de que o surgimento e desenvolvimento do SUS desde sempre obedeceu ao desenvolvimento da lógica capitalista em seus mais diversos desdobramentos.

⁷É um estudo sobre as novas fórmulas de implementação das políticas sociais no neoliberalismo. A refilantropização da Assistência Social, com forte expansão do setor privado na área das políticas sociais, são exemplos deste processo (BRAVO, 2006).

⁸A eleição de Lula, que havia sido derrotado nos anos de 1989, 1994 e 1998, é marcada por ter sido a primeira na história brasileira de um ex-operário ao posto mais importante do país, governou o país em dois mandatos (2003 até 2006, e de 2007 até 2011).

⁹O período é marcado por fato histórico, pois representa a primeira vez que uma mulher assumiu o poder no Brasil no posto mais importante do país. O período correspondente ao segundo mandato de Dilma Rousseff também foi marcado por uma grave crise econômica com a maior queda do PIB brasileiro desde 1930-1931 e o PIB per capita encolhendo mais de 9% entre 2014 e 2016.

Para ir além de uma reflexão acerca dos desdobramentos do SUS, os princípios e diretrizes deste tornam-se, cotidianamente insatisfatórios para a sociedade com a má distribuição dos recursos físicos, humanos e estruturais nas instituições de assistência em saúde, pôde-se observar que existe um longo caminho a percorrer para que haja a real efetivação do que se encontra tão nítido e abrangente no plano teórico.

Abordaremos no próximo capítulo a saúde mental com todas as suas especificidades, desafios e fragilidades a qual se apresenta em seu contexto histórico, com recorte metodológico sobre a questão no Brasil.

3. DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL: UM RECORTE HISTÓRICO-METODOLÓGICO SOBRE A QUESTÃO NO BRASIL

Durante muito tempo, os loucos¹⁰, os doentes mentais entre outras denominações anunciadas a estas pessoas ao longo da história. Para tanto, é histórico que até 1830 no Brasil não existiam tratamentos apropriados para as pessoas em sofrimento mental, os que eram acometidos das tais patologias de ordem psíquica e pertencentes à classe burguesa eram presos em casa, à classe pobre eram jogados nos porões da Santa Casa de Misericórdia. Com a chegada da Família Real ao Brasil, surge a psiquiatria, que tinha como o objetivo colocar ordem na sociedade, através desta, tratar aqueles que a sociedade considerava anormais, disciplinando-os para assim estar compatível ao desenvolvimento mercantil, e as novas políticas do século XIX.

A loucura só vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil, depois de ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos. Nesse período de modernização e consolidação da nação brasileira como um país independente, passa-se a ver os loucos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública”. Aos loucos que apresentassem comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável [...]. (PASSOS, 2009, p. 104).

Portanto, é evidente a condição das pessoas em sofrimento mental deste muito tempo, situação que se alastrou por muitas décadas, o louco era considerado alguém não apto a estar incluso na sociedade dita como normais, essas pessoas eram reconhecidas como seres perigosos, impuros ou como cita Passos (2009)eram “os resíduos da sociedade”, para tanto era necessário enclausurar, trancafiar estes seres humanos para manter a ordem local.

¹⁰Foucault não fala o que é a loucura, entretanto, fala da loucura, pois relata o que ela é a partir dos discursos de saberes sobre esse objeto vindos de determinadas épocas. Para ele, importa o que é entendido como “o louco”, o que as diferentes sensibilidades em relação à loucura podem fazer para alterar a situação dessa exclusão. (PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out. Dez. 2013).

Muitas definições sobre loucura foram mencionadas durante anos, entre elas Laignel-Lavastine e Vinchon (1922, p.187) traduz que “A loucura seria, então, produto de uma ditadura da imaginação sobre os pensamentos e se manifestaria por distúrbios da associação de ideias. Marcantonio (2014) aborda que,

a sociedade se estrutura por mecanismos e moldes de adequação e controle sociais, representando, a priori, uma forma de assegurar o desenvolvimento daquele ordinário, que se mantém na ordem, ou seja, os normais, e identificar e remoldar os desordenados, que não se comportam conforme as ordens, ou seja, os desajustados, ou misfits. (Marcantonio, 2014, p.142)

Na idade média o louco era visto como uma encarnação do mal, uma figura maldita, ligado à superstição e feitiçaria.

É também na sociedade e cultura medieval que a lepra e a figura do leproso inspiraram práticas severas de segregação que seriam depois aplicadas na marginalização dos doentes mentais. Os leprosos eram confinados, fora das grandes cidades, em grandes casas institucionais para resguardar o resto da população do contágio. (Foucault 1997: 6).

Além das diversas definições acima citadas denominada as pessoas que não estavam condizentes com a sociedade da época, outra população que sofria desta exclusão, eram as pessoas acometidas de doenças contagiosas, essas eram trancafiadas e esquecidas em grandes casas localizadas fora da cidade, como meio de preservar a população sadia.

Portanto, Foucault (1997), aponta que o isolamento pleno dos enfermos mentais, trazia em si um malefício: a perda do referencial tido por normalidade. Sob este olhar a psiquiatria desejava ter controle sob as problemáticas que assolava a sociedade. Os distúrbios mentais nessa época foram caracterizados como de sinônimo de criminalidade, fazendo-se assim associação entre louco e periculosidade, sempre com base na teoria da degenerescência, que defendia que o comportamento do ser considerado degenerado poderia partir tanto da hereditariedade, quanto algo adquirido, e eram percebidos através de sinais

físicos, intelectuais ou comportamentais eclodido com a interrupção do desenvolvimento da espécie, ou o não progresso dos mesmos.

Até meados do século XIX, não havia qualquer forma de assistência específica aos doentes mentais. Os 'loucos' erravam pelas ruas, eram encarcerados nas prisões ou reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia". (Antunes, 1999, p.31)

Desde muito tempo a doença mental foi vista e tratada com muita rejeição pela sociedade percebida meio a um contexto social de pobreza, incapacidade ao trabalho, a sexualidade desviante, para tanto era proposto um caráter de controle social, pois eram considerados sujos e anormais, era necessário eliminá-los, como forma de proteger a sociedade.

Uma realidade retratada com minuciosidade, aflora o que Foucault (1997) chama de "a perda do referencial tido por normalidade". Em o filme o Holocausto Brasileiro (2016), documentário produzido pelo HBO, mostra as cenas desumanas e surreal de um terror vivido por uma população desassistida, violentada e aterrorizada, pessoas foram decapitadas, tiveram suas vidas furtadas de forma desumana e horrenda. Foram milhares de mortes entre os anos de 1930 a 1980, onde as pessoas que ali estavam internas eram condenadas à morte, as que sobreviveram a esta perplexidade ficaram com traumas para toda vida, pessoas temerosas da sociedade, sociedade essa que permitiu tantas atrocidades. Ao conhecer a Colônia, local onde aconteceu o documentário o italiano Basaglia o denominou de "um campo de concentração nazista", pela tamanha atrocidade encontrada, merecendo ser comparado a um campo de concentração nazista.

O Movimento Psiquiatra brasileiro recebeu da Europa forte influência para alimentar os ideais reformistas em busca de fortalecer o movimento, grandes nomes contribuíram para a efetiva efervescência do movimento, Michel Foucault, Ronald Laing, Franco Basaglia entre outros nomes importantes que, corroboraram para a luta em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental, condições e processo de trabalho para os profissionais, além da contribuição teórico-crítica.

Franco Basaglia (1982), um dos grandes nomes que teve uma importância imensurável, foi um italiano que lutou fortemente contra a instauração dos manicômios e a maneira como as pessoas que ali estavam eram tratadas, o mesmo foi autor da Lei 180 instituída em 1978 na Itália, lei que proibia a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, como também responsável por reorganizar os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo a essas pessoas a cidadania, os direitos sociais confiscados e a um tratamento psiquiátrico de qualidade. Esse passo dado pela Itália através de Basaglia influenciou o Brasil a retornar com as discussões voltadas a desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental, da humanização do tratamento, culminando com a reinserção social destas pessoas.

Em 1987 ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, um momento de grande importância, pois, reverteu todo o processo de organização da época, ali se instaurou a vontade da sociedade civil. A I Conferência se caracterizou como o início de uma grande luta organizada.

Foi neste cenário que surgiu o MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental), que uniu à participação popular, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, além de pessoas com históricos de longas internações. O movimento atuou em uma perspectiva organizada e fiscalizadora, tendo como foco ações voltadas a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, da supremacia da rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica sobre o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico¹¹ presente como forma privilegiada para tratamento até a metade do século XX.

O movimento foi importante, pois, fez relevantes críticas à psiquiatria e à suas instituições construindo um pensamento crítico que deu origem, em 1987 ao movimento da Luta Antimanicomial ocorrendo o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual

¹¹ O modelo hospitalocêntrico e asilar, baluarte do isolamento do louco e forma privilegiada de tratamento até a primeira metade do século XX, vem sendo superado, gradativamente, há cerca de quarenta anos no Brasil.

teve uma ação de grande relevância no processo de reforma, uma vez que seu objetivo foi a conscientização da população para que as pessoas em sofrimento psíquico fossem bem tratadas, recebendo apoio para a reinserção na sociedade.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, ao traçar seu rompimento com a centralidade do manicômio, da reclusão hospitalocêntrica, do enclausuramento das pessoas em sofrimento mental, propôs produzir novos conceitos, novas funções e novas percepções da loucura. Trata-se de rupturas que fazem parte da formação e da concepção do SUS à medida que propõe um conjunto de mudanças pertinentes ao contexto histórico e aos modos de cuidar da saúde humana.

Em 1988 foram proclamados princípios básicos através da Constituição Federal, com a criação do SUS, que preconizava a universalização do acesso à saúde, a integralidade, a equidade e a hierarquização dos serviços. A partir disso foram estabelecidas condições para a implantação de novas políticas de saúde, dando fundamento para criação da legislação em saúde mental, contemplando nas suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, garantindo assim os direitos aos portadores de transtornos mentais e incluindo a hospitalização dos mesmos.

