



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ADMIR GONÇALVES DA ROCHA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II
NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE-PB: OS DIREITOS DOS
USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL EM DEBATE**

**CAMPINA GRANDE, PB
2016**

ADMIR GONÇALVES DA ROCHA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II
NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE-PB: OS DIREITOS DOS
USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL EM DEBATE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Me. Thaisa Simplicio Carneiro Matias.

**CAMPINA GRANDE, PB
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R672r Rocha, Admir Gonçalves da
Relato de experiência no Centro de atenção psicossocial II novos tempos de Campina Grande - PB [manuscrito] : os direitos dos usuários de saúde mental em debate. / Admir Gonçalves da Rocha. - 2016.
40 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Ma.Thaisa Simplicio Carneiro Matias, Departamento de Serviço social".

1. Reforma psiquiátrica. 2. Atenção psicossocial. 3. Saúde mental. 4. Promoção da saúde. 5. Educação em saúde. I. Título.
21. ed. CDD 362.2

ADMIR GONÇALVES DA ROCHA

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II NOVOS
TEMPOS DE CAMPINA GRANDE-PB: OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE
MENTAL EM DEBATE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito para obtenção do título de bacharel
em Serviço Social.

Aprovado em: 02/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

Thaiza Simplicio Carneiro Matias Nota: 9,0
Prof. Me. Thaiza Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Alessandra Ximenes da Silva Nota: 9,0
Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Etiene do Nascimento Bonfim Nota: 9,0
Esp. Etiene do Nascimento Bonfim (Examinadora)
Assistente Social CAPS II/ Campina Grande

Média: 9,0

AGRADECIMENTOS

Minha total gratidão ao meu Deus por me acompanhar nesta caminhada e me proporcionar sabedoria para concretização deste sonho, sem Ele nada seria possível, pois Deus é a fonte de sabedoria e a essência da minha vida.

Aos meus pais: José Gonçalves e Josirete Gonçalves, sem vocês eu não estaria aqui. Obrigado por estarem sempre ao meu lado e me incentivando em minhas decisões.

À minha esposa Taynná Rocha, a grande incentivadora deste sonho, que desde o momento que entrou em minha vida tem sido bênção de Deus, muito obrigado por estar ao meu lado sempre, me ajudando e me motivando a nunca desistir. Assim como a bíblia fala: “a mulher sábia edifica a sua casa”, você tem sido assim na minha vida, meu amor. Este sonho é nosso, muito obrigado por acreditar em mim.

Aos meus irmãos Neto e Suziane, minha cunhada Solange e meu sobrinho Natan, pelas orações e por estarem sempre ao meu lado nos momentos difíceis, me encorajando a seguir em frente.

À toda Família Corrêa: o saudoso José Corrêa, e, em especial, minha Sogra Nadja e minha cunhada Jimenna Taynara que me acolheram como filho e sempre acreditaram no meu potencial, incentivando-me a seguir e vencer as dificuldades que surgiam pelo caminho.

À minha orientadora Thaisa Simplício, pela paciência, amizade e competência em ajudar no decorrer deste trabalho de conclusão de curso, compartilhando comigo seu conhecimento, constituindo-se fundamental em meu trabalho.

À minha Supervisora de Campo de Estágio e Examinadora Etiene Bonfim, pela dedicação, paciência e por ter contribuído com o seu conhecimento para minha vida profissional.

A todos os meus colegas de curso, por compartilharem seus conhecimentos e experiências, em especial Taise, Gilmara, Petrócia, Nilda, Daniele, Josinaldo, Francineide. Agradeço pelo incentivo e força no decorrer desta formação.

Meu muito obrigado aos professores do curso de Serviço Social da UEPB, pois cada um assumiu um papel importantíssimo na construção deste trabalho e em minha formação profissional.

À Professora Examinadora Alessandra Ximenes da Silva - pela disposição, interesse e ricas contribuições para este trabalho.

A todos os Usuários do CAPS II - NOVOS TEMPOS de Campina Grande, pois foi com esta grande colaboração que pude realizar esta pesquisa.

A todos os profissionais da referida Instituição, em especial, à Coordenadora do serviço – Enedina, por ter nos recebido bem e ter sido fundamental nesta trajetória.

À Alana Suene e ao Prefeito Manoel Marcelo de Andrade, por serem colaboradores em minha carreira profissional, depositando em mim a confiança e oportunidade de trabalhar como secretário adjunto na secretaria de assistência social, adquirindo conhecimento e experiência profissional.

À minha amiga e irmã em Cristo Jussara Abdala - uma grande amiga que me incentivou na escolha deste curso.

A todos que não acreditaram no meu potencial, pois isto me motivou muito mais a cada dia alcançar um novo degrau!

Obrigado por estarem ao meu lado e por acreditarem em minha formação acadêmica, pois esta é uma conquista nossa!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 A REFORMA SANITÁRIA E O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE.....	8
3 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	20
4 O CAPS II: NOVOS TEMPOS E A EXPERIÊNCIA DA INTERVENÇÃO.....	24
4.1 Reforma psiquiátrica, o que se tinha antes e o que mudou?	27
4.2 CAPS e a Rede de Atenção Psicossocial	29
4.3 Discussão sobre os direitos dos usuários de saúde mental de acordo com a lei 10.216 de 2001, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e passe livre nos transportes público.....	31
4.4 Deveres dos usuários do CAPS II : uma análise do projeto institucional	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
ABSTRACT	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A – QUADRO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO CAPS II.....	40

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II NOVOS TEMPOS DE CAMPINA GRANDE-PB: OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL EM DEBATE

Admir Gonçalves da Rocha¹

RESUMO:

O presente artigo objetiva fazer uma análise da experiência desenvolvida pelos estagiários de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II-NOVOS TEMPOS) de Campina Grande – PB durante o Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba no ano de 2016, desenvolvendo práticas educativas sobre os “Direitos dos Usuários de Saúde Mental”. O Sistema Único de Saúde no Brasil tem sofrido sérios ataques desde os anos 1990 pelo ideário neoliberal até os dias atuais, que vem se fortalecendo e restringindo direitos conquistados pela Constituição Federal de 1988, como por exemplo, o acesso universal a saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”. Para entender a atual conjuntura da saúde no Brasil, faremos uma breve análise do processo de Reforma Sanitária Brasileira e Reforma Psiquiátrica, situando como vem sendo implementada a saúde na contemporaneidade. Além disso, destacaremos a importância das práticas educativas para a promoção da saúde, dando ênfase a educação popular neste processo de aprendizado. Portanto, A metodologia utilizada para esta prática educativa foi a roda de conversa, com encontros uma vez por semana, com os usuários, com a participação da Assistente Social e profissionais de Enfermagem da referida instituição. Vale salientar que esta pesquisa assume um caráter relevante para os usuários do CAPS II Novos Tempos, uma vez que puderam ter conhecimento de seus direitos previstos na Constituição Federal para assim cobrar do poder público a efetivação deste. Para o grupo de estagiários foi de suma importância, pois buscou articular a teoria e prática, através de mediações para aprender o real e propor respostas profissionais para os usuários deste serviço.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Usuários, Práticas Educativas, Direitos.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970, iniciou-se a emergência do “movimento sanitário”, que defendia mudanças nas práticas de saúde, como modelos de atenção e gestão, saúde coletiva, participação de trabalhadores e usuários na sua gestão e produção. Nessa mesma época, no Brasil, iniciou a busca pela Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violência, propôs a construção de uma rede de serviços e estratégias

¹ Aluno de Graduação de Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba- Campus I
E-mail: admirponte@hotmail.com

territoriais e comunitárias profundamente solidárias, inclusivas e libertárias (BRASIL, 2010). Segundo Martins (2014), esse movimento foi iniciado, no Brasil, no final da década de 1970 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais e se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorreu na época.

O autor ainda fala que, em 1990, o Brasil assina a Declaração de Caracas, documento que propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que modifica questões relacionadas à proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dessa lei origina-se (após mais de 10 anos de tramitação no Congresso Nacional) a Política de Saúde Mental, que visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Ou seja, busca formas de alterar o sistema vigente até então que primava pela internação de longa duração e privava o paciente do convívio com a família e presença na sociedade, uma vez que este era isolado de todos.

Com isto em mente, o presente artigo tem por objetivo fazer uma análise da atividade educativa desenvolvida pelos estagiários do curso de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II - Novos Tempos), no Município de Campina Grande, Paraíba, durante a disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório do curso da Universidade Estadual da Paraíba, entre os anos de 2015 e 2016, informando aos usuários acerca de seus direitos previstos na Constituição Federal no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse por esta temática decorreu do que foi observado na instituição, onde foi possível perceber que os usuários procuravam o setor de Serviço Social para se informar sobre seus direitos, como, por exemplo, como ter acesso ao Benefício de Proteção Continuada (BPC) e ao *Cartão Vale Mais*, como poderia fazer para conseguir a medicação de alto custo, entre outras demandas. Com base nisso, sentimos a necessidade de elaborar este projeto para informar através de práticas educativas sobre os direitos garantidos por lei desse público.

