



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA ANGÉLICA RAMOS DA SILVA

**POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II
DE CAMPINA GRANDE/PB: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CAMPINA GRANDE

2018

MARIA ANGÉLICA RAMOS DA SILVA

**POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II
DE CAMPINA GRANDE/PB: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para à obtenção do título de grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias.

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

S586p Silva, Maria Angelica Ramos da.
Potencializando a assembleia dos usuários do CAPS II de
Campina Grande/PB [manuscrito] : um relato de experiência /
Maria Angelica Ramos da Silva. - 2018.
33 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Sociais Aplicadas , 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias ,
Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. CAPS. 4.
Serviço social. I. Título

21. ed. CDD 361.02

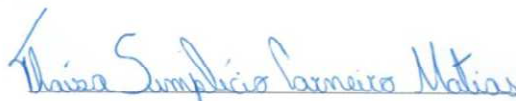
MARIA ANGÉLICA RAMOS DA SILVA

**POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II DE
CAMPINA GRANDE/PB: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 13/08/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Ribeiro da Costa (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Esp. Etiene do Nascimento Bomfim (Examinadora).
Assistente Social CAPS II/ Campina Grande (PMCG)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, que esteve ao meu lado e me deu coragem, forças e ânimo para não desistir, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, me provando que através da fé tudo podemos. A Ele devo minha gratidão;

Agradeço aos meus pais, Maria Vitória e Cícero que não se preocuparam em calejar as mãos para que as minhas manuseassem os livros. Obrigada por terem sido minha fortaleza e o maior exemplo de educação, amor e caráter. A vocês devo tudo o que sou;

Aos meus irmãos, Juliana Ramos, Alexandre Ramos e Valdick Ramos, pelo apoio, compreensão, ajuda, durante todo esse percurso. Aos meus sobrinhos Valdick Júnior e Juan Lucas meu amor mais puro;

Agradeço ao meu “TOP FIVE”, meninas vocês foram presente de Deus. Nós compartilhamos o mesmo sonho e foi através deste que nos conhecemos. Camila, Aninha, Gizelda e Tainnar. A vocês todo o meu carinho;

Agradeço especialmente a minha amiga Gi, minha amiga, irmã, obrigada por todo apoio, amizade e companheirismo de sempre. Sem você teria sido mais difícil chegar até aqui;

Agradeço aos meus colegas da turma de Serviço Social, em especial meus companheiros de estágio Rivaildo e Elania, vocês fazem parte da minha história;

Agradeço a todos os meus professores do ensino primário e ensino médio, seus ensinamentos foram suporte para minha graduação, em especial, agradeço a Maria Tânia Rocha Freire, ou simplesmente “tia Tânia” por ter sido um marco na minha formação;

Agradeço a minha orientadora Thaisa Simplício, obrigada pela paciência, dedicação e competência em partilhar de seu conhecimento. Sendo de fundamental importância na minha formação acadêmica;

Agradeço a minha Supervisora de campo e examinadora Etiene Bonfim, exemplo de profissional, agradeço a atenção, dedicação e a maneira simples com que compartilhou sua rotina de trabalho;

Agradeço a examinadora Tereza Cristina pela disposição e pelas contribuições com esse trabalho;

Agradeço a todos os usuários e funcionários do CAPS II- Novos Tempos, pois sem a sua rica contribuição esse trabalho não seria possível;

Agradeço aos professores do curso de Serviço Social da UEPB, cada um engrandeceu e colaborou para minha formação acadêmica e profissional;

Agradeço de forma geral a todos os amigos e familiares que colaboraram direta e indiretamente para esse sonho se concretizar. Em especial as minhas avós Maria e Francisca, por todas as orações e incentivo.

A todos, o meu muito obrigada, esta conquista é nossa!

“Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma de suas bênçãos”!