Nos anos 1980, surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, considerado com um “marco inaugural”, seu aspecto de cuidar da pessoa em sofrimento mental sem a necessidade de trancafiá-lo para tratar, neste período é instalado na cidade de Santos o NASP (Núcleos de Atenção Psicossocial), este passa a ser um marco de relevância no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para tanto, o CAPS emerge, tendo como eixo a desconstrução do manicômio, produzindo uma instituição que não marginalize e não exclua os usuários, o mesmo possui estratégias que são fundamentais para a realização de seus objetivos, a regionalização é uma delas, visando à ação de transformação cultural; conhecer as necessidades; o percurso da demanda psiquiátrica; a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, dialogando com a comunidade

por meio das associações, sindicatos e igrejas; discutindo as diferentes formas de compreender a loucura, a estratégia de projeto terapêutico, envolvendo o cuidar do outro; evitar o abandono, um fator primordial foi o de possibilitar que o doente mental permaneça com sua família, para tanto se faz necessário que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se propunham a oferecer um tratamento contínuo.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - são serviços ofertados pelos municípios, que oferecem atendimentos diários aos usuários de saúde mental, realizando acompanhamento psicológico, clínico e social, para assim dar oportunidades para essas pessoas se inserirem novamente no mercado de trabalho, no lazer, ficarem mais próximos dos seus familiares, atentando-se ao sujeito e a sua história de vida, o CAPS se dividem em modalidades para melhor atender as necessidades de seus usuários (Brasil, 2004), CAPS I¹² - para municípios com populações acima de 15.000 habitantes, CAPS II¹³ - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III¹⁴ - acima de 150.000

¹²**CAPS I** - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

¹³**CAPS II** - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

¹⁴**CAPS III**- atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

habitantes, CAPS i¹⁵ - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPS ad¹⁶ - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

As ações de apoio matricial são organizadas de acordo com o número de habitantes, a organização das equipes é desenvolvida a partir deste critério quantitativo, ou seja, equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, promovendo encontros semanais, elaborando as diversas formas de contato para atender as demandas inesperadas ou intercorrências, são ações de supervisão, atendimento em conjunto ou específico, além de capacitação, sendo que algumas ações devem ser compartilhadas segundo o Ministério da saúde(2009),

- Desenvolver ações conjuntas; priorizar os casos de transtornos mentais severos e persistentes;
- Acontecer debates e estudo de casos, objetivando uma melhor interação para solução dos casos;
- Organizar estratégias que abordem principalmente a redução de danos;
- Eliminar ações que levem à psiquiatrização e medicalização das pessoas em sofrimento mental;
- Promover ações que estimulem a reinserção social, como também a socialização das informações para reduzir o preconceito e a marginalização da loucura;
- Buscar junto à comunidade ações de mobilização na busca de construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade;

¹⁵**CAPS I.**- atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

¹⁶**CAPS AD** - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

- Desenvolver ações que mostrando a relevância da intersetorial;
- Trabalhar ações coletivas e de grupos;
- Construir estratégias que venham desenvolver e estimular o vínculo com as famílias.

Sendo o CAPS uma instituição que objetiva o atendimento multidisciplinar, o modelo utilizado foi o trabalho em rede, que é a comunicação direta entre todos os segmentos que compõe a saúde como: a atenção básica, Estratégias de saúde da Família (ESF), a própria família o sujeito. Desse modo, o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É importante destacar que o atendimento via CAPS foi criado para ser substitutivo aos manicômios, além de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território.

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas¹⁷ aos usuários, tais como, oficinas de pintura livre, oficinas expressivas, oficinas voltadas para a geração de renda e de alfabetização, todas estas vão de acordo com a realidade de cada grupo, partindo de suas necessidades e particularidades do indivíduo.

¹⁷ Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercer a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania. (BRASIL,2004).

Outro marco de relevância da Reforma Psiquiátrica foi o Projeto de Lei 10.216/2001 do deputado Paulo Delgado¹⁸ (PT/MG), dá entrada no Congresso Nacional em 1989 e propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, se configurando como sendo apenas o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos.

Em 1992 os movimentos sociais viram na lei Federal 10.216 forças para poder seguir em frente e conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. No entanto apenas 12 anos após a Lei foi sancionada, tendo em seu teor algumas considerações e modificações. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui ações para a extinção dos manicômios. Mesmo com suas modificações a lei estimulou o Processo da Reforma, a qual unindo a III Conferência Nacional de Saúde Mental que levantou a bandeira com o Tema “Cuidar, sim. Excluir, não”, ganhando visibilidade e sustentação.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental houve grande participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo.

Em 2010 aconteceu em Brasília a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, onde contou com uma participação considerável de 1200 delegados, 102 observadores e 200 convidados. Os debates dividiram-se entre os eixos: a) políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; b)

¹⁸Paulo Gabriel Godinho Delgado (Lima Duarte, Minas Gerais, 1951) é um professor, sociólogo e político brasileiro. Elegeu-se a primeira vez para fazer parte da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 que escreveu a atual Constituição brasileira. Na ocasião foi o mais votado de seu partido no estado de Minas Gerais.

consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; c) Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. A IV conferência reforça a importância da Reforma Psiquiátrica, todavia aponta que a garantia de serviços substitutivos de caráter público estatal depende, sobretudo, da participação da sociedade na formulação e efetivação das políticas de saúde mental, outro ponto importante da conferência foi o incentivo a divulgação dos espaços de participação para que os usuários e seus familiares, proporcionando aos mesmos que conheçam os seus direitos e a política de saúde mental.

Para tanto, é importante destacar a importância ímpar da III e IV Conferências, pois, foi um momento onde ocorreu um grande número de propostas, todavia as propostas insistem em ser fragmentadas o que resulta na falta de estratégia e articulação entre os diversos movimentos envolvidos, fragilizando as ações, para Teixeira (1996) a prática setorialista e até mesmo corporativista, a falta de interlocução entre os movimentos e entidades, criam obstáculos que impedem a discussão, a ação, e a avaliação de seus projetos, e que interrompem o desenho de ações coletivas.

Portanto, pode-se dizer que a reforma psiquiátrica foi um passo importante e fundamental para a busca da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos, ainda que imbricada, permeada por desafios e exaustão, ainda necessitando fomentar mais debates e discussões para se chegar ao que realmente os movimentos desejam, uma proposta que envolva a compreensão dos indivíduos na sua totalidade, envolvendo as esferas biológicas, sociais, culturais e psicológicas, para isso se faz necessário enfrentar os desafios e obstáculos presentes norteadores da saúde mental, para assim se chegar a uma assistência à saúde mental de qualidade e eficaz, que responda as demandas.

Vários instrumentos legais foram publicados pelo Ministério da Saúde durante toda a história, tais como as Portarias 336/GM composta por 10 Artigos que regulamentam a implantação dos CAPS no Brasil. Dessa forma, o Art. 4 da portaria 336 dispõe sobre as modalidades dos CAPS, dentre eles, o CAPS i e 189/SAS, que determinam e regulamentam o funcionamento e financiamento dos

CAPs, responsáveis pela atenção integral às pessoas em sofrimento mental grave e persistente e a Portaria GM 106/2000, que define os serviços residenciais terapêuticos.

Tabela 1 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	CAPS ad III	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	X	1010
2007	526	346	39	84	160	X	1155
2008	618	382	39	101	186	X	1326
2009	686	400	46	112	223	X	1467
2010	761	418	55	128	258	X	1620
2011	822	431	63	149	272	05	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

A tabela expressa o crescimento considerável dos diferentes tipos de CAPS até 2014. Desde a criação dos CAPS ad III, foram implantados 69 serviços. Tanto os CAPS ad III quanto os CAPS III oferecem em sua diretriz o cuidado contínuo 24 horas, basilar para o acompanhamento das situações de maior complexidade. Importante ressaltar também o acréscimo dos serviços destinados ao público infanto-juvenil por meio dos CAPS i e dos CAPS I. Ressaltando que estes últimos são dispositivos estratégicos para municípios a partir de 15 mil habitantes, sendo responsáveis pelo cuidado das diferentes demandas do território, sejam no campo de álcool e outras drogas ou dos transtornos mentais, de adultos e da população infanto-juvenil.

Até 2017 o Brasil contava com 2.465 CAPS, distribuídos por regiões, no Centro-Oeste, 146 CAPS; no Nordeste, 860; no Norte, 161; no Sudeste, 862 e no Sul, 426. Dos quais 424 são especializados no atendimento a problemas com álcool e drogas.

Pitta (2011), aponta em seu trabalho intitulado “Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas”, que muito se avançou nas prescrições e diretrizes jurídica, ministerial, cultural e no quesito Direitos Humanos, no entanto aparentemente tais conquistas ficaram apenas no papel, pois, o acompanhamento dos setores responsáveis para que as ações sejam de fato realizadas não acontecem, como ela conceitua que “a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato.” Fica evidente que as ações propostas para a efetividade das políticas públicas voltadas para quem de fato necessita, é barrada, estagnada, desobedecendo veemente as diretrizes nacionais da política de saúde mental, abordada por Pitta (2011) como sendo ações pouco potentes e com uma margem de resolutividade ineficiente e inerte.

Política se faz com ira, amor e dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir e encontrar a estratégia mais sublime e adequada de intervir; e, dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado. (PITTA, 2011, p.4587)

Refletindo sobre o citado acima, percebe-se o quanto diverge o fazer acontecer das ações que se voltam para aqueles que vivem em vulnerabilidade, propor e realizar uma política com efetividade e resolutividade, onde os usuários contemplem suas necessidades reais e concretas de forma ampla e com dignidade, onde sejam elaboradas ações intersetoriais de inclusão social as diversas áreas, enxertando nestes indivíduos um protagonismo de superação e mudança de vida, pois, antes o que era um indivíduo excluído e sem direitos, definido apenas como um objeto de políticas públicas, hoje transforma-se em

sujeito cidadão e conclamam modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pela doença mental e a exclusão que a mesma provoca.