Quanto à organização deste trabalho, após estas notas introdutórias, abordaremos a importância das práticas educativas para a promoção da saúde, conceituando como ela ocorreu historicamente, com a discussão dessas práticas em uma perspectiva freireana, como também a contribuição que essa perspectiva traz para a vida profissional do Assistente Social. No item 3, abordaremos a política de saúde brasileira na atual conjuntura, analisando o contexto histórico da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, desde os governos dos anos 1990. Em seguida, apresentaremos a experiência do projeto de intervenção realizada com os usuários do

CAPS II- Novos Tempos de Campina Grande-PB, com o tema “Os direitos dos Usuários de Saúde Mental em Debate”, seguido das considerações finais.

2 A REFORMA SANITÁRIA E O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

No final dos anos 70 e início dos anos 80 do século passado, um agravamento das políticas sociais (principalmente nos grandes centros urbanos) e o esgotamento do regime autoritário desencadearam a emergência de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, deu início ao movimento de reforma sanitária, no campo da saúde (FORTES, 2003).

Foi no início da década de 1970 que aconteceram os primeiros passos para o Movimento de Reforma Sanitária, que nasceu, assim, no contexto da luta contra a ditadura militar. O nome da reforma surgiu para remeter a um conjunto de ideias em relação às mudanças e às transformações necessárias no setor de saúde para melhoria nas condições de vida da população. Desse modo, foram reunidos grupos de profissionais da referida política, bem como movimentos sociais e sociedade civil de modo geral para discutir um novo modelo de saúde para o Brasil, o que resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, e que tinha como proposta a universalidade do direito à saúde, que, posteriormente, foi oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação de Sistema Único de Saúde (FIOCRUZ, 2016).

Silva (2014) enfatiza que o projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1980 foi formulado com os princípios de saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: “descentralização com a direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da população” (BRASIL, 1986).

A regulamentação do SUS ocorreu através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis 8.080 e 8.142 (ambas de 1990), a qual trouxe em seu escopo princípios como: a *universalidade* que está ligada a garantia do direito à saúde por parte do Estado a todos os brasileiros, sem preconceito ou discriminação de acesso aos serviços oferecidos pelo SUS. O significado deste principio é extremamente relevante para a concretização da democracia, pois

a partir de então, não só apenas as pessoas que trabalhavam de carteira assinada (ligadas à Previdência Social) teriam acesso aos serviços de saúde, mas toda a população; a *integralidade* parte da ideia de que o indivíduo para ter saúde, não basta apenas a ausência de doença, mas tem que existir várias dimensões que são integradas envolvendo a saúde do sujeito particular e da coletividade como lazer, esporte, habitação, saneamento básico, cultura e etc. Assim, o SUS deve procurar realizar ações contínuas na proteção, recuperação e reabilitação. Como aponta Vasconcelos e Pasche (2012, p. 535) “esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS, que oferta desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção de saúde de caráter nacional intersetorial”.

O terceiro princípio fundamental para o funcionamento do SUS, a *equidade*, tem uma relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia quando no atendimento aos indivíduos de acordo com a suas necessidades e níveis de complexidade, oferece mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidado. Esse exemplo prático se observa nos Hospitais Gerais, em Campina Grande, como acontece no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, que se implantou a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento é definida de acordo a chegada, urgência e gravidade.

Além dos princípios, do ponto de vista do funcionamento do SUS, devem-se considerar suas diretrizes organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre as quais estão: a descentralização com comando único em cada esfera de governo, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária, através da qual ocorre o controle social das ações e serviços do SUS.

A luta da RSB direcionava-se em um conceito ampliado de saúde, diferente da perspectiva hegemônica: se até então se entendia saúde como mera ausência de doença, com a discussão da determinação social do processo saúde e doença, a saúde passou a estar relacionada para além dos aspectos biológicos, ou seja, com as condições de vida e projeto de sociedade, conforme consta na da Lei 8.080/90 em seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, p. 01).

Cabe destacar que, concomitante à luta mais ampla para o setor em destaque, também ocorreu o início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, nos anos 1970, em favor das mudanças dos modelos de atenção a gestão nas práticas de saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Desde o início das civilizações o louco seguia a lógica da exclusão, obrigado a viver vagando pela terra ou, mesmo depois de alguns séculos, passou a viver trancafiado e excluído da sociedade e da família. Pegoraro (2009, p. 253), afirma que “ao longo de todo o período identificado como pré-capitalista europeu, a família era a instituição responsável pelos cuidados daqueles considerados loucos”. Para muitos da época, a “loucura” era motivo de chacota, era causas demoníaca ou considerada castigo dos deuses.

O louco na sociedade capitalista, era vista como qualquer indivíduo que apresentasse um comportamento desviante, ou qualquer outra característica que não contribuísse para o andamento da sociedade e causasse perturbação social. Ou seja, os doentes mentais, os leprosos, idosos, aleijado e todos aqueles que não produziam e não consumiam na sociedade capitalista, eram excluídos da sociedade. “E essa exclusão se dava com a criação de hospitais gerais, instituições criadas para internalização dos ditos “loucos”, e desta forma viviam trancafiados, em condições desumanas e excluído da sociedade, pois eles considerados improdutivos para o capital (PEGORARO, 2009, p. 267).

Foi a partir deste contexto que começaram a surgir alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. Foi neste período que começaram as denúncias de maus tratos, falta de higiene, superlotação, péssimas qualidades dos serviços oferecidos, falta de médicos nos hospitais psiquiátricos, ou seja, “os usuários de saúde mental eram tratados como loucos, sem nenhum cuidado e respeito” (AMARANTE, 1995, p. 34).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o início do movimento social pelos direitos dos usuários psiquiátricos em nosso país. Surge neste ano o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Em 1987, ocorreram eventos que marcaram e contribuíram para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Um deles foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e o outro foi o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, SP), que trouxe como tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo período surgiram os primeiros Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de

São Paulo, que representou a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em Saúde Mental no país.

Outro fato importante a ser destacado foi a I Conferência Internacional de Caracas, no ano de 1990 que teve como marco fundamental embasar as iniciativas de reestruturação da atenção em saúde mental no continente, buscando a promoção de novos modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais. Também neste mesmo ano, são implantados no município de Santos (SP) os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas e as cooperativas e residências para os usuários que passaram por longos períodos de internações, perderam o vínculo familiar e viviam em condições desumanas (BRASIL, 2005, p. 7).

Moura (2011) destaca que neste processo que vivenciava o Brasil no ano de 1989, foi dada entrada no Congresso Nacional o Projeto de lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Este foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos Legislativo e Normativo, pois a cada dia crescia o número de denúncias de maus-tratos e aumentava o número de mortes nos manicômios espalhados por todo o país. Mas, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado foi sancionada no país. A aprovação foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe modificações importantes no texto normativo.

Assim, a lei federal 10.216 propõe novos valores e direcionamentos para o processo de reforma psiquiátrica no país. No contexto da promulgação da lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em Dezembro de 2001, a Política Nacional de Saúde Mental passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A referida lei, uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, garantindo que esse público tenha acesso adequado às suas necessidades no SUS para que possa haver sua recuperação e inclusão em todas as esferas da sociedade sendo protegida de abuso e exploração, com direito ao sigilo de suas informações, assim como, têm direito de ser informados sobre sua doença e sempre que se fizer necessária sua internação também não podem ficar incomunicáveis e devem ser atendidos, preferencialmente, em centros comunitários de saúde e ser tratados de forma menos invasiva possível (BRASIL, 2001).

Em 2002, foi promulgada a Portaria 251² do Ministério da Saúde (MS), que regulamentou as normas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, instituindo normas hospitalares e dispendo sobre a classificação dos mesmos. No mesmo ano o supracitado Ministério promulgou a Portaria 336, que discorre sobre o funcionamento e financiamento dos CAPS e de outros serviços substitutivos, ampliando o funcionamento e complexidade dos mesmos.

Os serviços substitutivos constituem a principal estratégia da reforma psiquiátrica. O território é “fundamentalmente constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)” (BRASIL, 2004, p. 11). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar-os em suas iniciativas na busca pela autonomia, oferecê-los atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente cultural e social concreto, denominado de seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e família.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p.11).

As redes possuem muitos centros, muitas vezes quem as compõem é que as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os referidos serviços deverão assumir seu papel estratégico na articulação e acompanhamento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes a Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia

² Estabelece além de outras normas, que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/psiquiatria); define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas da rede do SUS e dá outras providências.

dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

Os CAPS de acordo com a Portaria/GM/MS 336 - de 19 de fevereiro de 2002 em seu artigo 4º, se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se do seguinte modo: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

As especificações de cada um desses centros ficam por conta do Ministério da Saúde que define que: os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana. A equipe mínima deste serviço de acordo com normatização do Ministério da saúde é composta por: 1 médico psiquiátrica ou um médico com especialização em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior com outras categorias profissionais (Psicólogo, assistente social, terapêutica ocupacional ou pedagogo) e 4 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

O CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, cujo objetivo é oferecer um espaço terapêutico para o tratamento e acompanhamento dos usuários que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e que necessitam de cuidados intensivos (BRASIL, 2004, p. 1). Além disso, tem como objetivo inserir a pessoa acometida de transtorno mental na família e na sociedade, promovendo a independência e a autonomia do usuário e sua reabilitação, tendo em conta suas potencialidades, a fim de inseri-los em atividades produtivas. A equipe mínima para este serviço é: 1 médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior com outras categorias profissionais (Psicólogo, assistente social, terapêutica ocupacional ou pedagogo), 6 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. O CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas,

de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana (BRASIL, 2004).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, 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. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior; Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2004).