Salmos 103:2

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ELEMENTOS AO DEBATE.....	9
2.1 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande: dos manicômios aos modelos substitutivos.....	19
3. POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II: O RELATO DA EXPERIÊNCIA EM DEBATE.....	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	32

POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II DE CAMPINA GRANDE/PB: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de debater sobre o relato de experiência executado pelos estagiários de Serviço Social durante o período de Estágio Supervisionado da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a partir de um Projeto de Intervenção realizado no CAPS II- Novos Tempos em Campina Grande-PB, entre os meses de julho e novembro de 2017. O propósito do Projeto foi discutir com os usuários a Proposta de Reforma da Previdência e a sua incidência no Benefício de Prestação Continuada (BPC). Deste modo, buscamos fazer um apanhado geral sobre a política de saúde mental no Brasil, bem como informar a respeito dos direitos assegurados por Lei, resultantes da Reforma Psiquiátrica, onde houve um redirecionamento do tratamento as pessoas em sofrimento psíquico para práticas de saúde mais humanizadas. A metodologia empregada para realização da intervenção foi de uma Assembleia com usuários e familiares, onde buscamos discutir as propostas da Reforma, como também levar aos participantes informações a respeito dos seus direitos assegurados pela Constituição Federal. Entendemos que o momento foi de grande importância, sendo a Assembleia uma ocasião propícia para se conhecer as necessidades de cada usuário.

Palavras chaves: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Relato de Experiência.

1. INTRODUÇÃO

A abordagem a respeito da Reforma Psiquiátrica contemporânea tem a sua emergência na década de 1970, com o apoio do Movimento Sanitário, ambos com a premissa da busca por melhorias e consolidação de direitos na política de saúde. A Reforma Psiquiátrica embasada na questão de melhorias na saúde mental emerge como um meio de mudança ao modelo de tratamento existente, que era basicamente hospitalar, asilar, medicamentoso, onde o usuário tinha pouco contato com a sociedade, reforça a importância da consolidação dos direitos das pessoas acometidas com sofrimento psíquico e preconiza alterações na proteção à saúde dos mesmos.

Podemos destacar as conquistas a partir da Reforma Psiquiátrica que foram os sucessivos fechamentos de diversos manicômios com a aprovação da Lei 10.216 de 2001 que garante os direitos das pessoas com sofrimento mental criando modelos substitutivos de tratamento a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que tem como princípio a abordagem do tratamento centrado na inclusão do sujeito e da sua inserção em sociedade.

Levando-se em consideração a importância dos progressos ocasionados a partir das reivindicações da sociedade na consolidação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, para além das mudanças no tratamento, o processo de Reforma Psiquiátrica continua na luta na perspectiva da busca pela efetivação de direitos principalmente no que se refere à proteção social.

A Constituição Federal de 1988, no âmbito da Seguridade Social estabelece que é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos o direito a saúde, a previdência e a assistência social garantindo assim a prestação de assistência a população, independente de ter havido ou não contribuição financeira. A Assistência Social é regida pela Lei nº 8742/93, (Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS). A referida lei estabelece o Benefício de Prestação Continuada (BPC). De acordo com a LOAS em seu art. 20, “o Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário mínimo mensal a pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família”.

Partindo desse princípio constitucional, parece-nos pertinente destacar que a garantia à obtenção desse benefício social está em processo de reestruturação, a política de assistência social tem sido alvo de mudanças no atual governo, tais mudanças acarretam uma maior

burocratização no acesso ao BPC. Porém, as alterações não são exclusivas a esse benefício social, as propostas de mudança na Previdência Social também é destaque nas alterações propostas pelo governo federal.

A partir dessas considerações, o presente artigo tem o objetivo de realizar um estudo a respeito de uma intervenção realizada pelo grupo de estagiários de Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II - Novos Tempos em Campina Grande-PB, com o objetivo de orientar os usuários sobre a proposta de reforma na previdência que apresenta diversas mudanças que incidem em todos os trabalhadores. Posteriormente, abordamos o tópico a respeito do BPC, buscando informar o que é o benefício, e as novas regras de acesso com a mudança da atual legislação.

A motivação a respeito desta temática surgiu a partir de observações no campo de estágio, pois a busca de informações pelos usuários ao setor de Serviço Social da instituição era algo recorrente. Deste modo, e a partir disso, solidificamos a ideia e realizamos uma assembleia com usuários e familiares no CAPS II Novos Tempos, com o intuito de esclarecermos as principais alterações ocasionadas com a proposta de reforma na previdência.

A metodologia empregada para realização do projeto interventivo foi o de uma assembleia com os usuários, fizemos uso de vídeos informativos com a finalidade de melhor exemplificar o tema proposto, explanamos o assunto, abrimos um momento de debates onde os usuários puderam tirar suas dúvidas e ao final foram entregues panfletos informativos. O período do desenvolvimento do projeto ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2017.