3.1. As redes de atenção à saúde

O conceito de redes tem sido desenvolvido em vários campos do saber. Segundo Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, para a promoção da reintegração do portador de transtorno mental (BRASIL, 2005).

O SUS preconiza e propõe a implantação de uma Rede de serviços que promovam assistência integral para diferentes demandas, portanto os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que rege a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada para as pessoas com transtornos mentais, proporcionando a estes um processo contínuo no tratamento.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são instituições que prevê ações e serviços de saúde, as quais buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Estar em rede implica em nos percebermos como sujeitos ativos e responsáveis dos processos que dentro dela se dão (...) Integrar redes, por tudo isto, não significa apenas compartilhar informações, mas ser capaz de produzir, incentivar a produção e a difusão das informações, fazer uso daquelas produzidas, incentivar a participação de outros atores na rede e também não crer que a rede seja um lugar harmônico, sem

conflitos, nem lutas de interesse. Estar em rede significa ser capaz de fazer uso da capacidade de ser sujeito (ativo e responsável), sugerir mudanças, administrar complexidades e incentivar a articulação, o fortalecimento e, se necessário, a (re)construção contínua das redes (ROCHA, 2005, p.40).

As redes se tornam uma alternativa importante de articular os atores envolvidos na busca de um objetivo comum, para isso, a rede surge como forma de fortalecer as ações dos atores envolvidos para o alcance de determinado objetivo, ou seja, a efetivação e o sucesso das ações.

No entanto, a Rede Básica de Saúde compreende a importância efetiva de se realizar o trabalho em rede, na medida em que,

correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da Rede. (Ministério da Saúde, 2010)

Faleiros (2010, p.25) defende que,

A rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento, bastando para isto um bom marketing, ou realizar a intervenção no meio, ou estimular o eu, e mesmo reiniciar serviços.

Como Faleiros (2010), bem explicitou acima, trabalhar em rede é um desafio constante que os profissionais da política de saúde mental enfrentam diariamente, pois se caracteriza como sendo uma estratégia política complexa, tendo como desafio articular diferentes setores para sanar as demandas, fazendo com que esta articulação seja um mecanismo para assegurar os direitos dos indivíduos atrelados a qualidade de vida dos mesmos. Portanto, a intersectorialidade, ou rede, busca fortalecer o processo coletivo, visando atender as necessidades encontradas, além de promover a atuação e participação da população neste cenário.

Mance (1999, p.24) retrata em sua obra “A revolução das redes “que,

A ideia elementar de rede é bastante simples. Trata-se de uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nódulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades articulam através de diversos fluxos.

É imprescindível que aconteça a articulação e mediação da rede, de maneira em que os serviços estejam conectados para que o usuário e, respectivamente, seus familiares sejam remetidos a meios que superem a situação vivenciada e não acarretem traumas ou consequências graves ou impossíveis de serem solucionadas, portanto potencializar as ações, criar estratégias diversas como forma de estreitar “os laços” entre todos os serviços oferecidos pela rede é necessário.

Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. (BRASIL, 2006, p.10-11).

Sendo assim, o trabalho em rede, proporciona uma mudança na perspectiva de analisar o modo de trabalho setor oposto, favorecendo o conhecimento de cada espaço, além de se mostrar como uma ponte importante na construção de necessárias parcerias com outros setores como educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (DIAS,2010).

Um serviço do tipo Saúde Mental não caminha só, o apoio do Estado e demais instancias fortalece e garante resolutividade das ações, no entanto percebe-se que a articulação, a parceria com os demais setores e o diálogo com a sociedade proporciona ao serviço e seus componentes sucesso na resolução das demandas, de maneira mais rápida e eficaz, além de possibilitar a garantia de acesso aos direitos sociais.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), é necessário trabalhar a autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida,

possibilitando às equipes se prepararem para lidar com a dimensão subjetiva das práticas do cotidiano profissional.

Portanto, pode-se dizer que a promoção à saúde perpassa a área da saúde, sendo necessária ultrapassar as barreiras dos diversos setores que abrangem as necessidades sociais, através das diversas políticas sociais, definido por César (2008, p. 6), como “a intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento às necessidades da população”, neste contexto a intersetorialidade instiga e solicita a participação da sociedade.

Mendes (2011) chama atenção abordando o tema da intersetorialidade e assim garante que as situações de saúde não poderão ser respondidas, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado, passivo e desviante. Sendo assim, as políticas de saúde devem responder as necessidades dos que a procuram e precisam.

A intersetorialidade está intrinsicamente ligada à integralidade no atendimento, aspecto essencial à concretização da intersetorialidade, além de implicar na organização e efetivação do atendimento, de forma que o usuário seja acolhido e atendido na sua totalidade, para Mattos (2001, p. 41),

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizadas dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas.

Como Mattos (2011) afirma, a integralidade possibilita a descentralização da figura do médico, instigando e proporcionando a atuação interdisciplinar no campo da saúde, e como consequência ações de prevenção, promoção e reabilitação, ações desenvolvidas tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, estas devem ser estruturadas com os demais setores de atendimento para que as necessidades dos usuários sejam atendidas.

Para Demenstein (2005), organizar a atenção à Saúde Mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade, implicando transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas

Para tanto, Costa (2004, p.12), nos aponta que o sentido primordial da integralidade em saúde relaciona necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e

instituições de saúde, refletindo diretamente na maneira como o usuário é atendido. Sendo assim, a integralidade fortalece a cidadania pelo estabelecimento de relações contrárias e, dialogicamente, pelo respeito às diferenças, consideradas formas de compor saberes.

A RAPS problematiza ações que objetiva o cuidado em Saúde Mental no território, são elas: Atenção Básica em Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações voltadas para o coletivo ou o indivíduo, ações estas desenvolvidas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação; Atenção Psicossocial Estratégica, aborda todas as modalidades de CAPS; Atenção de Urgência e Emergência, são responsáveis em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado das demandas de urgência e emergência das pessoas em sofrimento mental e/ou usuários de álcool, crack e outras drogas; Atenção o Residencial de Caráter Transitório, oferecem acompanhamento terapêutico e protetivo garantindo aos usuários a efetivação de seus direitos em todas as esferas, moradia, educação e convívio familiar; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização, define-se pelos espaços de acolhimento nos hospitais para atender as pessoas em sofrimento mental, bem como os indivíduos com necessidades em decorrência do uso de drogas, álcool e outras drogas; Estratégias de Reabilitação Psicossocial, incentivo do trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, fomentando os usuários à mudança de vida, através do trabalho e inclusão ao contexto social.

Portanto, a RAPS foi ampliada, e além dos antigos serviços já existentes, conta com serviços que apresentam uma nova estrutura, sem desprender o objetivo já existente, ou seja, ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades e demandas dos pacientes.

Neste contexto de transformações e mudanças estruturais, onde o rompimento do processo asilar através do movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou o surgimento de novos arranjos da loucura, mais humanizada, menos estigmatizada. A RAPS busca a qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, atrelado a junção das melhores práticas, como também melhor forma para atender as demandas em favor dos usuários e seus familiares, sem deixar a luta contra o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos direitos do usuário. No entanto, essa busca por um melhor atendimento, melhores serviços são das pessoas em sofrimento mental e seus

familiares, pois, são eles os principais interessados e afetados pela falta dos mesmos, falta de vagas assistenciais de qualidade e de uma rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Ana Pitta, vice-presidente da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental) esclarece que a cobertura assistencial em saúde mental teve seu crescimento até 2011, porém nos últimos anos estagnou, para tanto o Ministério da Saúde aponta que o problema não é a má distribuição, mas sim a efetivação das ações que não acontecem, fomentando a teoria de que “a desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato”, produzindo no desenvolvimento das políticas públicas e alimentando o descomprometimento e a ineficácia da política de saúde mental.

Quase 100 mil leitos psiquiátricos no país entre os anos de 1989 a 2016 foram fechados. De 120 mil espalhados pelo território nacional, o total caiu para 25.097, no entanto apesar da extrema queda, os dados revelam um histórico de dificuldades encontrado por aqueles que buscam os serviços. (CFM, 2017). Neste contexto, há uma desarmonia estrutural entre o aumento do número de pessoas em sofrimento mental e comportamental no país e a estrutura de atendimento público oferecido para atender a população. O Ministério da Saúde aponta através de dados que apesar da redução de 51,3% no número de leitos em hospitais psiquiátricos, ainda há 163 hospitais psiquiátricos no país, distribuídos em 113 municípios de 23 estados. Dados esses ainda preocupantes para a população e familiares das pessoas em sofrimento mental.

O Brasil hoje conta com uma cobertura deficitária na modalidade assistencial. Caracterizando como um grave problema a ser enfrentado, ressaltando a falta de leitos psiquiátricos especializados e o atendimento qualificado nos hospitais.

3.1.1 Residências terapêuticas

As residências terapêuticas se configuram como sendo uma importante estratégia da política de saúde mental e tem como princípio norteadora consolidação de um modelo de atenção à saúde mental voltado para a inserção social das pessoas em sofrimento mental com histórico de longos períodos de internações.

A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores. (CAVALCANTI, 2005, p. 32)

De acordo com Cavalcanti (2005), é necessário que aconteça um acolhimento das pessoas em sofrimento mental com maior atenção, para aja a reconstrução dos laços sociais e afetivos perdidos, a Residência Terapêutica tem esse papel de resgate da cidadania. Sobretudo, da autoestima atrelado à inserção dos mesmos no meio social.

O Ministério da Saúde criou as Residências Terapêuticas, a partir da Portaria 106/2000, neste documento constam as características necessárias ao seu funcionamento, e dentre as características destaca-se: as características físicas e funcionais das Residências Terapêuticas, recursos financeiros para implantação do serviço, a equipe que irá atuar na assistência as pessoas em sofrimento mental, os princípios e as diretrizes do Projeto Terapêutico que deverá ser desenvolvido (BRASIL, 2004).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), deve acontecer em casas localizadas no espaço urbano, o ambiente deve responder às necessidades de moradia das pessoas em sofrimento mental grave, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar com suporte profissional para atender as demandas e necessidades de cada um.