Podemos observar que no decorrer dos anos, muitos têm sido os avanços da política de saúde, porém a referida legislação da saúde e a própria Constituição Federal, não foram capazes de efetivar plenamente o Direito a Saúde para todos os brasileiros como um dever do Estado, tendo em vista os interesses da classe dominante em reafirmar a saúde como mercadoria neste processo de contra reforma do Estado.

No contexto de hegemonia neoliberal no que tange as políticas públicas, as propostas de reformas no campo da saúde têm sido cada vez mais focalizadas no atendimento das populações desfavorecidas economicamente, apontando o alargamento da privatização, incentivando o seguro privado, a descentralização dos serviços ao nível local e a eliminação de vinculação da fonte com relação ao financiamento do SUS. De acordo com Costa (2000, p. 06), essa proposta tem como objetivo a individualidade e a fragmentação, o que vai de encontro com os pressupostos da coletividade e universalidade do projeto contra hegemônico da RSB.

Diante desta conjuntura, existe um duelo entre o projeto de reforma sanitária que incorporava alguns elementos na Carta Magna e o projeto de saúde voltado ao mercado e ao interesse privatista. Percebe-se que as políticas públicas têm sido dominadas pelo capital financeiro, Banco Mundial (um grande articulador de ideias que defende a focalização na pobreza e sua privatização com taxas nos serviços) e o FMI, diminuindo os direitos sociais conquistados ao passo em que o mercado se amplia, ocorrendo assim uma mercantilização da saúde.

A discussão da complementaridade do setor privado na Saúde previsto na Constituição Federal de 1988 vem desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso entre os participantes e delegados, sobre a necessidade e fortalecimento do setor público. Em qualquer situação ficou claro, que a participação do setor privado deve-se dar sobre o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas de direito público. Observamos que com o neoliberalismo houve uma inversão na proposta discutida e aprovada, ou seja, o que deveria ser complementar é o hegemônico hoje, é o que predomina nos hospitais gerais e policlínicas, por exemplo, a maioria é conveniada, dando brecha para ocorrer uma mercantilização da saúde, fortalecendo assim o grande capital (BRASIL,2007).

O projeto de Reforma do Estado vem desde os governos de Collor dos anos de 1990, e é a partir daí que começa os ataques contra a política de saúde e contra o recém-criado SUS, querendo assim a implantação do projeto privatista para reduzir os direitos conquistados na Constituição Federal.

No Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) o ajuste econômico e a contrarreforma do Estado se realizam de maneira ainda mais agressiva e organizada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do Ministro Bresser Pereira, situando a saúde não como uma responsabilidade exclusiva do Estado, portanto, sendo possível a prestação de serviços por Organizações Sociais (OS). Segundo Soares (2010, p.47) este projeto não conseguiu a fundo ser implementado devido aos grandes movimentos de resistência social, ficando as experiências restritas em alguns estados brasileiros.

Nas eleições de 2002, abre-se uma grande expectativa para a população em torno da saúde, uma vez que nenhum candidato tinha propostas contrárias ao SUS. É eleito então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva e cresce cada vez mais a esperança do povo em torno da Seguridade Social³, uma vez que estava chegando ao poder um representante sindical, de origem popular e representante da classe trabalhadora.

Na política de saúde, objeto de discussão, se esperava a retomada do processo de RSB e da efetivação do SUS. Ocorre o contrário do que se esperava, pois além de dar continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da Seguridade Social, faz uma série de mudanças que seus antecessores não conseguiram fazer, dentre elas, a segunda etapa da reforma da Previdência Social, reduzindo os direitos conquistados pela classe trabalhadora.

³ Definida na Constituição Federal vigente, em seu artigo 194, como um “conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes público e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à Saúde, Previdência e Assistência Social”.

A expectativa que se colocava para este governo, era de fortalecimento do SUS previsto na Constituição, porém ocorreu que no debate interno entre os universalistas e focalistas, este último saí fortificado. Segundo Bravo (2006, p.108), a defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população foi fortalecida e a perspectiva universalista ficou mais longe de ser atingida.

Ainda de acordo com Bravo (2006, p. 52), apesar das expectativas de fortalecimento do projeto da reforma sanitária, o governo Lula subordinou as políticas sociais à lógica econômica conservadora e aos ajustes e contra Reforma Neoliberal. Em seu segundo mandato, é nomeado para assumir o Ministério da Saúde José Gomes Temporão. Surge, mais uma vez, a esperança de melhorias na saúde, uma vez que ele participou da formulação do projeto de reforma sanitária, mas o que ocorre, apesar de ter um discurso sanitarista, é uma adesão a ideologia neodesenvolvimentista, que não muda o formato das políticas sociais, estas continuam com o formato focal seguindo as diretrizes dos organismos internacionais.

O governo Lula defendeu e criou propostas com vistas à terceirização dos trabalhadores de saúde, como as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e a fragmentação e enfraquecimento do controle social, quando criou os Conselhos Curadores e os Conselhos de Gestão participativa, ao invés de fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde existentes. Outra prioridade deste governo foi a criação e o fortalecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil, que tinha o objetivo de fornecer medicação mais barata ou até mesmo gratuita aqueles que estivessem cadastrados no programa e comprassem nos estabelecimentos a ele conveniados, fortalecendo assim a indústria farmacêutica e enriquecendo o grande capital.

Em meio a esse cenário de crise, contradições, em que vinha o governo Lula e diante de muitas lutas de movimentos sociais, surge a Frente Nacional Contra a Privatização criada em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal e sobre a administração direta do Estado. Composta por fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, partidos políticos e projetos universitários, como resposta e enfrentamento aos ataques ao SUS e em reforço ao projeto de RSB dos anos 80.

Em 2011, assume a Presidência da República, pela primeira vez na história do Brasil, uma mulher – Dilma Vana Rousseff. Ela, porém, segue a mesma linha do governo Lula, onde a saúde, não foi considerada área prioritária no padrão de desenvolvimento brasileiro. Isso porque desde 1995 a 2014, os investimentos para o Ministério da Saúde, manteve-se praticamente congelado em 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o pagamento de juros da dívida externa correspondeu a 5%, neste mesmo período. Diante da

crise mundial enfrentada pelo o Brasil, a medida tomada pelo governo federal é a redução dos gastos com políticas sociais, principalmente com a saúde e a educação.

Para tentar diminuir alguns problemas na saúde da população, Dilma ampliou o programa “Aqui tem Farmácia Popular” com distribuição de medicamentos para hipertensão e diabete, favorecendo desta forma o setor privado e enriquecendo a indústria Farmacêutica, abrindo ainda mais espaço para o neoliberalismo.

No segundo mandato da Presidente Dilma, ela envia ao Congresso Nacional a Medida Provisória 656, que depois se transformou no Projeto de Lei de número 18 de 2014, que trata de reajuste da tabela de Imposto de Renda, novo parcelamento de dívida de clubes de futebol e empresas de rádio difusão e entres outros temas. No meio de um deste, estava uma proposta que alterava a Lei 8.080 (que é o pilar legal do SUS), dando permissão para a abertura total da atenção a saúde para o capital estrangeiro, inclusive hospitais filantrópicos, ocasionando um desmonte no SUS, transformando a assistência a saúde em um grande balcão de negócio, onde a doença da população passa a ser uma fonte de lucro rápido para o grande capital.

Para tentar resolver os problemas das longas filas de usuários nos corredores dos hospitais esperando atendimento, o governo aposta na ampliação do Programa Mais Médico, que, segundo a Frente Nacional Contra a Privatização – FNCPS - (2015, p. 1), não é um programa estruturador para o SUS, pois além de não ter duração limitada, não serve para fixar os médicos nos locais necessários em médio prazo, ataca os direitos trabalhistas e não amplia o trabalho em equipe dos profissionais da Saúde. Dilma criou também o programa “Mais Especialidades” para tentar cobrir o buraco no sistema em relação à carência de especialista. A FNCP, então, alerta que este programa será um salto para a terceirização e ataques aos direitos trabalhistas, já que provavelmente será feito um esquema em que o SUS pagará diretamente as consultas de especialista nos consultórios privados.