Diante do exposto, este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: após esta introdução, a abordagem da Reforma Psiquiátrica Brasileira, posteriormente o processo de Reforma Psiquiátrica em Campina Grande com mudanças significativas na forma de tratamento dos usuários e abordaremos a importância do Projeto de Intervenção no CAPS II.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ELEMENTOS AO DEBATE

No Brasil, durante muitos anos, o destino para as pessoas acometidas com transtornos mentais era o isolamento, os manicômios eram verdadeiros depósitos dos “indesejáveis”. Com o passar dos anos e com a Reforma Psiquiátrica, algumas modificações foram realizadas. Faz-se essencial destacar tais mudanças, os benefícios e também alguns entraves que se enfrentam nos dias atuais, para que verdadeiramente possa ter uma melhoria nas condições de tratamento dos referidos sujeitos.

De início, discutir a questão da loucura e a posterior concepção de doença mental, nos remete a analisar as alterações nas instituições psiquiátricas brasileiras com seu modelo asilar, local de enclausuramento e as consecutivas modificações ocorridas com a Reforma Psiquiátrica brasileira que ainda continua em curso no país. A reforma possui características variadas, multifacetadas e não é apenas a mudança de formas de tratamentos ou substituição do modelo hospitalar, mas também a busca pela inserção social do indivíduo com transtorno mental.

Os manicômios foram alvos de inúmeras denúncias, entre elas: maus tratos aos pacientes, falta de higiene, local inadequado para tratamento e superlotação. Esses ambientes insalubres ficaram conhecidos como verdadeiros campos de concentração devido ao seu tratamento com os usuários, visto que muitos deles chegaram a morrer nesses lugares, sem nunca voltarem a conviver no seio familiar (RESENDE, 2000).

Em meio a diversas denúncias no modo de tratamento dos hospitais psiquiátricos e das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde mental, acarretaram, segundo Amarante (1995) uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, encarregado de formular a política do subsetor saúde mental e também pela administração das quatro unidades federais instaladas no Rio de Janeiro (o Centro Psiquiátrico Pedro II, a Colônia Juliano Moreira, o Hospital Pinel e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho). Foi deflagrada uma greve pelos seus funcionários com o intuito de conseguir melhores condições de trabalho e melhores condições de tratamento aos pacientes. Ainda de acordo com (AMARANTE, 1995), essa greve culminou com a demissão de 260 estagiários e profissionais.

Como resposta a essa investida, o movimento ganhou mais força. Daí então, surge no Brasil mais precisamente no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tido como um importante momento histórico do país. O MTSM

materializou, naquele momento, graves denúncias contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, acusações que foram acompanhadas de mobilizações por projetos alternativos ao modelo asilar dominante e a efetivação de um pensamento crítico sobre as práticas psiquiátricas (AMARANTE, 2013).

A efervescência do MTSM se deu articulado com um processo mais amplo no campo da saúde, que foi o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). O MRS deu seus primeiros passos no cenário do embate contra a Ditadura Militar, no início da década de 1970. Segundo Arouca, (2003) O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde.

Ambos os movimentos lutavam por melhorias na saúde e na qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, cuja motivação fundamental era a questão dos direitos humanos. A conexão entre os dois movimentos acima citados, deram origem à VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, que a partir de seus debates em torno das melhorias e garantias de direitos no sistema de saúde, resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o movimento de trabalhadores em saúde mental juntamente com o movimento sanitário combatiam não apenas uma política de saúde elitista, mas contra toda uma racionalidade que sustentava esse modelo, brigavam pela transformação do sistema de atenção à saúde e entendiam que a crise do setor estava diretamente relacionada com o modo de produção capitalista e com a situação política do país, lutavam para democratizar a saúde – entendida a partir de uma concepção ampliada e buscavam democratizar o Estado – rompendo com o modelo autocrático (PAIM, 2008, p. 138).

As principais reivindicações do MTSM giravam em torno da regularização trabalhistas e mudança na assistência psiquiátrica. Segundo Vasconcelos (2010), o MTSM propunha algumas mudanças como: não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário; regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados; expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais

e fonoaudiólogos; humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália teve impacto aqui no Brasil com a vinda de Franco Basaglia precursor e responsável pela regulamentação da Lei 180 de Reforma Psiquiátrica na Itália. Essa Lei determinava o fim dos manicômios e a sua substituição do modelo psiquiátrico por outros modelos de assistência. Sua chegada ao Brasil, na década de 1970, trouxe consigo novas perspectivas de cuidados e outras formas de intervenção e práticas em saúde mental, inserir o indivíduo na sociedade e valorizar a sua liberdade foi a mais significativa delas.