O ambiente pontualmente precisa ser acolhedor, estar mobiliado com equipamentos necessários à realização das atividades domésticas (higiene pessoal, preparo de alimentos, lavagem de roupas, entre outros), possuir até três dormitórios e oferecer o mínimo de três refeições, portanto, o necessário para acolher e manter o bem-estar dos moradores. Atualmente, existem 620 residências terapêuticas em todo o país.

De acordo com a Portaria 175/2001, a Residência Terapêutica deverá estar vinculada aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial e contar com uma equipe mínima responsável pelo acompanhamento dos moradores, composta por um profissional médico e dois

profissionais com formação em ensino médio e capacitação ou experiência em reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Machado (2006, P.35) aponta que

o projeto terapêutico destes serviços deve ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana.

Compreendendo que é no processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental que são desenvolvidas ações que priorizem o seu retorno ao contexto familiar e social, Mendonça (2006, p. 4) reflete que,

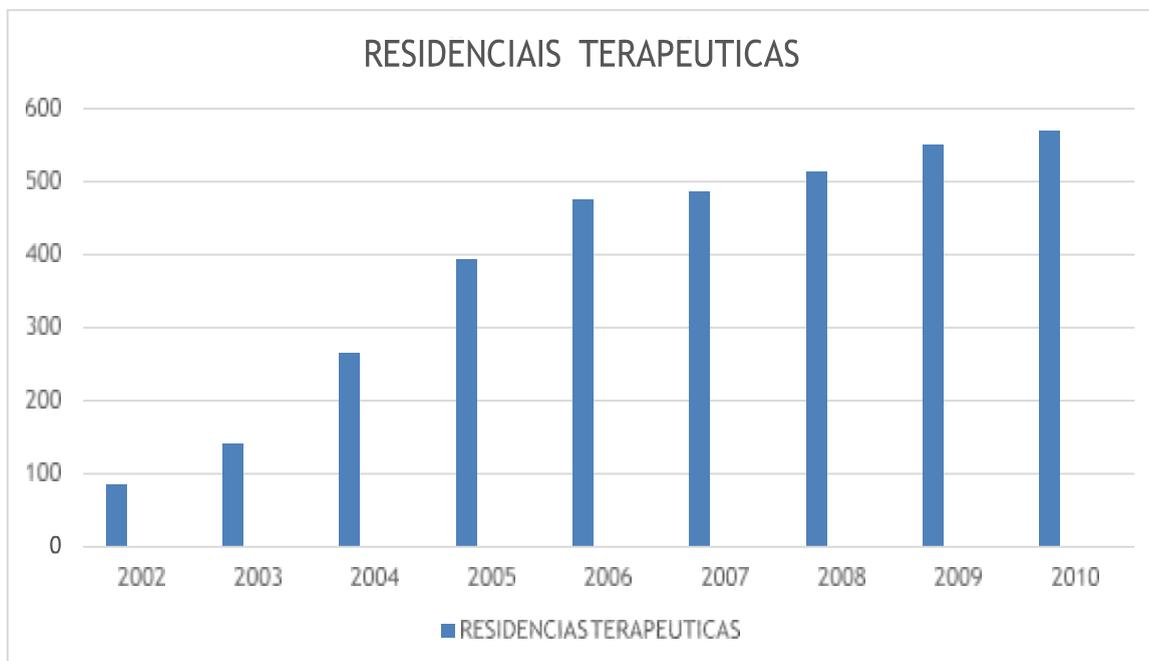
A implantação das residências terapêuticas requer uma articulação dos segmentos institucionais de saúde e da comunidade, no sentido de promover a reinserção social dos moradores recém-saídos dos hospitais.

O Serviço Residencial Terapêutico possui algumas especificidades e diante disso foi dividida em dois tipos:

SRT I – Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador. O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade.

SRT II – O SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.

Gráfico 1 – Residências Terapêuticas por ano no Brasil (2002-2010)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

O gráfico mostra o crescimento das residências terapêuticas - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em todo o território nacional entre os anos de 2002 a 2010, número ainda baixo para atender a demanda existente. Entre os fatores que dificultam a expansão das Residências estão as dificuldades políticas e técnicas dos processos de desinstitucionalização, as questões socioculturais emergentes na resistência das comunidades ao processo de reintegração de pacientes de longa permanência e a baixa articulação entre o programa e a política habitacional dos estados.

No ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, houve um crescimento de cerca de 40% de todos os SRTs existente no país, todavia a resolução propõe a habilitação de duzentos Serviços Residenciais Terapêuticos(SRTs) até o fim de 2018.

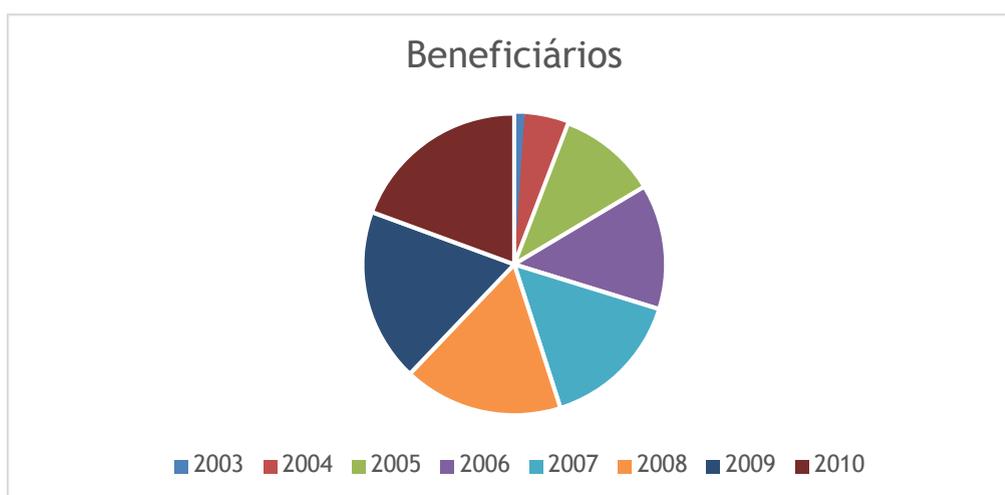
3.1.2 Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa, outra ferramenta importante da política de Saúde Mental, foi instituída pelo Presidente Lula (2003-2011), por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, a mesma dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, fomentando o efetivo processo de desinstitucionalização e o resgate da cidadania das pessoas em sofrimento mental submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Este programa vem ao encontro das indicações da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e OMS (Organização Mundial da Saúde) para a área de saúde mental, tendo como objetivo avançar em uma nova concepção de cuidar das pessoas em sofrimento mental, ou seja, retroceder progressivamente um modelo de atenção centrado na internação em hospitais especializados. Sem contar que este programa é um grande aliado do Serviço Residencial Terapêutico.

O Programa conta com um benefício, o qual consiste de auxílio-pecuniário ao beneficiário ou seu representante legal, com duração de um ano. Além disso, visa contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas em sofrimento mental, além de estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Gráfico 2 -Beneficiários do Programa De Volta para Casa por Ano (Brasil. 2003 - 2010)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datusus

O gráfico mostra dados referente ao Programa de Volta para Casa, analisando uma expansão do programa, um número bem resumido em relação aos beneficiários, apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício, dados registrados entre os anos 2003 a 2010. A estimativa da OMS é que 5,8% da população, envolvendo todas as classes sociais sofrem de algum tipo de transtorno mental, depressão, e o Brasil está entre os países da América Latina que mais consomem antidepressivos, além de contar com um número elevado em relação à média mundial. A estimativa é de que os transtornos depressivos unipolares estão em terceiro lugar na classificação da carga global de adoecimentos (MPS, 2012).

De acordo com o IBGE entre os anos de 1992 a 2014 foram registradas 8472 mortes decorrentes de algum tipo de doença mental, a OMS alerta para um dado preocupante, a depressão se apresenta como a principal causa de suicídio do mundo e entre os jovens de 15 a 29 anos de idade ela se caracteriza como sendo a segunda maior causa.

Segundo a OMS, aproximadamente 10% da população mundial são dependentes de alguma substância psicoativa, seu uso não há restrição de gênero, idade ou classe social, sendo que a maior parte dos usuários, inicia sua dependência na fase da adolescência e se aprofundam na fase adulta. Entretanto, os transtornos e dependência agem em diversos contextos sociais, econômicos, religiosos e de gêneros.

O IBGE mostra mais um dado alarmante, aproximadamente metade das pessoas com diagnóstico de estado depressivo, ou seja, 52,0% usavam medicamentos para depressão e 16,4% delas faziam psicoterapia. Os dados ainda alertam para o grande consumo de antidepressivos entre este contingente acima descrito, deixando claro a presença de uma sociedade pensante e doente, que busca ou se esconde por trás de tranquilizantes ou terapias ocupacionais.

Freitas (1987), afirma que a loucura tem sido uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história, portanto, o debate acerca da loucura e cidadania do portador de transtorno mental no Brasil hoje nos conclama a refletir sobre questões que permeiam a sociedade na luta pela

construção da cidadania, defendida por Carvalho (2005), como “cidadania inconclusa”, no entanto pudemos perceber ao longo da história que as lutas aconteceram sim, as conquistas que ora foram surgindo foram frutos de muitas lutas envolvendo os movimentos sociais e a participação da sociedade organizada na conquista de seus direitos, essas lutas foram relevantes.