O governo Dilma, ainda em 2015, em pleno contexto de crise que passava o Brasil, tendo em vista a necessidade de tentar garantir o apoio político dos setores conservadores que a apoiavam, entregou a gestão do Ministério da saúde para os setores mais atrasados do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) na figura de Marcelo Castro. Dando continuidade à gestão, este ministro indicou em dezembro de 2015 para coordenação de Saúde Mental o psiquiátrica Valencius Wurch Duarte Filho⁴, responsável pela maior clínica privada da América latina, causando um retrocesso para a saúde mental e gerando grande

⁴ O médico responsável pela Casa de Saúde, Dr. Eiras, a maior clinica psiquiátrica privada da América latina, clinica esta denunciada por maus tratos e violação dos direitos humanos, sendo objeto de intervenção do próprio ministério da saúde e do Ministério Público (VASCONCELOS, 2016, p. 68).

indignação por parte do movimento antimanicomial em todo país, que realizou muitas mobilizações em Brasília e nas principais cidades do país, importante destacar que a sala da coordenação de saúde mental ficou ocupada por 5 meses pelos movimentos sociais que não aceitavam a nomeação do psiquiatra supracitado.

Ainda em exercício em seu segundo mandato, a presidente Dilma autorizou em março de 2016, segundo reportagem no site do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PSDB), partido de oposição, em 7 de abril, um reajuste de 12,5% nos preços dos medicamentos - segundo economista, é a primeira vez em 10 anos que o preço fica acima da inflação do país, isso favorece a grande indústria farmacêutica e traz sérios prejuízos para o trabalhador.

Mesmo o Brasil vivenciando uma grande epidemia de *zika* vírus, casos de microcefalia em todos os lugares, dengue, *chikungunya*, a população sofrendo em filas de hospitais e postos de saúde a espera de atendimento, o governo anunciou em março uma redução de R\$ 2,3 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde em 2016, toda esta conjuntura favorece o setor privado, que a cada dia cresce em todo o país.

É importante situarmos também o momento político em que está o Brasil nos últimos meses, o *impeachment* da Presidente Dilma, que foi afastada do governo no dia 12 de maio do corrente ano, assumindo então de maneira ilegítima - defendida por alguns críticos como um golpe a democracia - o Vice-Presidente Michel Temer, e em 31 de agosto do corrente ano, Dilma perde o mandato definitivamente com a maioria do Senado favorável ao seu *impeachment*.

No atual Governo, o SUS é alvo de ataque em duas frentes: a primeira ameaça a ser destacada nesse governo ilegítimo é o ataque da própria universalização do SUS pelo atual Ministro da Saúde Ricardo Barros, como se a Constituição Federal e a LOS fossem muito rígidas e precisassem flexibilizar e que o Estado não tem condições de sustentar todos os direitos que a Carta Magna determina. Daí desdobra o incentivo ao mercado com a criação de um Plano de Saúde “popular”, praticamente uma forma de cobrança de serviços que hoje são gratuitos; e, em outra frente, uma redução de investimentos que pode prejudicar o sistema pelas próximas duas décadas, alegando que esta seria a solução para a crise econômica vivenciada no país, configurando uma nova fase de contra reforma estrutural que ataca os direitos dos trabalhadores.

A FNCPS em nota no dia 05 de agosto de 2016 afirma que

A Nomeação do deputado federal pelo Partido Progressista do Paraná Ricardo Barros para o Ministério da Saúde deixa claro qual vai ser o tom desse governo para a Saúde: o mesmo não apresenta nenhuma vinculação com a área, exceto sua relação com o setor privado, onde o maior doador individual para sua campanha a deputado federal foi o presidente do Grupo Aliança, empresa que comercializa planos de assistência médica e odontológica.

Além destes fatos, encontram-se tramitando na Câmara e no Senado Federal alguns Projetos de Lei que podem contribuir enormemente com a destruição do Sistema de Saúde brasileiro: a Proposta de Emenda à Constituição nº 451/2014, de autoria do deputado federal cassado Eduardo Cunha, que pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privado para os empregado; no Senado Federal Projeto de Lei nº 4.918/2016, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais, entre elas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁵.

O desmonte do SUS não se limita nos aspectos supracitados: está tramitando a proposta de prorrogação da vigência da Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 31 de dezembro de 2023, projeto este encaminhado pelo executivo federal ainda em 2015 e que autoriza a utilização de até 30% das receitas destinadas à Seguridade Social para outros fins, inclusive para a garantia do superávit primário e o pagamento de dívidas públicas ao sistema financeiro.

Não podemos desconsiderar mais uma manobra do governo de Michel Temer, nestes últimos meses, que trata-se da conhecida Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016 que, depois de aprovada pela Câmara dos Deputados, segue para aprovação no Senado (como PEC 55/2016), a fim de congelar os gastos públicos na educação, saúde, previdência e assistência social por 20 anos e estabelece que as despesas da União só poderão crescer conforme a inflação do ano anterior e a consequência desta para a população é a piora no atendimento nos hospitais, escolas e outros setores públicos, este dinheiro “economizado” vai para pagamento da dívida pública ao setor rentista e isenção de impostos a grandes empresários, recaindo sob a população menos favorecido o encargo de pagamento pelos deslizes governamentais.

Neste contexto que vive o Brasil, cabe aos trabalhadores, sociedade civil, movimentos sociais, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, organizar-se em luta pela defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade, pois a Saúde é direito de Todos e Dever do Estado, isto

⁵ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011.

não é garantido pela bondade de políticos, mas está previsto na Carta Magna, é lei e precisa ser respeitada e cumprida.

Um dos desafios para os profissionais de saúde, dentre os quais destacamos os assistentes sociais é saber que rumo tomará a saúde mental nos próximos anos, uma vez que sofremos com um grande retrocesso na reforma psiquiátrica como a nomeação do Ministro Ricardo Barros pelo atual Presidente da República. Estamos vivendo grandes ataques e o primeiro deles é a redução de gastos com o SUS, e o outro é que cada vez mais o mercado privado forma profissionais na saúde sobre a lógica do capital por meios de instituições filantrópicas.

Não há dúvidas de que, diante deste contexto, a política de saúde mental está ameaçada, cabe a nós assistentes sociais, conscientizar e mobilizar a população a lutar por um SUS universal, gratuito e de qualidade, onde as pessoas com transtorno mental tenha todos os seus direitos a saúde garantido, sem precisar recorrer ao mercado privado para ter um atendimento digno.

3 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

A educação faz parte do cotidiano do ser humano, pois ela permite o descobrimento de novos horizontes para a atenção em saúde e possibilita a conquista da autonomia e modificações no modo de vida das pessoas. As primeiras práticas de Educação em Saúde aconteceram no final do século XIX e início do século XX quando os grandes centros urbanos passavam por uma grande epidemia de varíola, peste e febre amarela, e “foi nessa conjuntura que aconteceram as primeiras intervenções do Estado voltadas para a saúde das classes populares, que tinham como objetivo manter o povo sobre regras de higiene para controle de doenças infectocontagiosas” (VASCONCELOS, 2010).

Para Vasconcelos (2010, p. 27), a educação popular em saúde no Brasil, foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinadas aos interesses do capital. Voltava-se para imposição de normas e comportamentos por eles considerados “adequados”. Portanto, historicamente a educação em saúde era voltada para responder às necessidades da elite burguesa, decorrente da necessidade dos grandes empresários estimularem os profissionais de saúde a “conscientizar” a população a mudarem seus hábitos e modo de vida, realizando assim a promoção, prevenção e a recuperação da saúde dos trabalhadores, pois, nesta época a educação popular estava relacionada apenas com o modo de higiene para a prevenção de doenças.

Na década de 1970, ganhou relevância um novo conceito educacional, idealizado por Paulo Freire, a educação popular, que valoriza os conhecimentos prévios dos povos e suas realidades culturais na construção de novos saberes. Vejamos o que diz esse autor a respeito da conscientização das pessoas por meio de uma educação libertadora:

Não há conscientização se, de sua prática não resulta a ação consciente dos oprimidos, como classe explorada, na luta por sua libertação. Por outro lado ninguém conscientiza ninguém. O educador e o povo se conscientizam através do movimento dialético entre a reflexão crítica sobre a ação anterior e a subsequente no processo de luta (FREIRE, 1980, p. 109).

De acordo com o exposto, a educação popular em saúde pode ser compreendida como o modo de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com a participação da população, respeitando seus hábitos, culturas e reconhecimento dos seus saberes, não existe saber mais ou menos, existem saberes de formas diferentes. Desse modo, através da troca de saberes com os profissionais de saúde, neste caso específico, o sujeito adquire conhecimento e torna-se um ser ativo e crítico nas suas escolhas.

Nesta perspectiva, os profissionais que trabalham no setor da saúde devem ser sensíveis e abertos à realidade de cada usuário, promovendo espaço para diálogo e troca de experiências, a fim de alcançar resultados muito mais efetivos. O trabalho de educação em saúde não pode ser pautado no conhecimento científico e verticalizado dos profissionais, mas realizar uma troca de saberes, a partir de compartilhamento de ideias e experiência vividas. É a hora em que o profissional valorizará os saberes dos usuários, o diálogo, a participação da comunidade, vivenciando a realidade social de cada indivíduo. “A educação, desta forma, deixa de ser vinculada apenas a uma transmissão de saberes e passa a ser um ato político (FREIRE, 2003).