O lema da luta manicomial – imbuída dentro da Reforma Psiquiátrica e inspirada no movimento da Itália – “Por uma sociedade sem manicômios”, tem como intuito resgatar os indivíduos para o convívio social e assegurar os seus direitos. Ou seja, luta-se pela viabilização dos objetivos do movimento da Reforma Psiquiátrica por meio do processo de desinstitucionalização, uma proposta de mudança no padrão das relações envolvidas com a saúde mental que desloca o centro de atenção da instituição para a comunidade (HIRDES, 2009).

Pensar em desinstitucionalização é ir além da substituição de leitos hospitalares por novas propostas como a criação de serviços substitutivos (que abordaremos adiante) , mas sim, efetivar as medidas de saúde mental na comunidade, tratar o indivíduo de forma segura, compreender que as pessoas acometidas com transtorno mental merecem tratamento igualitário, como qualquer indivíduo em sociedade. É fundamental dentro do movimento de desinstitucionalização a inserção do indivíduo em sociedade, a ressocialização, a interação social, fazer com que o sujeito volte a ser dono de si mesmo e assim possa fazer as escolhas de acordo com o que lhe for conveniente.

Em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de lei N° 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado. Que propõe a progressiva extinção dos manicômios e formula mudanças na forma de tratamento dos pacientes com transtornos mentais, baseando-se na desinstitucionalização e mudança no modelo hospitalocêntrico. Este projeto aparece como marco na Reforma Psiquiátrica brasileira por se tratar da possibilidade da substituição no modo de tratamento, surgindo então novos modelos substitutivos de intervenção.

É importante salientar que essa mudança não ocorreu de forma harmoniosa logo de início. Soares (1997) destaca que o caminho da Reforma Psiquiátrica não avançou sem percalços. Ao longo de toda a década de 1980 e 1990, os gestores da psiquiatria privada

pressionaram politicamente pela manutenção do convênio com o governo federal e o não fechamento dos manicômios.

A luta por melhores formas de tratamento durou cerca de doze anos, e apenas em 06 de Abril de 2001 foi sancionada a Lei nos país. A Lei 10.216 que redireciona os cuidados em saúde mental ressalta a importância dos serviços comunitários, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentando as internações psiquiátricas classificadas como: voluntárias, involuntárias e compulsórias, sendo que institui mecanismos nítidos para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2004a).

Após a aprovação da referida Lei juntamente com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, houve uma maior visibilidade no cenário nacional para a questão da saúde mental e para a substituição dos manicômios e hospitais psiquiátricos por novas formas de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico. Em conjunto com a aprovação da supracitada Lei, houve a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual foi realizada em Brasília, em dezembro de 2001 dando maior respaldo e evidenciando a solidificação da Política Nacional de Saúde Mental. Neste período surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, tem como premissa a busca da inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, de forma que o indivíduo se sinta parte integrante dela. A Portaria Ministerial nº 224/92 oficializou, ainda, as normas de funcionamento dos CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (2004) especifica e define cada tipo de CAPS, de acordo com seu tipo e abrangência populacional. São eles CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e outras drogas) e CAPSi (infantil). CAPS I como sendo de menor porte, atendendo municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, atende os adultos com transtornos mentais severos e funciona durante os cinco dias uteis semanais.

O CAPS II atende a municípios com população superior a 50.000 habitantes. Trata-se de uma instituição de médio porte, atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de

substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

O CAPS III atende pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. São ofertados serviços de alta complexidade, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, incluindo feriados. Beneficia a municípios com população superior a 200.000 habitantes.

CAPSi atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Beneficia a municípios com população superior a 200.000 habitantes. CAPS AD atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Beneficia municípios com população superior a 200.000 habitantes.

Além dos CAPS, integra a rede de atenção psicossocial as Residências Terapêuticas, para abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não puderam voltar para suas famílias de origem, e também o programa “De Volta para Casa” instrumento utilizado como auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenha permanecido em longas internações psiquiátricas. É pago um valor mensal como auxílio para o processo de inserção social dessas pessoas.