3.2. A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, UM ELO NECESSÁRIO PARA O SUCESSO DO TRATAMENTO

No cenário atual da assistência psiquiátrica, a família se apresenta como espaço singular para a prática do cuidado, no entanto, precisa ser inserida de forma efetiva nos debates acerca do novo modelo da política de saúde mental. A família precisa ser vista como uma facilitadora, colaboradora no processo de reinserção social da pessoa em sofrimento mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial em desenvolvimento, ela deve ser percebida como foco de intervenção, neste aspecto a família se configura como sendo a base da recuperação e reintegração do portador de transtorno mental.

Segundo Petry (2005), desde a desinstitucionalização dos doentes mentais crônicos tem-se percebido a necessidade de que haja uma rede de serviços que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família para amenizar as dificuldades encontradas no dia a dia, devendo a intervenção no ambiente familiar fazer parte da rotina dos serviços de saúde mental. Para isso cabe a instituição desenvolver ações e iniciativas para aproximar a família do serviço, como as visitas domiciliares, e para inserir os usuários em seu meio social, como a participação em eventos dentro e fora do serviço. Portanto, hoje mais do que nunca a família se apresenta como sendo um grande aliado deste contexto que envolve a pessoa em sofrimento mental X recuperação. Os grandes estudiosos atestam com convicção que é necessário haver ações onde a família deva ser envolvida no tratamento do portador, para assim acontecer progressos.

Melman (2008, p. 87), faz uma ressalva, onde não devemos esquecer que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama. As relações que se estabelecem dentro do serviço, tanto entre usuários como entre os familiares, representam uma grande possibilidade de suporte afetivo para todas as pessoas envolvidas. Melman (2008)

vem reforçar com sua assertiva o que Petry (2005) citou acima, esse contexto retrata a importância da família junto neste processo e acompanhamento das pessoas em sofrimento mental, visando além do fortalecimento do elo usuário x família x serviços, uma grande probabilidade de o tratamento ter um resultado satisfatório com um menor tempo possível, além de gerar uma maior confiabilidade entre os envolvidos.

O capítulo seguinte fará uma abordagem de como o profissional do serviço social contempla sua atuação na política de saúde mental, mas especificamente no CAPS i, e através deste como o profissional percebe sua atuação em meio um campo tão complexo e repleto de desafios, trazendo uma reflexão acerca do trabalho em rede, que se torna uma ferramenta indispensável para dar respostas concretas a demandas que surgem neste campo.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA DINÂMICA SÓCIO INSTITUCIONAL: ATUAÇÃO E DESAFIOS NO CAPS I

4.1. O Assistente Social: Desafios e possibilidades de enfrentamento às expressões da questão social no CAPS I

Bisneto (2009) expõe que o profissional trabalha de forma pluralista quando usa as elucidações do marxismo para compreender a exclusão do louco, para sustentar a demanda por direitos sociais e cidadania as pessoas em sofrimento mental e, ao mesmo tempo, usa as explicações da medicina e da psicologia para conceber a loucura como doença mental.

O assistente social não deve apenas se munir de técnicas para atuar na Saúde Mental, mas sim desenvolver metodologias, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações para intervenção no campo psiquiátrico (BISNETO, 2009, p.61).

Nos CAPS, o papel dos assistentes sociais é realizar ações específicas junto aos usuários dos serviços, no que refere à interpretação das mazelas sociais. Segundo Iamamoto (2007),

Para apreender o significado social da prática profissional supõe inseri-la no conjunto das condições e relações sociais que lhe atribuem um sentido histórico e nas quais se torna possível e necessária. O Serviço Social afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao se constituir em expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir seus meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada (IAMAMOTO, 2007, p.88).

As ações dos assistentes sociais realizadas nos CAPS I acontece em vários espaços, envolvendo prioritariamente com uma articulação com a rede de serviços, sendo este, ponto central no cotidiano desses profissionais, vislumbrando que esta ação é responsável pela resolutividade de outras demandas específicas, por exemplo: a viabilização de documentos civis, de benefícios assistenciais e previdenciários, de moradia, transportes, respostas judiciais.

As demandas postas ao Serviço Social nos CAPS I são inúmeras, desde uma escuta, uma orientação sobre benefícios ou encaminhamento para um serviço de

saúde, o que corrobora e fortalece a importância do trabalho com a rede de serviços. Todavia, dificuldades institucionais são fortemente elencadas e esbarram na resolução das demandas, ou seja, a defesa da garantia de direitos desta população usuária acaba por vezes sendo interrompida, via às mediações inerentes à realidade dos CAPS.

Sendo assim, o Assistente Social contempla ser o profissional mais adequado para executar as ações sociais, possibilitando promover a cidadania e uma melhor compreensão do usuário com respeito ao direito à saúde.

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 88).

Portanto, o assistente social configura-se com sendo um dos profissionais imprescindíveis para compor parte da equipe multiprofissional dos CAPS, conforme Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004), no entanto, conforme a Lei que regulamenta a profissão e suas Diretrizes atestam que, fica vedada ao Assistente Social a interferência em outras áreas de atividade ou intervenção que não seja de sua competência. Porém, atuar juntamente com a equipe interdisciplinar reforça cada vez mais os conhecimentos e a sua visão totalitária. Para tanto, é necessário que o Assistente Social seja um profissional crítico, propositivo, articulador e que tenha suas bases teórico-metodológicas mergulhadas nos ideais ético-políticos da profissão.

A intervenção profissional, [...] aponta para a necessidade de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais e as forças sociais em presença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 96).

Os desafios pelos quais passa os Assistentes Sociais no CAPS derivam de várias formas, desde da precariedade, do sucateamento, das ingerências governamentais que acontecem sucessivamente, a falta de planejamento na instituição, a falha da mediação do trabalho em rede, enfim, são inúmeras lacunas à serem preenchidas para que o profissional do serviço social venha a efetivar de fato seu fazer profissional. A saúde vem sofrendo nos últimos anos com uma sucessão

de governos neoliberais, iniciando com Fernando Collor de Mello (1990-1992), consolidando com Fernando Henrique Cardoso (1995-1998/ 1999-2002) e atualmente com Temer, o neoliberalismo ou a política neoliberal visa apenas à acumulação do capital e o desvio de responsabilidades que são postas ao Estado e esta política atravessa os muros e a dinâmica de trabalho do CAPS i.

Há um reconhecimento de que a Saúde Mental tem experimentos avanços. Todavia, a ausência de responsabilidade estatal, provoca grandes estragos em todos os setores, em especial o da Saúde, especificamente a saúde mental, pois, já carrega em seu contexto inúmeros dissabores, relacionado a preconceitos, falta de financiamentos, investimentos estruturais e institucionais. Esse contexto deixa evidente e claro a necessidade de uma reflexão crítica sobre um caminho para a superação das dificuldades encontradas na carência estrutural dos serviços e a criação de meios para reestruturar e oferecer um completo serviço aos usuários, e um desses meios a qual o serviço social encontra como possibilidade é o trabalho em rede, a importância de se articular setores que venham a contribuir para o sucesso dos serviços e conseqüentemente dos atendimentos, pois, só assim estas demandas irão dar as respostas esperadas. Teceremos reflexões acerca deste ponto no capítulo seguinte.

4.2. Caracterização da instituição

O CAPS i é especializado no atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento mental, geralmente estão incluídos nesta categoria os autistas, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Estes CAPS são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2004).

A cidade de Sousa, mais conhecida como cidade Sorriso, está localizada no alto sertão paraibano, à 438 km da capital do estado João Pessoa. Sousa

possui 814,71 km² de extensão territorial e uma população estimada de 69.554 habitantes, sendo o 6º mais populoso do estado. A cidade de Sousa polariza oito municípios em sua divisão territorial: Aparecida, Lastro, São Francisco, São José da Lagoa Tapada, Vieirópolis Nazarezinho e Santa Cruz. A economia da cidade de Sousa é baseada na agricultura, algumas indústrias de nomes importantes que favorecem e colaboram para a geração de emprego e renda, fomentando o comércio da cidade. (IBGE, 2017)

O CAPS i João Paulo II, está localizado à rua Basílio Silva, Centro- Sousa-Paraíba, foi implantado em 1º de maio de 2005, após a percepção de seus gestores e a necessidade de uma população que pedia por cuidados e um olhar diferenciado do poder público, sendo o pioneiro na Região. A equipe é composta por: Equipe de Apoio composta por 02 Auxiliares de Serviços Diversos, 01 Recepcionista, 01 Auxiliar Administrativa 01 Artesã. A Equipe Técnica se apresenta com 01 Assistente Social, 01 Psicólogo, 01 Enfermeira, 01 Farmacêutico, 01 Psicopedagogo, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Psiquiatra, 01 Fonoaudióloga, 01 Nutricionista, 01 Técnica de Enfermagem.

A sua estrutura física compõe de 01 sala de recepção, 01 salas de enfermagem, 01 sala de atendimento médico e fonoaudiólogo, 01 sala de reuniões para a equipe técnica (sala esta que o profissional do serviço social e divide com os demais profissionais), 02 salas de ludoterapia, 01 sala de atendimento psicológico. Os equipamentos que dão suporte aos profissionais na instituição são 01 computador, 01 impressora.

No CAPS i João Paulo II, os passos para tratamento são: realização de triagem com os pais ou responsáveis, Avaliação psiquiátrica, encaminhamento para atendimentos específicos, individuais e/ou em grupo. Todos os dias acontecem a acolhida, reunião do primeiro grupo, lanche, reunião do segundo grupo. Todos paralelos aos atendimentos individuais funcionam

de segunda a sexta das 07h00min às 11h00min e da 13h00min às 17h00min.

Os recursos para a efetivação do atendimento no CAPS i é oriundo das esferas Federal e Estadual, contando com a contrapartida municipal, apresentando o modelo de gestão municipal plena, portanto, o governo municipal juntamente com sua equipe são os responsáveis pela execução das ações e implementação dos serviços no município.

As práticas realizadas pelo profissional de Serviço Social juntamente com a equipe interdisciplinar do CAPS i de Sousa – Paraíba, são os atendimentos individuais, inicialmente de triagem e encaminhamento para outros atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, participação em reuniões com grupos de usuários, orientação, informação aos usuários a respeito de seus direitos, encaminhamentos para outras instituições responsáveis por cada caso. Além de tais atividades, o Assistente Social também pode realizar abordagens com usuários num âmbito grupal, familiar e individual, além de realizar visitas institucionais, elaborar Estudos Sociais e planejamento de Projetos.

O Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - João Paulo II, CAPS i no Município de Sousa /PB, atende em média 150 usuários mensal, entre trabalho em grupos, consultas psiquiátricas, triagens e atendimento psicoterapêutico à comunidade local e cidades circunvizinhas, atendendo principalmente uma demanda da população economicamente pobre e que vive geralmente em situação de vulnerabilidade social. Os atendimentos acontecem mediante encaminhamentos dos PSF, de escolas, conselho tutelar, CREDENDO VIDES, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CEA (Centro Educacional do Adolescente), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e pela procura espontânea da comunidade, aquelas que os seus familiares conscientemente procuram ajuda ao observar comportamentos diferenciados em relação a outros filhos ou de crianças que convivem juntas. No período de estágio foi possível observar a precariedade dos atendimentos por falta de profissionais, falta de recursos necessários para o desenvolvimento de ações e ainda a falta de uma rede integrada na promoção dos direitos da criança e do adolescente.

4.3. Resultados e Análises

Assim sendo, o presente estudo trata de uma pesquisa empírica, onde se busca através da experiência e observância do pesquisado coletar dados relevantes para se chegar a novas conclusões acerca do objeto da pesquisa. Portanto, a pesquisa é de cunho quali-quantitativa de caráter exploratório, por entendermos que “o conjunto de dados qualitativos e quantitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abarcada por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”. (Minayo, 2012, p. 14)

A fase inicial da pesquisa foi feita com base em procedimentos específicos de uma pesquisa exploratória, onde o pesquisador vai explorando a explicação de determinada questão e propondo um novo discurso interpretativo conforme Minayo (2012). A fase primária visa aproximação do pesquisador com o objeto, através de levantamento bibliográfico. Posteriormente será delineada uma coleta de dados por meio dos quais os resultados serão reunidos e ordenados.

Várias visitas ao CAPS i João Paulo II foram realizadas, além dos estágios 1 e 2 até a aquisição de materiais suficientes para enriquecimento e conclusão desta pesquisa. As visitas foram divididas em dois momentos: primeiro momento aconteceu durante os estágios, segundo momento foi a aplicação da entrevista com o sujeito envolvido, no caso o profissional do Serviço Social.

Para a coleta de dados foi utilizada como instrumento, a entrevista do tipo semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro pré-elaborado, cujo conteúdo constava de: dados profissionais, fundamentação teórica–metodológica, trabalho profissional e avaliação sobre o trabalho realizado no CAPS i acerca do trabalho em rede. Para preservar o anonimato do pesquisado utilizou-se o nome de Samanta.

A metodologia utilizada para elaboração desse trabalho foram pesquisas bibliográficas em livros, pesquisa eletrônica. Contudo o método utilizado foi o crítico dialético, por considerarmos o mesmo apropriado, tendo em vista propor a análise das categorias que perpassam a realidade na perspectiva da totalidade. As técnicas são documentação indireta com base em artigos na internet e em livros, entrevista semiestruturada, onde o sujeito envolvido se apresenta com maior liberdade havendo possibilidade de explorar outros pontos já estabelecidos.

O único modo de reproduzir com precisão as respostas é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso de gravador. A anotação posterior à entrevista apresenta dois inconvenientes: os limites da memória humana que não possibilitam a retenção da totalidade da informação e a distorção decorrente dos elementos subjetivos que se projetam na reprodução da entrevista. (GIL 1999, p. 120).

A entrevista foi gravada por meio de gravador, refletindo que este é o meio mais eficaz, como Gil (1999, p.120) cita acima a “memória humana não possibilita a retenção da totalidade das informações”, percebendo esta ferramenta a mais precisa para tal registro. É através da pesquisa que chegaremos a uma resposta com mais precisão de detalhes, para tanto Ribeiro (2008) aborda a técnica da entrevista como

sendo a mais pertinente para se obter respostas do objeto pesquisado, permitindo o conhecer com mais minúcias.

Segundo respostas ao questionário em anexo, Samanta é formada em Serviço Social pela UFPB e fez Pós-graduação em Saúde mental pela FIP – Faculdades Integradas de Patos, a mesma exerce suas atividades funcionais no CAPS i João Paulo II a aproximadamente 12 anos.

Ao ser indagada sobre as questões pertinentes a pesquisa a Assistente Social Samanta foi enfática ao descrever o percurso desafiador a qual ela como profissional enfrenta ao trabalhar na área de saúde mental, visto que este é um campo de atuação com muitos questionamentos e desencontros. Ao questionar sobre a forma de sistematização de seu fazer profissional no CAPS i e quais contribuições que o Assistente Social pode dar enquanto membro da equipe do CAPS i, Samanta comentou de forma objetiva que,

No CAPS i o fazer profissional é sistematizado conforme o cronograma da instituição, o que inclui dias específicos para triagem, grupo operativo, visitas domiciliares e institucionais, reuniões e assembleias com a família e datas comemorativas.

O assistente social no CAPS i é uma exigência da equipe multidisciplinar, como também é de grande relevância nas ações desenvolvidas pela instituição. Sua contribuição vai além das demandas psiquiátricas, podendo abranger demandas relacionadas aos usuários e seus familiares em suas relações sociais, econômicas e culturais. Tudo isso, devido a profissão ter como seu objeto de intervenção a questão social.

A entrevistada expôs de maneira pontual o seu fazer profissional na instituição, explicitando o importante trabalho executado pelo profissional do serviço social, bem como a necessidade do mesmo no serviço, pois, trabalha diretamente com a intervenção da questão social e na luta pela viabilização dos direitos destes usuários. Este fazer profissional vai além das demandas operativas e institucionais.

Percebendo a importância do trabalho em rede, propomos que a mesma relatasse a respeito de tal, de forma contextualizada perguntamos: O que você entende por intersectorialidade? Existem na sua prática profissional atividades intersectoriais? Cite e comente-as, apontando, facilidades e dificuldades nesse contexto.

É intercambio entre as disciplinas (no caso entre as profissões) afim de obter soluções mais eficazes para as demandas da equipe. No CAPS i, as atividades interdisciplinares são escassas. Isso devido à dificuldade de reunir toda a equipe para a realização de estudo de caso e

planejamento. Essas atividades acabam ocorrendo entre três e quatro profissionais que conseguem se encontrar na instituição. Alguns profissionais do Serviço dividem sua carga horária em outros serviços do município, o que faz com que muitos profissionais nunca se encontrem devido trabalharem em dias distintos. Também, há uma grande dificuldade na participação do psiquiatra nos estudos de caso, devido o mesmo ter uma demanda exacerbada e dar apenas dois turnos na instituição.

Percebe-se que a articulação é necessária para a efetivação do trabalho em rede e este não acontece só entre os setores, mas sim dentro da própria instituição CAPS i, como Samanta citou as atividades realizadas para que esta articulação aconteça é falha, por falta de planejamento da equipe, que segundo a mesma não dispõe de um momento para se articular, planejar estratégias e ações que venham a favorecer não só a instituição, mas principalmente a pessoa em sofrimento mental e seus familiares, que anseiam por respostas mais eficazes.

A falha de discutir os casos atendidos é um fator preocupante, que gera um serviço limitado, fragmentado e escasso de conhecimento. Além dos profissionais que dividem sua carga horária que já é bem limitada e incompatível para sanar as demandas, com outros setores da saúde, mostrando com clareza que a saúde mental precisa urgentemente de grandes mudanças para que o serviço caminhe como sua diretriz propõe, deixando evidente a falta de compromisso da gestão para com os usuários do CAPS i, a contratação de profissionais que vislumbrem um atendimento integral a essa demanda contribuiria certamente para que as respostas acontecessem com maior propriedade e satisfação para aqueles que dela precisam.

Como Vasconcelos (2010) cita, fica complexo oferecer um serviço de qualidade, uma vez que a oferta deve ser demandada pelos profissionais que lidam diretamente com os usuários, como também pelos gestores. São necessários segundo ele salários dignos, boas condições de trabalho, capacitação, jornada de trabalho que evite o multiemprego, é preciso evitar o excessivo que impeça o compromisso com o trabalho, e ainda mais além, o compromisso com os usuários e seus familiares.

Percebe-se que esta assertiva de Vasconcelos (2010) é algo que parece surreal para os dias de hoje, uma manobra que operacionalize o trabalho do profissional, viabilizando que o mesmo se dedique prioritariamente a um único espaço, para que suas práticas gerem efetividade parece algo impossível, no entanto é necessário que o Estado possibilite essa vivência para que os serviços caminhem com uma lógica humanitária.

É notória a necessidade de uma articulação não só entre a equipe de trabalho, mas também essas articulações devem acontecer em todos os setores e políticas, visando seu fortalecimento e sua efetivação. Para tanto, a entrevistada foi indagada sobre “A equipe de trabalho da Unidade de Saúde que você pertence desenvolve ações de promoção de saúde em articulação com outros setores públicos e/ou privados? Aponte e comente-os. De maneira sucinta Samanta frisou que,

Infelizmente não há atividades interdisciplinares entre o CAPS i e outros órgãos, sejam públicos ou privados. A última ação desta natureza aconteceu durante o setembro amarelo (mês de prevenção contra o suicídio), onde a equipe foi requisitada por órgãos públicos (UPA e outros CAPS) e algumas clínicas particulares de psicologia, para realizarem palestras alusivas ao tema.

Essa é uma ação que não deva partir apenas dos setores opostos ao CAPS, mas sim é uma dinâmica de trabalho que deveria ser iniciada também pelo CAPS i, grande parte da população do município de Sousa e cidades circunvizinhas desconhece o trabalho do CAPS i, essa seria uma ação relevante para se mostrar o trabalho desenvolvido e seus objetivos, desmistificando a saúde mental e proporcionando a muitas pessoas entender como se faz para se chegar até o serviço. Existe nas escolas um grande contingente de demandas que os profissionais não sabem como lidar, será que não está na hora de tomar uma atitude ousada e partir para o concreto e real?