A educação em saúde é essencial em todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal realiza a articulação entres todos os níveis de complexidade do sistema, representando um dispositivo importantíssimo para a formulação da política de saúde de forma compartilhada, como as ações que acontecem diretamente dos serviços para usuários, através de campanhas para a promoção e prevenção da saúde, pois a falta de discussão é um dos principais obstáculos para a prevenção de doenças e complicações acarretando um alto custo para a saúde pública. Deste modo,

Trazer a educação popular para um plano institucional significa muito para a construção do SUS que queremos em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Em outras palavras, queremos

que estes princípios orientadores de nossa Reforma Sanitária ganhem sentido no cotidiano da vida de milhões e milhões de brasileiras e brasileiros (BRASIL, 2007, p. 7).

Trazer a educação em saúde como uma estratégia política e metodológica, na ação do Ministério da Saúde e demais entes federativos, permite a discussão da saúde em um conceito ampliado, que esta depende dos determinantes sociais que participam da vida do indivíduo como: educação, trabalho, renda, lazer, esporte, cultura etc. Permite que se trabalhe o SUS com a população menos esclarecida, em uma perspectiva de integralidade dos saberes e da prática profissional, pois proporciona o encontro e o diálogo com outros espaços e com outros agentes que se colocam a favor da vida, do respeito e da dignidade humana.

Para discutimos a relevância que a educação popular traz para a profissão de Serviço Social, é preciso fazer uma reflexão:

O Serviço Social é uma profissão que surge como uma especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, que se institucionaliza rompendo as fronteiras da mera filantropia, como um dos recursos mobilizado pelo Estado, pelo empresariado e com o apoio da Igreja Católica, para atenuar as refrações da questão social, no contexto do capitalismo concorrencial ao monopolista (IAMAMOTO, 2013, p. 26).

De acordo com a autora, o Serviço Social é uma profissão que tem como objeto de estudo as expressões da questão social, atuando na esfera social, política e econômica, mediando conflitos entre a classe trabalhadora e viabilizando direitos sociais, contribuindo assim, com o processo de acumulação capitalista através da reprodução das relações sociais.

Diante disso, a educação popular é de fundamental importância para a formação do Assistente Social, uma vez, que por meio dela, é possível uma prática mais dialogada, democrática, que impulse o processo de organização, participação da comunidade, levando em conta o saber popular de cada usuário.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 55), as ações socioeducativas e/ou educação em saúde devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. Nessa perspectiva, o profissional de Serviço Social deve utilizar

[...] da prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na

medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico (VASCONCELOS, 1993, p. 35).

Ainda de acordo com CFESS, o assistente social na saúde, desempenhará as seguintes atividades socioeducativas:

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos sócio educativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- realizar atividades sócio educativas nas campanhas preventivas;
- democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- socializar informações e potencializar as ações sócio educativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- elaborar e/ou divulgar materiais sócio educativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse (CFESS, 2010, p.56).

O Assistente Social deve desempenhar suas funções com responsabilidade e compromisso, socializando informações acerca dos direitos dos usuários do SUS e através de atividades socioeducativas promover o debate com a população, para que assim possa tornar as atividades dialética e lutar com o apoio da participação popular pela a construção de um SUS totalmente público e Universal, rebatendo todas as formas de privatização na saúde.

Apesar do direcionamento ético-político e teórico-metodológico hegemônico da categoria profissional estimular a perspectiva técnico-operativa nesta perspectiva, não podemos desconsiderar a inserção destes profissionais dentro do trabalho coletivo e da sua condição de assalariado (portanto, sem deter dos meios necessários e condições objetivas independente da instituição empregadora), mesmo neste contexto de desmonte das políticas sociais, a busca por intervenções profissionais no sentido de fortalecer a educação popular vem sendo ambicionados em diversos espaços sócio ocupacionais, inclusive na formação profissional, conforme a experiência e estágio supervisionado obrigatório, relatada no item a seguir.

4 O CAPS II: NOVOS TEMPOS E A EXPERIÊNCIA DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção, na disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório da UEPB foi desenvolvido por quatro estagiários no período de fevereiro a junho de 2016, período este que inclui a elaboração, planejamento e execução do projeto, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II-Novos Tempos) de Campina Grande, no Estado da Paraíba.

Este Município experimentou o processo de implantação dos serviços substitutivos de saúde mental, antes mesmo de acontecer o processo de intervenção do Hospital João Ribeiro, que depois de passar por reiteradas avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/psiquiatria (PNASH), instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde, teve seu descredenciamento do SUS, transferindo 176 pacientes do referido hospital para serviços substitutivos da rede municipal de atenção psicossocial (BRASIL, 2007).

No período de intervenção do Hospital João Ribeiro, o município, já dispunha, de um CAPS II e um CAPS Ad. Após esta intervenção do hospital psiquiátrico citado anteriormente, a rede substitutiva foi ampliada e fortalecida com a implantação dos CAPSi e CAPS III, este ultimo funciona 24 horas por dia. Dando continuidade aos avanços da Saúde Mental no município, em agosto de 2005 foi criado os Serviço de Residência Terapêutica para aquelas pessoas que perderam os laços familiares após o fechamento do Hospital João Ribeiro, e hoje Campina Grande dispõe de 06 residências terapêuticas Municipais, sendo, 3 masculinas e 3 femininas.

Neste mesmo ano, foi inaugurada a Emergência Psiquiátrica no Hospital Geral da cidade, para atender os usuários em crise, sendo esta utilizada quando os recursos existentes nos serviços substitutivos não forem suficientes para o tratamento, atualmente este serviço funciona no hospital Dr. Edgley, situado no bairro José Pinheiro.

A adesão ao Programa de Volta Para Casa⁶ do Ministério da Saúde, também foi outra ferramenta utilizada pelo Município para (re) inserção dos usuários de transtornos mentais em suas famílias, é outra forma de avançar na Reforma Psiquiátrica na cidade. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas egressas do Hospital João Ribeiro.

O CAPS II Novos Tempos, objeto de análise deste trabalho, está localizado na Rua Fernando Gomes de Araújo, nº 81- Bairro do Catolé, Município de Campina Grande, PB e foi

⁶ O Programa de Volta Para casa foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da **lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003** e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenha permanecido em longas internações psiquiátricas. Fonte: Ministério da Saúde.

inaugurado em 18 dezembro de 2003 regulamentado pela portaria 336/GM⁷ de 19 de fevereiro de 2002 e pela Lei Municipal de Saúde Mental nº 4.068 sancionada em 30 de dezembro de 2003 pela Prefeita Cozete Barbosa Loureiro Garcia de Medeiros. O serviço começou a funcionar na cidade apenas em 8 de janeiro de 2004 após regularização dos documentos e requisitos necessários de acordo com a legislação de saúde mental, tornando-se o primeiro serviço substitutivo da cidade. De acordo com essa regulamentação cada usuário tem um projeto terapêutico singular desenvolvido por uma equipe multiprofissional, o qual oferece atendimento psicossocial e serviços de enfermagem (BRASIL, 2004, p. 1).

Hoje sua equipe é composta por um psiquiatra, um assistente social, quatro psicólogas, enfermeiras, educador físico, dois clínico Geral com especialização em saúde mental, uma psicopedagoga, uma pedagoga, três técnicos de enfermagem, uma enfermeira e outros funcionários de nível médio. A instituição oferece para seus usuários os seguintes serviços: oficina de auto cuidado, relaxamento, grupos terapêuticos, alongamento, jogos com dominó e dama, oficina de artes (bijuteria, desenho, reciclagem, pintura, fuxico), grupos de família que funciona duas vezes por semana e atendimento individual e coletivo.

Os usuários do CAPS II Novos Tempos são adultos com transtorno mentais severos e persistentes, residentes nos bairros de Campina Grande e também atende a usuários residentes em municípios pactuados a exemplo de Fagundes, Massaranduba, Serra Redonda, entre outros que não possui este serviço. O serviço oferece três tipos de tratamentos para os usuários: tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido na portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde e regulamentada pela lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental em todo o território nacional.

Em relação ao Serviço Social na instituição, a Assistente Social atua no acolhimento dos usuários, traça junto com a equipe multidisciplinar o projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada usuário, realiza reuniões com os profissionais para escolher o Técnico de Referência (TR) que irá acompanhar a evolução do tratamento e ficar responsável pelo usuário dentro da instituição, além disso, participa de visita domiciliar, busca ativa de usuários faltosos ao serviço, responde as demandas judiciais, é responsável pela liberação do cartão vale-mais para aqueles usuários que não possui renda para ir para o serviço realizar tratamento, realiza atendimento individual, coletivo e às famílias, presta assistência e esclarecimentos sobre os diversos tipos de benefícios sociais.

⁷ Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002- organiza o funcionamento dos serviços substitutivos de Saúde Mental.