De acordo com dados do Ministério da Saúde há um crescimento significativo no número de CAPS no país, em 1998 existiam cerca de 148, aumentando para 2.209 em 2014 e em 2018 cerca de 2.462. O aumento consecutivo no decorrer dos anos deixa clara a importância desse mecanismo como forma de tratamento e fortalecimento dos laços sociais. Como foram identificados no transcorrer das demonstrações referidas anteriormente, muitos são os progressos da política de saúde mental e avanços no processo de inclusão social dos indivíduos em sofrimento mental.

Por outro lado, e após destacarmos as mobilizações ocorridas no decorrer dos anos que culminaram na aprovação de leis e no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, necessitamos relembrar todo o cenário político que se encontra o país, apreendendo sua particularidade a partir da análise e mediações com a totalidade do contexto macroeconômico.

Compreender a crise econômica enfrentada no país parece-nos pertinente para podermos entender as transformações econômicas, políticas e sociais vivenciadas na atualidade, delineando então a mudança no papel do Estado e das políticas públicas. O cenário político posterior à década de 1970 revela a crise enfrentada pelo sistema capitalista de produção, crises essas que são próprias do sistema capitalista e faz parte do seu processo de enaltecimento do capital. A origem da crise se dá pela superprodução e em contrapartida um consumo inferior à oferta, esse contexto viabiliza a exploração da força de trabalho.

O desenvolvimento do capitalismo trouxe consigo o acentuado aumento da divisão social do trabalho criando uma relação incompatível entre estado e membros populares da sociedade, aparece nesse momento a divisão de classes e a divergência entre capital e trabalho onde a busca incessante por lucros promove grande exploração do trabalho por intermédio dos donos dos meios de produção. Harvey (1993) destaca que há uma radical reestruturação do mercado de trabalho, no sentido de regimes e contratos de trabalho mais flexíveis e da redução de emprego regular em favor do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

Neste processo de investida burguesa houve então o avanço das transformações incitadas pelo ideário neoliberal, ocasionando então, a busca pela adaptação ao novo modelo econômico. De acordo com Behring (2008) tal ambiente político, econômico e cultural foi reforçado pelo Consenso de Washington¹, com seu receituário de medidas de ajuste. O Neoliberalismo chegou ao Brasil em meados de 1990, nos governos de Fernando Collor de Melo e segue nos governos de Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.

A década de 1990 foi marcada por um momento de crise do capital de dimensão mundial. Aqui no Brasil, foi um momento de forte recessão financeira e de agravamento da crise econômica. No governo FHC houve um irrelevante investimento na área social, altas taxas de juros e baixo investimento na geração de empregos. Segundo Paim (2008), no primeiro semestre do governo de FHC dois grandes temas eram recorrentes nos debates das políticas de saúde: a questão do financiamento e as repercussões das políticas econômicas sobre as condições de vida e saúde da população.

¹ O Consenso de Washington estabeleceu-se a partir de um seminário realizado naquela cidade, entre 14 e 16 de janeiro de 1993. Podemos definir que a principal proposta feita pelo Consenso seria a de promover a estabilização da economia através do ajuste fiscal. O Neoliberalismo é uma estratégia das classes dominantes, onde o desenvolvimento econômico dá lugar à política neoconservadora sobre liberalização e desregulamentação dos mercados, estabilidade dos preços e privatização dos bens públicos.

Em decorrência a decadência no sistema público de saúde as pessoas com situação financeira mais favorável passaram a contratar planos de saúde para dispor de atendimento médico, diferentemente dos demais indivíduos desprovidos de verbas financeiras para custear tais planos, a eles, restava enfrentar as filas, burocratização e demais dificuldades encontradas para ter assistência médica. Os projetos políticos do governo no que se refere à questão da saúde mostravam-se reacionários, havia uma valorização do privado, lidando com a questão da saúde como mercadoria, diferindo-se dos princípios de integralidade, universalidade difundida pela Reforma Sanitária Brasileira.

O contexto neoliberal em que configurou o Brasil impôs diversos ajustes na conduta do Estado e na economia. FHC implantou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que trouxe consigo modificações no papel do Estado e diversas privatizações de serviços.