Muitos espaços ocupacionais acabam por desconhecer seus usuários, caindo na fragilidade das ações e na ineficiência do serviço, em relação a isso Samanta foi questionada, se existe um momento específico que os profissionais da equipe se reúnem para discutir sobre problemas/dificuldades e facilidades do trabalho no CAPS i? Em suas palavras Samanta abordou o tema com preocupação, “que dificilmente há reuniões desta natureza com toda a equipe. As discussões sobre problemas e desafios acontecem mais no campo da informalidade” (Samanta). Existem casos que é preciso que toda a equipe venha a se reunir e debater sobre tal, o estudo de caso faz parte da rotina da instituição, porém, como a entrevistada relatou, essa é uma atividade, que fica no campo informal. A fragilidade e deficiência do atendimento não parte só da instituição, da gestão que é falho e frágil, mas sim da falta de criatividade e do conformismo por parte de muitos profissionais.

A presença do conservadorismo, muito debatido durante a história do serviço social e a vivência acadêmica, se estende com força ainda hoje, e no CAPS i não é diferente esta realidade, Barroco (2009) faz uma crítica e alerta para a falta de preparo técnico e teórico a qual resultam na fragilização das respostas diante de um contexto imediatista e fragmentado.

Para finalizar nossos questionamentos acerca de seu entendimento, abordamos a intersectorialidade de forma focalizada e particular, “Como você contempla o trabalho em rede, ele acontece com efetividade? Quais os caminhos e percalços que você como assistente social observa? Samanta define o trabalho em rede como algo essencial, porém,

O trabalho em rede é muito falho. A rede é frágil, o que dificulta a efetividade das ações. Posso dizer que o trabalho em rede acontece de modo pontual, porém, quando acontece, percebe-se que os resultados são alcançados com mais eficiência. Ao meu ver, falta um olhar mais sensível para as crianças e adolescentes do nosso município, falta alguém que faça a mediação entre todos os órgãos que trabalham com essa política. Posso dizer que falta de um coordenador de saúde mental no município aumentou os abismos entre as instituições.

Observa-se que trabalhar em saúde, necessita de uma base ético-político, teórico-prática e técnico-operativa para atender e buscar sanar as demandas das pessoas em sofrimento mental com maior eficiência, e é diante deste contexto que o assistente social está inserido. Diante do que foi aqui exposto, percebe-se que existe um caminho longo a ser percorrido para que a política de saúde mental alcance o que de fato se espera, no caso do CAPS i João Paulo II, a fragilidade é clara e preocupante, pois, vislumbramos que os atendimentos ocorrem de forma quebrada, fragmentada, além da estrutura física deficitária, o corpo profissional passa por grande estagnação, a carga horária dos profissionais de ponta que são de necessidade primordial, passa por compartilhar para outros CAPS e até outras instituições, fragilizando ainda mais o serviço .

Barros (2003), ressalta que existe uma burocracia muito grande na realização do trabalho em rede, e esta burocratização fragiliza o serviço, como ele frisa “consolidando o modelo hospitalocentrico”, contribuindo para a exclusão da pessoa em sofrimento mental em toda a rede.

No município de Sousa existem inúmeras entidades governamentais e não governamentais, Conselhos, Conselho Tutelar, juizado da infância e Juventude e

Ministério Público, CRAS, CREAS, CEA e PETI, além das escolas estaduais e municipais, mas não há uma Rede de Proteção Integrada formada por esse conjunto de entidades que trabalhem interligadas, que medie o diálogo visando atender crianças, adolescentes e suas famílias, que articulem entre si ações e estratégias que visem o bem-estar destes atores. Ou seja, não há uma sistematização do trabalho em rede para assegurar o fortalecimento institucional das entidades e potencializar a exigibilidade dos direitos, fortalecendo assim, a integração dos atores envolvidos no Sistema de Garantia de Direitos. Dessa forma, os usuários do CAPS i permanecem sendo apenas usuários do CAPS i, não há demanda de encaminhamentos integrada a outras instituições, assim, na maioria dos casos não há resultado no tratamento da criança e do adolescente, uma vez que toda a família permanece necessitando de atendimento social.

Entendemos que cotidianamente o trabalho do assistente social esbarra nos limites das políticas públicas, pela deficiência de estratégias na articulação do trabalho em rede, a falta de investimento em recursos humanos, do sucateamento da estrutura física e da seletividade do acesso aos serviços. Todavia, não se tornam justificativas para a não efetivação do exercício profissional, pois, o profissional de Serviço Social é capaz de articular e buscar estratégias para a superação destes obstáculos, uma estratégia positiva é a criatividade do profissional, sua ação deve ser inovada e reinventada a cada desafio.

A atuação do assistente social deve buscar estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo usuário em sua particularidade, bem como os serviços e instancias que são possíveis de serem acessados. Pois, estes se apresentam como instrumentos de trabalho do assistente social. Além de ser percebido como mecanismo inicial para a construção de uma rede de cuidados.

O estágio curricular I e II em Saúde Mental possibilitou enumerar a relevância da intersetorialidade na atenção ao usuário e na qualidade dos serviços oferecidos. A experiência vivenciada no CAPS i João Paulo II trouxe, além de conhecimentos, a percepção de como muitas vezes ações tão pequenas podem se tornar grandes conquistas tanto na qualidade de vida para a pessoas sofrimento mental e sua família, quanto na resolução dos serviços.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, percebe-se que o assistente social contribui para o atendimento das demandas dos usuários, facilitando o acesso às informações e viabilizando ações educativas em saúde mental, através de: encaminhamentos, laudo social, visitas domiciliares, parecer social, acolhimento, orientações, relatórios, palestras, assembleias e a realização de triagem social com o paciente que chega pela primeira vez à instituição em busca de atendimento. No entanto, diante do que foi exposto no decorrer desta pesquisa ficou evidente que o assistente social não deve se limitar apenas a estes instrumentais deve-se criar possibilidades diante dos desafios encontrados todos os dias na política de saúde mental.

Dessa forma pode-se perceber os grandes desafios a qual o profissional do Serviço Social encontra durante seu dia a dia neste espaço ocupacional, as condições objetivas e subjetivas ficam muito evidentes, para tanto, é necessário que o profissional seja propositivo e interventivo, que faça uso de suas bases ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para realizar suas ações numa perspectiva de acessibilidade aos direitos.

Problematizo aqui que a realização desta pesquisa foi um momento de grande aprendizado, pois, possibilitou refletir sobre a prática do assistente social, conhecer de maneira generalista os serviços e entidades que compõe a rede, embora não aconteça ações e estratégias que viabilizem estas mediações. Para tanto, faz-se necessário a aplicação das políticas públicas e a criação de uma rede integrada que venha fortalecer o sistema de garantias de Direitos da Criança e do Adolescente numa perspectiva educacional, cultural, social e comunitária no município de Sousa, como emana o ECA (Estatuto da Criança e Adolescente).

Em virtude dos fatos mencionados, observa-se que há um reconhecimento de que a Saúde Mental tem relativos e importantes avanços, porém, vale ressaltar e considerar a ausência da responsabilidade estatal sobre o gerenciamento devido à instituição, é evidente a necessidade de uma reflexão crítica sobre um caminho para a superação das dificuldades encontradas na carência estrutural dos serviços e a criação de meios para reestruturar e oferecer um completo serviço aos usuários. Destaco aqui que o saber é algo inconcluso, um processo de construção e desconstrução constante, este trabalho visa fazer esta reflexão acerca das políticas em saúde mental, desmistificando o conceito de loucura, fomentando os discursões

e os debates nos diversos setores da saúde como em outros campos do saber, inserindo prioritariamente nesta discussão não só os profissionais, mais os usuários e seus familiares.

Os resultados deste estudo e a literatura utilizada na pesquisa mostram que o trabalho em rede seria uma possibilidade de fortalecimento das ações de cuidado em saúde mental no CAPS i João Paulo II, além de ser vista como uma estratégia que visa proporcionar a qualificação dos projetos terapêuticos que têm como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos com demandas de saúde mental. Sendo assim, é necessário refletir sobre algumas questões quanto aos aspectos que dificultam a realização e fortalecimento deste trabalho em rede. A partir dos resultados desta pesquisa consideramos que os diferentes profissionais envolvidos nesse tipo de trabalho devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado articulado com os serviços, de modo a promover qualidade de vida resgatar a cidadania e o direito à saúde dos pacientes com demandas de saúde mental.

A entrevistada revela sua preocupação acerca da falta de planejamento e a ausência do uso de instrumentalidades que são necessárias para a efetivação dos atendimentos, tais como o estudo de caso. Fator que gera uma enorme deficiência no serviço. Percebe-se também a falta de uma mediação entre os setores, que segundo a entrevistada esse foi o que ocasionou essa distância que ora acontece.

Sendo assim, o estudo mostrou a necessidade de ampliara discussão acerca do trabalho em rede em todos os setores que envolve garantia de direitos e o resgate a cidadania dos usuários, fomentando uma reestruturação dos serviços envolvidos para assim possibilitar mais eficiência nos tratamentos.

Portanto, conclui-se que os desafios os quais o profissional do Serviço Social se esbarra são inúmeros, desde das ingerências relacionadas as políticas focalizadas, ações fragmentadas, fragilidades nas estratégias de articulação com a rede, estruturas físicas sucateadas, equipe interdisciplinar frágil, entre outras, que insistem em esbarrar na ineficiência das respostas às demandas o que gera um serviço descaracterizado.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface comunicação, saúde e educação, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

Anos 60 no Brasil, acessado em 03/08
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/anos-60-no-brasil/48730>

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boi tempo, 1999.

AROUCA, S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, Tema 11, ano VI, novembro 1988.

As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 08 de junho de 2018.