As pessoas com transtornos mentais, para além de sua história de segregação, têm ainda no modelo clínico de atendimento poucas informações que podem ser acessadas. O estudo da percepção do direito tem sua importância, porque adentra no contexto da clínica ampliada, gerando um diálogo com este, pois os usuários com transtornos mentais fazem parte da construção do seu projeto terapêutico,

É exatamente nessa discussão da clínica que vemos como ainda nos apegamos bastante – com todo o nosso “progressismo” e nosso avanço político, nós profissionais de saúde, mais particularmente, os psis – a clínica. Nós temos também de saber desconstruir a clínica; temos de saber olhar para o sujeito, olhar para a experiência humana, para além da clínica, como uma outra forma de olhar para a experiência vivida que não se restringe ao olhar do sintoma, da psicopatologia. Se a relação continua a se dar sempre por meio da clínica, mesmo que “resinificada” ou “ampliada”, a relação será sempre com a doença e não com os sujeitos (AMARANTE, 2007, p. 169).

Durante o período de observação no CAPS II – Novos Tempos, notamos que muitos usuários e familiares procuravam a Assistente Social para se informar sobre seus direitos, como ter acesso ao BPC, porque uns tinham direito ao cartão Vale Mais e outros não; como poderiam fazer para conseguir a medicação de alto custo e muitas outras demandas.

Com o objetivo de informar os usuários a respeito de seus direitos, o grupo de estagiários de Serviço Social da UEPB identificou a necessidade de esclarecer, através do diálogo, a percepção acerca dos seus direitos, para que assim eles possam lutar por si mesmos e construir uma sociedade mais justa, onde os direitos da pessoa com transtorno mental possam ser respeitados.

Compreendemos que esta intervenção possibilitou um grande avanço em nossa formação, visto que o mesmo relacionou a unidade entre teoria e prática, observando a realidade social e as políticas sociais que estão sendo viabilizadas para a população e avaliando se de fato, os direitos dos usuários estão sendo cumpridos e respeitados pelo poder público.

Ao mesmo tempo, foi estimulada uma formação de qualidade para que a atuação como profissional seja capaz de proceder com coerência, eficiência, competência, qualidade e ética, contribuindo na construção de uma sociedade justa e igualitária, promovendo a inserção dos usuários no seio familiar e no convívio social.

A partir daí, tivemos como objetivo geral despertar interesse dos usuários em conhecer seus direitos previstos na legislação de saúde mental, para que assim possam cobrar do poder público sua efetivação. Para tanto, estabelecemos como objetivos específicos: esclarecer para os usuários como eram os tratamentos em Saúde mental no passado e o que mudou com a

reforma psiquiátrica; informá-los sobre os objetivos do CAPS e a rede de Atenção em Saúde Mental; Informar e discutir acerca dos seus direitos previstos na Constituição Federal e na Lei 10.216 de 2001 e explicar o que é e como ter acesso ao BPC e ao Passe Livre nos transportes Públicos.

Desenvolvemos as atividades na referida instituição em 4 encontros com os usuários que participavam das oficinas terapêuticas de ambos os sexos e com faixa etária de 19 a 55 anos, possibilitando o acesso à informação, através de encontros uma vez por semana como mostra na tabela em anexo.

Ressaltamos a importância do recurso utilizado *roda de conversa* por constituir uma das maneiras por meio das quais os indivíduos produzem sentidos e se posicionam nas relações do que está sendo proposto, perdendo toda sua timidez (WARSCHAUER, 2002, p.46). Para desenvolver a roda de conversa, utilizamos cartazes, lápis piloto, caixa de som para fazer as dinâmicas com música e tornar a atividade mais produtiva, utilizamos também a cartilha dos direitos dos usuários do SUS cedido pelo Centro de Ação Cultural (CENTRAC) e distribuição de planfets confeccionados por nós estagiários sobre os direitos dos usuários de Saúde Mental de acordo com legislação 10.216 de 2001. Cada encontro desenvolvido teve seu registro em diário de campo para subsidiar a produção deste artigo científico.

4.1 Reforma psiquiátrica, o que se tinha antes e o que mudou?

Durante o período de observação na instituição, sentimos a necessidade de dialogar com os usuários a respeito do que se tinha antes da implantação do CAPS, para que através de nossas exposições e de suas próprias experiências vividas, eles pudessem compreender o que mudou no tratamento para com o usuário de Saúde Mental. Neste primeiro encontro, houve a participação de 11 usuários.

Iniciamos os trabalhos fazendo uma contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, sua importância no âmbito da política de Saúde Mental e quais os benefícios que tal reforma trouxe para os usuários portadores de transtorno mental. Ao apresentarmos o projeto e seu objetivo, fizemos algumas perguntas sobre o conhecimento dos mesmos sobre o tema. As perguntas foram: *O que foi a reforma psiquiátrica? Qual a importância desta reforma para os usuários de Saúde Mental? Alguém presente já foi interno no Hospital João Ribeiro ou teve conhecimento de algum parente ou amigo que passou por longas internações? Existe diferença no tratamento de antes para o tratamento de hoje com o CAPS? Se sim, quais?*

Logo, os usuários que passaram longas internações no referido hospital começaram a se expressar, relatando os maus-tratos que sofriam, como serem amarrados, ficarem em ambientes sujos, além do choque-elétrico. Ainda houve usuários que disseram que após terem passado muito tempo no João Ribeiro, ao invés de melhorar, acabaram ficando piores. Diante desses relatos, perguntamos se eles percebem a diferença do tratamento hoje para o que se tinha antes. A resposta foi unânime que “sim” e que “*agora estava muito bom no CAPS, pois a gente pinta, faz fuxico, tem lanche e depois vamos embora para nossa casa, não ficamos mais preso*” (USUÁRIO D, grifo nosso).

Em seguida, falamos o porquê do surgimento do CAPS, o objetivo da Reforma Psiquiátrica, que é a extinção dos manicômios e a razão da ocorrência da intervenção do Hospital João Ribeiro na época, que após inúmeras denúncias de maus tratos, falta de higiene e de ter passado por uma avaliação negativa do PNAS/Psiquiatria quando teve seu descredenciamento total do SUS, sendo obrigado a fechar as portas. Deixamos bem claro que hoje ainda existem internações na Emergência Psiquiátrica, Clínica Dr. Maia ou em hospital geral que tenha leitos psiquiátricos, mas esta deve ser a última ponte da rede, ou seja, apenas quando os recursos existentes não forem suficientes para o tratamento do usuário.

Após essas explicações, foi feita uma dinâmica com uma caixa passando de mão em mão enquanto uma música animada tocava, dentro da caixa foi escrito palavras-chave como: tortura, maus tratos, exclusão, inclusão social, convívio familiar, camisa de força, oficina, pintura, artes, biscoito e etc., e na medida que a música parava, quem estivesse com a caixa, explicava se e onde eles vivenciavam/vivenciaram aquilo, se antes ou agora no CAPS, e após falarem eles mesmo colavam no painel a palavra correspondente ao modelo da época (Saúde mental antes x saúde mental hoje).

A oficina alcançou o objetivo proposto, pois, através dela, eles perceberam a diferença existente entre o que se tinha antes e o que mudou com a Reforma Psiquiátrica. Muita coisa melhorou, porém sabemos que há muito a se avançar na política de saúde mental. É preciso investimento em capacitações para os profissionais que atuam nessa área.

Em meio à discussão surgiu um questionamento, por um dos participantes, sobre a demora que era muito grande na marcação de uma consulta com a psiquiatra, desta forma pudemos observar que há uma flexibilização no trabalho, pois a demanda de usuários é muito grande para poucos profissionais.

No início da implantação do CAPS em Campina Grande, a instituição contava com a participação de 2 Assistentes Sociais, hoje existe apenas um profissional para dar conta de toda a demanda existente internamente e ainda fazer visitas domiciliares e realizar articulação

da rede intersetorial. Nos últimos anos o serviço apresenta uma estrutura física mal dividida, número reduzido de profissionais para a grande demanda existente, dificuldade de transporte para realização das visitas domiciliares, todos estes limites da instituição, dificulta a realização de bom atendimento aos usuários de saúde mental, conforme preconiza a política nacional de saúde mental. O tempo utilizado para a roda de conversa foi de uma hora, ficamos satisfeitos com os resultados, pois todos deram sua contribuição e se posicionaram diante de cada questionamento, perdendo a timidez e contribuindo para o nosso trabalho e nos dando segurança para os próximos encontros.

4.2 CAPS e a Rede de Atenção Psicossocial .

A escolha deste tema se deu por observamos a necessidade dos usuários entenderem que não existe apenas o CAPS para dar suporte em seu tratamento, que a rede é composta por outros serviços, que eles percebam a importância do Técnico de Referência (TR) e explicar que o CAPS não é para o usuário frequentar por toda vida.

Dando início as atividades, para quebrar a timidez e a ansiedade dos usuários, começamos com uma dinâmica, colocando em uma bexiga, alguns serviços que compõe a rede como: CAPS, Residências Terapêuticas, Centro de Convivência e Cultura, Emergência Psiquiátrica, Clínica Dr. Maia, SAMU, Estratégia Saúde da Família. Pedimos para movimentar a bexiga jogando um para o outro e na medida em que ia estourando-as dialogávamos sobre o tema. Esse encontro teve a participação de 13 usuários.