O Plano Diretor do Aparelho do Estado parte da afirmação de que o Estado e o mercado são as duas instituições centrais na coordenação econômica no sistema capitalista e que a crise que se inicia na década de 1970, mas que no Brasil, só teria sido sentida nos anos 1980, é uma crise de Estado. Para chegar a um diagnóstico, a administração pública, por meio do PDRAE, identifica três formas de administração pública, quais sejam: administração patrimonialista, administração pública burocrática e a administração pública gerencial e, assim, descreve um breve histórico de seu desenvolvimento no Brasil. A partir desse diagnóstico, constrói um modelo conceitual que distingue quatro setores do aparelho do Estado: o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e a produção de bens e serviços para o mercado (BRASIL, 1995).

O referido Plano objetivou uma estratégia da “reforma” do Estado e do aparelho do Estado em três direções: a mudança da legislação, inclusive as reformas constitucionais; a introdução de uma cultura gerencial e, por fim, a adoção de práticas gerenciais (BEHRING, 2008). O que fica claro é que estamos experimentando, ainda segundo a autora, o processo de contrarreforma do Estado atingindo a estrutura das políticas públicas, transferindo para empresas privadas a responsabilidade de práticas que são de encargo do Estado.

Seguindo nossa reflexão é de precípua relevância discutir o governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010). A consagração de um operário e sindicalista como presidente da República. Lula, pernambucano, com uma trajetória de vida simples, aparecia como forte perspectiva de mudança no cenário político da época. Militante do Partido dos Trabalhadores

(PT), partido que fazia oposição à burguesia brasileira, elite tradicionalista que estivera no poder anteriormente, representado principalmente pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), o governo Lula pautou-se no crescimento econômico, distribuição de renda e desenvolvimento de programas sociais a exemplo do programa de transferência de renda Bolsa Família. Assim:

Lula estabeleceu uma política que combinava desenvolvimento econômico, financeirização e políticas sociais compensatórias. O neodesenvolvimentismo procurava mesclar desenvolvimento social e econômico, sendo uma das variantes do social liberalismo, defendendo um desenvolvimento econômico ligado as políticas sociais compensatórias (COSTA, 2016, p.190).

No que tange a questão da política de saúde, especialmente saúde mental, objeto desse debate, o governo Lula no seu primeiro mandato deu continuidade a política de seu antecessor, apesar da expectativa popular do então presidente dar seguimento e fortalecer o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. O que ocorreu foi o oposto, pois foi dado então prosseguimento a política conservadora, a qual reforçava o projeto privatista do setor. Ainda de acordo com Costa (2016), percebemos algumas mudanças nas estratégias do movimento de luta antimanicomial, quanto ao desenvolvimento da Reforma Sanitária, quantas nas demais organizações ligadas à classe trabalhadora, em especial, os sindicatos.

Em 2010, mediante diversas lutas sociais em defesa a saúde pública, surgiu a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), a qual foi criada com o objetivo de preservar o SUS, a meta era legitimar um SUS público, universal e estatal com gerenciamento delegado ao estado. Trata-se então a proposta de fortalecimento do SUS, segundo Silva:

Os sujeitos políticos coletivos integrantes da Frente reafirmam a importância de fortalecer o movimento em defesa do SUS nos moldes da mobilização e organização do final da década de 1980, que resultou na Constituição de 1988 na incorporação da saúde como direito universal e dever do Estado. A Frente se contrapõe às defesas de proposições, na atualidade, da agenda política do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira que defende um projeto da terceira via (SILVA, 2013, p.19).

Dilma Rousseff assume o governo no ano de 2011, sendo a primeira brasileira mulher a ingressar no cargo de presidência da República. A presidente deu continuidade aos planos do governo de Lula mantendo o processo de desenvolvimento econômico do país. O social-liberalismo ocupa posições-chave tanto na política econômica quanto nas políticas sociais. O lema do governo Dilma é “Brasil, país rico é país sem pobreza” e o plano Brasil Sem Miséria,

lançado em junho de 2011 com a promessa de erradicar a pobreza absoluta que atinge 16 milhões de brasileiros (8,5% da população) são ideologicamente fundamentados em teses típicas do social-liberalismo (SILVA, 2013).