BARROS, R. B. **Reforma psiquiátrica brasileira**: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), Loucura, ética e política: escritos militantes (pp. 196-206). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil.3. ed.(S.Soianesi&C.Marcondes,Trads.).São Paulo: Brasil Debates,1982.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental**. Brasília:2005

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. BRASIL. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília – DF, 2006.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E.et al.(orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez n. 88, 2006.

Bravo. Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro :Ed. UFRJ,2011.

CARVALHO, José Murilo de. 2005 (2001). *Cidadania no Brasil – o longo caminho*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. v. I, 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CAVALCANTI, M. T. Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

Censo do IBGE. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

CFESS. Manifesta. O trabalho do assistente social no SUAS. Política pública se faz com condições de trabalho. Brasília, 2 de abril de 2009.

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência
COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

DELEUZE, G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. In: DELEUZE, G. Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 219-226.

DIAS, Miriam. **Saúde mental e políticas de estado: pactuar caminhos intersetoriais**. Apresentação proferida na IV Conferência Municipal de Saúde Mental de Pelotas. Pelotas, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. **Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família**. Mental, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria
acesado em
09/08/2018https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010

Fernandes, Ana Elizabete Simões da Mota. **Cultura da Crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90/Ana Elizabete Simões da Mota Fernandes. -6.ed.-São Paulo,Cortez,2011.

Foucault, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1997 (edição original francesa 1972).

FREITAS, Fernando. CIDADANIA E LOUCURA — Origens das políticas de Saúde Mental no Brasil. Costa, Nilson do Rosário e Tundis, Silvério (org.), Petrópolis, Abrasco/Vozes, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 202 p.

História da Psiquiatria no Brasil. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/historia-da-psiquiatria-no-brasil>.

Acesso em: 23 de fevereiro de 2018

Hoje, no Brasil, só defende o hospital psiquiátrico quem faz gordo negócio com ele. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/hoje-no-brasil-so-defende-o-hospital-psiquiatrico-quem-faz-gordo-negocio-com-ele/10780/>. Acesso em: 07 de Junho de 2018.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **RELAÇÕES SOCIAIS E SERVIÇO LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS** Lei 8742, de 07.12.1993.

disponível em: https://univale.br/central_arquivos/arquivos/lei-organica-da-assistencia-social.pdf. Acesso em: 23 de fevereiro de 2018.

Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde Acessado em 06/08/2018

<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2018

MARCANTONIO, Jonathan Hermandes. **A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle.** 2014

MACIEL, Marcelo de Abreu. **Reforma psiquiátrica:** as experiências francesa e italiana. Passos ICF. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 244 p.

Malik, Ana Maria. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*, volume 3 / AnaMaria Malik, Laura Maria Cesar Schiesari. – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania)

MANCE, Euclides André. **A revolução das redes**: a colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. 30ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.

MEDEIROS, E. S.. **Objetivos e princípios constitucionais da seguridade social**. O Patriarca, v. 9, p. 1-9, 2014.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes Ltda, 2012.

MIOTO, R.C.T. **Família e serviço social - Contribuições para o debate**. In *Serviço Social e Sociedade*. n.º. 55. São Paulo. Cortez, 1997.

Neoliberalismo. Disponível em: <https://www.suapesquisa.com/geografia/neoliberalismo.htm>. Acesso em: 14 de março de 2018.

NOGUEIRA, V. M. R. **Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira**. *Serviço Social e Sociedade* n.º. 65 São Paulo, Cortez, 2001.

NOGUEIRA, V. M. R. **Direitos à saúde na sociedade contemporânea**. *Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social*. Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social –, n. 10. Brasília, 2002

O Programa De Volta para Casa. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade**: Discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, Argumentvm Editora, 2009.

PAULO NETTO, José. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LEBASUPIN, Ivo (Org). O desmonte da nação: balanço do governo FHC. Petrópolis: Vozes, 1999.

PETRY, Analídia Rodolpho. **Esquizofrenia e Representação Social**: estudo de casos em Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. **Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira**: a genealogia da reabilitação psicossocial. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

PITTA.A.M.F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira**: Instituições, Atores e Políticas. AnassessmentofBrazilianPsychiatricReform:Institutions, Actorsand Policies/ Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011.

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 09 de agosto de 2018.

População da cidade de Sousa-PB acessado em 08/08/2018
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa/panorama>

PORTARIA Nº- 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 acessado em 07/08/2018

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html

Princípios e Diretrizes Constitucionais. Disponível em:

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/principios-e-diretrizes-constitucionais/17197>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2018

Programa de volta para casa. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 07 de agosto de 2018.

Programa de Volta pra Casa acessado em 07/08/2018

<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa/sobre-o-programa>

Regimento da 3ª Conferência Nacional de Saúde acessado em 06/08/2018

http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf

Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, 2001. Disponível em:

<https://pt.slideshare.net/multicentrica/sade-mental-na-ateno-bsica-14323301>.

Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO, Elisa Antônia. **A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa.**

Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, n. 04, maio de 2008

ROCHA, C.M.F. **As Redes em Saúde:** entre limites e possibilidades. Fórum Nacional de Redes em Saúde. Belo Horizonte: OPS/OMS, 2005, v. 1, p. 37 - 58.

Santa Casa de Misericórdia: História e desafios. <http://tremdahistoria.blogspot.com/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html> Acessado em 06/08/2018

Ana Paula Almeida Marchesotti PUBLICADO NA REVISTA BEM DE VIDA, N 38, FEV/MAR 2013, P. 10.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Direito previdenciário esquematizado.** São Paulo: Saraiva, 2011.

São Paulo: Cortez, 2011.

Saúde no Brasil- Do sanitário à municipalização disponível em : <http://portalms.saude.gov.br/historia-do-ministerio> acessado em 03/08

Seguridade e Previdência Social na Constituição de 1988 Wilson Leite Corrêa. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1431/seguridade-e-previdencia-social-na-constituicao-de-1988>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018

SOCIAL NO BRASIL: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 34. ed. – Social. Brasília: 2009.

TEIXEIRA, E. C. **Movimentos sociais e conselhos.** Cadernos da Abong, n. 15, p. 7-20, 1996.

V Conferência Nacional de Saúde acessado em 06/08/2018 http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. / Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto: Eduardo Mourão Vasconcelos (Org).- 5 Ed. São Paulo:Cortez,2010.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

(Conforme Resolução do CNS/Nº. 466/2012)

Você está sendo convidado(a) a participar desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O entrevistador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. E ainda que decida participar, terá o direito de desistir a qualquer momento sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa contribuirá para a elaboração da monografia intitulada “O TRABALHO EM REDE NO CAPS I JOÃO PAULO II EM SOUSA: A VISÃO DO ASSISTENTE SOCIAL, que será desenvolvida por Fernanda Maria Gomes de Lucena, graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Sousa-PB, orientada pelo professor Dr. Reginaldo França Junior.

O objetivo desta pesquisa se dará em busca de “Compreender a importância do trabalho em rede a partir da percepção do assistente social no CAPS I”, mais especialmente no CAPS I João Paulo II em Sousa, como o trabalho em rede é desenvolvido, os desafios encontrados pelo Assistente Social para sua efetivação e quais os caminhos percorridos por ele para assim realizá-lo. Para tanto se faz necessária a participação do Assistente Social da instituição.

Para a realização desta pesquisa, será utilizada uma entrevista semiestruturada, tendo como foco o objetivo de estudo do trabalho. No procedimento de análise dos dados coletados será garantido o anonimato do entrevistado.

Os riscos que envolvem esta entrevista estão de acordo com a Resolução do CNS/ Nº. 466/2012, onde serão resguardados a autonomia e a idoneidade dos sujeitos. Será também esclarecido que, em qualquer momento os sujeitos poderão decidir continuar a entrevista ou desistir de participar.

Os benefícios desta pesquisa estão de acordo com a Resolução do CNS/ Nº. 466/12, visando possibilitar uma melhor compreensão a respeito da relevância do trabalho em rede sob a percepção do Serviço Social, elencando os posicionamentos

e possibilidades a qual o trabalho em rede visa contribuir, para assim possibilitar um atendimento mais humanizado e com mais qualidade.

Assim, solicito sua permissão para apresentar os resultados desta pesquisa em eventos científicos. Garantimos a privacidade das informações prestadas, deixando em total sigilo o nome da instituição e dos sujeitos que participarão deste estudo. E caso desejem ter acesso ao resultado da pesquisa, disponibilizaremos.

Eu, _____,
declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participação na pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente e acuso recebimento de uma cópia deste documento.

Sousa, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura da pesquisadora

Roteiro de Entrevista

Pesquisador responsável: Fernanda Maria Gomes de Lucena

Título da Pesquisa: O TRABALHO EM REDE NO CAPS i JOÃO PAULO II EM SOUSA: A VISÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

1- Identificação e contatos:

• Nome:

• Telefones: _____

• E-mail: _____

2- Perfil e Inserção profissional: Sexo: () feminino () masculino

3- Cidade onde atua profissionalmente: _____

4- A instituição onde atua é () Pública () Privada () Público gestão por OS

5- A instituição em que se formou _____

6- Ano de formação: _____

7- Tem cursos de pós-graduação? () Sim () Não. Quais?

8- Exercício profissional –

- De que forma você sistematiza o seu fazer profissional no CAPS i? Quais contribuições o AS pode dar enquanto membro da equipe do CAPS i?
- O que você entende por intersectorialidade? Existem na sua prática profissional atividades intersectoriais? Cite e comente-as, apontando, facilidades e dificuldades nesse contexto
- A equipe de trabalho da Unidade de Saúde que você pertence desenvolve ações de promoção de saúde em articulação com outros setores públicos e/ou privados? Aponte e comente-os.
- Existe um momento específico que os profissionais da equipe se reúnem para discutir sobre problemas/dificuldades e facilidades do trabalho no CAPS i?
- Como você contempla o trabalho em rede, ele acontece com efetividade? Quais os caminhos e percalços que você como assistente social observa?