A princípio ficaram um pouco apreensivos com a temática, mas logo foram perdendo a timidez e a participação foi unânime. Conforme o balão estourava perguntávamos se eles tinham conhecimento daquele serviço ou se já haviam frequentado? Pelas análises de cada um, podemos perceber que alguns não sabem e não conhecem os serviços que compõe a Rede de Saúde Mental. Pois, pensam que limitam-se apenas ao CAPS, por isso sentimos a necessidade de dialogar com eles sobre esta temática.

Dando continuidade, explicamos que a Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com o Ministério da Saúde é definida como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integridade da assistência à saúde. Em seguida, explicamos que hoje ainda pode acontecer dos profissionais imobilizarem o usuário como uma forma de contenção, para que ele não cometa alguma violência contra ele mesmo ou venha ferir alguém, mas deve-se aplicar toda uma técnica para não machucar o usuário. Foi enfatizado que as emergências são a última ponte da rede, que estas devem ser

usadas apenas quando os outros serviços existentes não forem suficientes para o tratamento dos usuários.

Explicamos que os Centros de Convivência são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental brasileira, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, é um espaço de expressão e criação, proporcionado a inclusão social dos usuários, através da música, artes, atividades físicas, etc.

No item “Residência Terapêutica”, demonstraram não ter conhecimento do que seria. Logo, explicamos que estas foram criadas para aqueles usuários que vieram de longos períodos internações em hospitais psiquiátricos e que perderam seus laços familiares, neste caso, o município deve criar estas residências que funcionam como lar e que são vinculadas a um CAPS que deve dar suporte no atendimento para estes usuários. Hoje o Município de Campina Grande conta com 06 residências terapêuticas, porém existem outras residências terapêuticas particulares que funcionam, muitas vezes, sem as devidas fiscalizações do Ministério Público, onde os familiares transferem suas responsabilidades para estas casas lares, e o usuário não tem o devido cuidado necessário e vivendo em condições precárias, contudo, existem outras que têm toda responsabilidade com os usuários e oferecem um tratamento digno de acordo com suas necessidades.

Em seguida, pontuamos para eles qual o verdadeiro objetivo do CAPS e das modalidades existentes, e que este surgiu como serviço substitutivo dos Manicômios e tem como finalidade a reabilitação dos usuários, promovendo a autonomia, independência e inclusão social no trabalho, família e sociedade. Que o usuário não é para ficar a vida inteira neste serviço, terá alta e será acompanhado pela a equipe de atenção básica de seu território, e que este é a porta de entrada para todos os serviços existente na rede. Explicamos que além destes serviços existe outros que também fazem parte da rede como, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), UPA 24horas, as Unidades Básicas de Saúde, Consultório de Rua, SAMU.

Ao término perguntamos se eles gostam do tratamento oferecido no CAPS II -Novos Tempos e o que queriam de melhoria neste serviço, alguns se mostraram descrentes que pudessem haver melhorias, outros se mostraram satisfeitos e poucos sugeriram que se fizessem oficinas diferenciadas com os usuários.

Em seguida, discutimos a importância dos usuários se posicionarem sobre algo que acham que não está bom, procurar o seu TR e fazer suas reivindicações para a melhoria do serviço, pois com a Reforma Psiquiátrica o usuário passou a ter voz e ser ouvidas as suas opiniões. Desta forma, ficou claro para eles a importância do TR dentro da instituição, e que,

caso eles não concordem com a forma de como são tratados, podem procurar o responsável pelo serviço e denunciar e pedir a substituição do mesmo.

Essa oficina teve a participação de 14 usuários e todos tiveram participação ativa nas discussões, contribuindo para a produção deste trabalho e nos incentivando para elaborar os próximos encontros.

4.3 Discussão sobre os direitos dos usuários de saúde mental de acordo com a lei 10.216 de 2001, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e passe livre nos transportes público

Ao iniciarmos as atividades, mostraram-se bastante interessados pelo tema, e para dar início, houve uma discussão sobre o que seriam esses direitos. E como foi o processo para a aprovação da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários de saúde mental.

A dinâmica utilizada pelo grupo foi colocar em uma caixa todos os direitos previstos na Legislação: o BPC e o Passe livre para o transporte Público Interurbano, Estadual e Nacional. Ao som de uma música animada a caixa era passada de mão em mão, e conforme a música parava, eles tiravam um direito e de acordo com a compreensão eles tentavam explicar o que eles entendiam e se já tinha tido este direito violado. Logo após, a intervenção era feita por nós estagiários, explicando a fundo o que significava aquele direito e como eles poderiam requerer do poder público sua efetivação.

A dinâmica foi bastante produtiva e todos deram sua contribuição de acordo com seu entendimento. Demonstraram não ter conhecimento e um usuário perguntou quais os tipos de internações existentes, como ter acesso ao BPC (Benefício de Prestação Continuada) e ao Passe livre nos transportes Públicos.

Discutimos sobre os tipos de internações: voluntária, involuntária e compulsória. Explicamos que a voluntária se dá com o consentimento do usuário; a involuntária é quando ela ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros e que a compulsória é através de determinação judicial. Muitos pensavam que o BPC era uma aposentadoria para a vida toda. Contudo, deixamos bem claro, que este, não é uma aposentadoria e sim um benefício da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS⁸).

⁸ para ter direito os usuários deveria obedecer alguns critérios como: Renda familiar, comprovação de deficiência de longa duração para o mercado de trabalho de acordo com perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e que é um benefício intransferível, ou seja, ao falecer o usuário ele é cancelado. Este benefício

Com relação ao passe livre nos transportes públicos, procuramos orientação na Superintendência de Transito e Transporte Público (STTP) de Campina Grande, conforme as informações nos foram fornecidas por este serviço, passamos para os usuários. Para ter acesso a este benefício, o usuário deve procurar este serviço com a seguinte documentação: Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), comprovante de residência, duas fotos e laudo da última consulta. Depois de fazer todo o cadastro, o usuário passará por uma perícia médica que comprovará o grau de sua deficiência, para assim ter direito ao benefício. E para os transportes nacionais, o usuário deve procurar a Casa da Cidadania como os mesmos documentos.

Os usuários saíram satisfeitos com as explicações e ao término foi distribuído uma cartilha confeccionada por nós estagiários, com todos os direitos previsto na Lei 10.216 de 2001 (Lei Paulo Delgado), juntamente com algumas orientações sobre o BPC.

4.4 Deveres dos usuários do CAPS II : uma análise do projeto institucional

Este foi o último encontro realizado, com o tema “Deveres dos Usuários de Saúde Mental” baseado no projeto institucional, sentimos a necessidade de trabalhar esta temática, pois em conversa com a Assistente Social da instituição, a mesma relatou que esse projeto foi elaborado por uma equipe de profissionais, houve a divulgação, porém devido à grande rotatividade de usuários, alguns não tinham conhecimento. Esse encontro contou com a participação de 16 usuários.

Ao iniciar a discussão foi enfatizado, que apesar deles terem seus direitos garantidos por lei, também existem deveres que precisam ser cumpridos para que se tenha uma boa convivência com os profissionais de Saúde Mental e com os próprios colegas do CAPS II. E o cumprimento dessas obrigações é de fundamental importância para que seu tratamento alcance o objetivo esperado. Pensando nisso a Equipe do CAPS, elaborou um projeto da própria Instituição, traçando metas e objetivos a serem alcançados, e baseado nesse projeto é

consiste em um pagamento de um salário mínimo por mês e quem tem direito a ele: pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com doenças que incapacitam para o trabalho. Essas pessoas precisam comprovar que não possuem meios de prover a sua própria sustentação e nem de tê-la provida por sua família, onde a renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Para quem se enquadra nas exigências deste benefício, o mesmo deve ser requerido junto ao INSS com as documentações de todas as pessoas que convivem em casa, caso este seja negado, pode entrar com recurso junto ao INSS novamente, se for negado mais uma vez, poderá se recorrer junto à Justiça.

que foi feita a intervenção com essa temática, e através deste, os usuários puderam perceber a importância de cumprir tudo aquilo que foi proposto neste documento, para que, assim, eles possam ter êxito no seu tratamento.

A elaboração do projeto institucional do CAPS II - Novos Tempos, é uma sistematização da estrutura que o serviço pode oferecer e de que forma pode fazê-lo. Delimita as ações nas situações mais rotineiras do serviço e projeta medidas em situações que possam vir ocorrer no dia a dia. Estabelecem direitos e deveres de todos da instituição, tanto funcionários como usuários e familiares.

O projeto traz na íntegra as competências de cada profissional da instituição junto aos usuários. Foi feito uma dinâmica com usuários com uma música bem animada, e, em seguida, discutimos os deveres dos usuários contidos no referido projeto, conforme os temas a seguir: usuário fumante não pode fumar nos ambientes fechados do CAPS. O espaço para este fim é no pátio, em área específica; a alimentação não deve ocorrer nos horários de atendimento ou oficina, existe horários reservados para este fim, conforme cronograma da instituição; usuário deve evitar se ausentar antes do término dos atendimentos, oficinas ou grupos familiares, salvo caso de extrema urgência; em caso de desistência do tratamento deve comunicar ao TR pessoalmente ou através do familiar responsável; evitar estar nas dependências do CAPS com roupas Impróprias, curtas ou decotadas; é vedado o comércio ou troca de mercadoria entre os usuários; o repouso é restrito aos usuários no intensivo, salvo intercorrências; respeitar os colegas e a equipe de profissionais do CAPS.

Apesar dos avanços, o serviço precisa funcionar em um espaço mais adequado para a realização das atividades; as condições de trabalho do profissional Assistente Social são precárias, transporte uma vez por semana para a realização de visitas domiciliares, divide a sala com outro profissional de outra área e as demandas são muito grandes na instituição para apenas uma Assistente Social. É preciso avançar na consolidação da Rede de Atenção a Saúde Mental, com a territorialidade e intersetorialidade, estreitar o diálogo com os saberes da sociedade, onde o preconceito enfrentado pelos usuários com transtorno mentais ainda dificulta a emergência dos sujeitos.

Para finalizar, fizemos um show de calouros com todos os usuários, e quem participava ganhava um brinde, essa estratégia levantou a autoestima de todos, depois fizemos os agradecimentos e pedimos para cada um fazer a sua avaliação da contribuição que trouxemos com as temáticas discutidas no decorrer do projeto. Em seguida, fizemos uma confraternização com um café da manhã, organizado pelo grupo de estagiários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública tem sido um dos principais temas que tem preocupado a população brasileira atualmente. Vivemos em um contexto histórico e político em que a saúde brasileira vem a cada dia sendo manipulada pelo o ideário neoliberal. O que evidencia a tensão entre projetos distintos em disputa: um que defende a Reforma Sanitária com seus princípios e diretrizes descritos na Constituição Federal de 1988, no qual se coloca o SUS como sendo um direito de todos e dever do Estado; e o outro modelo que é voltado para o mercado e a lógica privatista, surgindo a partir dos anos de 1990, sobre a influência de ideologias neoliberais nas políticas sociais, na qual o que importa para o capital é o lucro, e desta forma trata a saúde como uma mercadoria.

Não podemos negar que muitos foram os avanços na política de saúde, porém problemas como o subfinanciamento, abertura para o capital estrangeiro, corrupção nos recursos destinados a políticas sociais e a crise econômica mundial contribuíram para impedir que o SUS desenvolva as atividades pela as quais ele é constitucionalmente responsável.

Percebemos durante a execução deste trabalho, a importância de trazer a educação em saúde como uma estratégia política e metodológica na ação da política de saúde, uma vez que permitiu a discussão em um contexto ampliado, que esta depende dos determinantes sociais.

Desta forma, as oficinas foram de suma importância para os usuários, pois assim, tiveram conhecimento sobre os seus direitos de acordo com a Lei 10.216 de 2001 que dispõe sobre os direitos e proteção dos usuários transtorno mental e puderam conhecer os serviços que compõe a rede de saúde mental do Município de Campina Grande e, assim, cobrar do poder público sua efetivação, se ainda não estão sendo executados. Para nossa vida profissional, foi de suma importância, uma vez que pudemos articular a teoria com a prática, através de mediações para compreender o real e propor respostas profissionais.

É preciso dar continuidade a estas oficinas educacionais no âmbito da instituição, pois desta forma o profissional estará mediando conhecimento através do diálogo com os usuários e realizando a troca de saberes através das experiências compartilhadas.

No campo da saúde mental, apesar das conquistas trazidas pela Reforma Psiquiátrica, percebe-se que há muito a se avançar, para que suas ações e serviços propostos sejam implementados e ampliados de acordo com o prevê a Constituição e a Lei 10.216 de 2001, que trata dos direitos dos usuários de saúde mental. É necessária a formação de recursos

humanos, efetivação de intersetorialidade com as mais variadas áreas (educação, meio ambiente, justiça, segurança), bem como ações mais sistematizadas no sentido de romper com o preconceito que ainda existe na sociedade sobre os usuários de saúde mental, como também na perspectiva de lutar por um SUS público, universal e de qualidade.

REPORT OF EXPERIENCE AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER II NEW TIMES
OF CAMPINA GRANDE-PB: THE RIGHTS OF USERS OF MENTAL HEALTH IN
DEBATE

ABSTRACT:

This article aims to analyze the experience of Social Service trainees in the Psychosocial Care Center (CAPS II-NOVOS TEMPOS) in Campina Grande - PB during the Mandatory Supervised Internship in Social Work of the State University of Paraíba in the year 2016, Developing the educational practices on the "Rights of Users of Mental Health." The Unified Health System in Brazil has suffered serious attacks since the 1990s by the neoliberal ideology to the present day, which has been strengthening and restricting rights won by the Federal Constitution of 1988 , Such as universal access to health as "Right of All and State Duty". To understand the current health situation in Brazil, we will make a brief analysis of the Brazilian Sanitary Reform and Psychiatric Reform process, situating how health has been implemented in the contemporary world. In addition, we will highlight the importance of educational practices for health promotion, with emphasis on popular education in this learning process. Therefore, the methodology used for this educational practice was the talk wheel, with meetings once a week, with the users, with the participation of the Social Worker and Nursing professionals of that institution. It is worth mentioning that this research assumes a relevant character for the users of the CAPS II Novos Tempos, since they could have knowledge of their rights foreseen in the Federal Constitution in order to charge the public power for its effectiveness. For the group of trainees was of paramount importance, since it sought to articulate the theory and practice, through mediations to learn the real and propose professional answers for the users of this service.

Keywords: Psychiatric Reform, Users, Educational Practices, Rights.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Medicalização da vida. In. Conselho Regional de Direitos Humanos (Org.). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007.

_____. (Org.). **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. **Caderno de educação popular em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** 2ª ed. Brasília: Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2001. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/. Acesso em: nov. 2016.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%E7ao.htm#cfart196. Acesso em: 09 de Dez. 2015.

_____. **Legislação em Saúde Mental.** 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde, 2004.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório final). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em: 9 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF,

2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 12 De dez. 2015.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Mari Inês Souza. **Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

CAMPINA GRANDE, PB. **Lei 4.068, de 30 de dezembro de 2002**. Lei municipal de saúde mental de Campina Grande Paraíba. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/CampinaGrande/lei_municipal2.pdf. Acesso em: nov. 2016.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 62, Cortez, 2000.

FIOCRUZ. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: nov. 2016.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. **Sistema Único de Saúde: Capacitação para apoios do controle social**. 2013. Disponível em: http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: nov. 2016.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e Atualidade Brasileira**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2003.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Nota Política: "O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde"**. 2016. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>, Acesso em: nov. 2016.

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MARTINS, Leonardo Viana de Vasconcelos. **Uma Breve História sobre a Loucura**. 2014. Disponível em: <http://psicologizzano.blogspot.com.br/2014/11/uma-breve-historia-sobre-loucura.html>. Acesso em: nov. 2016.

MOURA, Joviane A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. 2011. Disponível em: <https://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a->

saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial. Acesso em: nov. 2016.

PEGORARO, R. F. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. v . 77, nº 02. 2009.

PMDB. Partido do Movimento Democrático Brasileiro. **Uma ponte para o futuro**. Disponível em <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf> Acesso em 06 jul 2016.

PORTAL EDUCAÇÃO. **A reforma psiquiátrica no Brasil: política de saúde mental do SUS**. 2013. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/42373/a-reforma-psiquiatrica-no-brasil-politica-de-saude-mental-do-sus>. Acesso em: nov. 2016.

SILVA, Alessandra Ximenes da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso. **R. Katál**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

_____. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira**: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco). Recife, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. Em Pauta – **Revista de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: dialogo com o marxismo e o serviço social.- Campinas: Papel social, 2016.

_____. **Educação popular e atenção à saúde da família**.5.ed- São Paulo: Hucited, 2010.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. & PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde**. 2012. Disponível em: <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

ANEXO A – QUADRO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA NO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO CAPS II

ATIVIDADE	PROCEDIMENTO
Roda de conversa ✓ Reforma Psiquiátrica - o que se tinha antes e o que mudou?	Apresentação de Figuras de como era o tratamento antes e como é hoje (para eles identificar) + exposição dialogada + Dinâmica
Roda de conversa ✓ CAPS e a Rede de Atenção em Saúde Mental. - Serviços que Compõe a Rede de S. Mental. - Objetivo do CAPS - Importância do Técnico de Referência	Dinâmica + exposição dialogada sobre cada serviço.
Roda de Conversa ✓ Direitos dos Usuários de Saúde mental -BPC e Passe livre nos Transportes. - o que é um Direito? -Quais são eles? E o que regulamenta estes direitos?	Dinâmica + exposição dialogada + distribuição de panfletos com os direitos previstos na lei 10.216 de 2001.
Roda de conversa ✓ Deveres do Usuários no CAPS II – Novos tempos de Campina Grande	Dinâmica +exposição dialogada + utilização do projeto Institucional do Caps.