No seu discurso de posse, Dilma declarou que o fortalecimento do SUS será uma das prioridades do seu governo. Para comandar o Ministério da Saúde é escolhido o médico Alexandre Padilha, vinculado ao (PT), o qual havia sido ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República no governo Lula. Ressaltou que na sua gestão privilegiará o atendimento de boa qualidade e o acesso apropriado de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo. No governo Dilma houve a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio para administrar os hospitais universitários de todo o país. Simbolizando progresso nas privatizações, principalmente com referência na área de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em suma, os governos petistas foram marcados por momentos de avanços e recuos na questão da saúde pública. Ora criando mecanismos de incentivo ao SUS, ora abrindo espaço para empresas privadas, enfatizando aqui a questão da saúde mental, destacamos anteriormente a criação de alguns instrumentos de apoio às pessoas em sofrimento psíquico, a exemplo dos CAPS, residências terapêuticas e diversas outras. As conquistas realizadas através dos anos e com o embasamento do ideário da Reforma Psiquiátrica encontra-se atualmente em processo de desmonte no atual governo ilegítimo do então presidente Michel Temer com o golpe ocorrido em 2016².

A conjuntura política em que se encontra o Brasil, intensificada pelo golpe é de verdadeiro colapso. A classe trabalhadora tem recebido fortes abalos, seja na questão das políticas sociais, como na área da saúde, principalmente no que se refere à questão da saúde mental, que vêm sendo fortemente atacada pelo atual Presidente.

² O processo de impeachment de Dilma Rousseff teve início no dia 2 de dezembro de 2015, quando o ex-deputado federal Eduardo Cunha exercendo cargo de presidente da Câmara dos Deputados aceita a denúncia por crime de responsabilidade fiscal apresentado pelos juristas Hélio Bicudo, Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. A tramitação da denúncia teve a duração de três meses de tramitação iniciado no senado, após votação, a presidente Dilma teve seu mandato cassado, assumindo então seu vice-presidente Michel Temer o cargo de presidência da República. Temer é filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) retratando a esfera mais tradicionalista e regressista da sociedade brasileira.

Devemos enfatizar que as legislações que asseguram os direitos das pessoas com sofrimento mental e a política nacional de saúde mental não são suficientes para assegurar tais progressos. O processo de contrarreforma do Estado coloca a questão da saúde em seu modo geral em condição calamitosa. Faz-se presente um processo de regressão de direitos, diversas privatizações e congelamento de verbas financeiras do governo federal que são observados no decorrer dos últimos anos. De acordo com a FNCPS (2016) a primeira investida do atual governo foi contra o SUS, com a proposta do Ministro da Saúde Ricardo Barros da criação de um plano de saúde segundo o mesmo “acessível” enfatizando o desejo de privatização de serviços que são ofertados de forma gratuita a população.

A outra proposta seria o congelamento por até vinte anos dos gastos sociais. Ainda de acordo com a FNCPS 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 afastado Eduardo Cunha, que pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privado para seus empregados; o Projeto de Lei do Senado nº 555/2015, agora na Câmara dos Deputados como 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); o Projeto de Lei Complementar nº 257/2016, que trata do “equilíbrio fiscal” de estados e municípios com medidas que vão do congelamento dos salários do funcionalismo público e do impedimento de abertura de novos concursos, até a alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal e da política de reajuste do salário mínimo.

No final do ano de 2017, o Ministro da Saúde baixou a Resolução nº 32, de 14 de Dezembro de 2017, cuja medida busca eliminar mecanismos que permitem transferir recursos dos manicômios para novos serviços comunitários a exemplo dos CAPS e, em contrapartida, promover maior investimento em enfermarias. Tal medida mostra-se então como sendo um processo de fortalecimento dos hospitais psiquiátricos e de declínio de modelos de tratamento substitutivos demonstrando um claro sinal de retrocesso. Para Paulo Amarante, coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) e presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a proposta é o retorno do modelo

manicomial. “Não se trata de uma outra política de saúde pública, mas de uma política de mercado. É um modelo que não produz tratamento nem cidadania” (BITTENCOURT, 2017).

Concomitantemente às investidas do governo ilegítimo, as empresas privadas de planos de saúde se articulam no intuito de privatizar a saúde pública do Brasil. Em abril de 2018 a Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) realizou uma conferência com o objetivo de propor a expansão do atendimento privado em saúde, de acordo com seus organizadores, dentre eles o ex-ministro da saúde no governo Collor, Alcení Guerra, o intuito é a criação de um “novo sistema nacional de saúde”, onde a meta seria fazer com que uma parte da população deixasse de ser atendida pelo SUS e passasse a utilizar os planos de saúde. O que vemos é a união de grupos econômicos, com o intuito de mercantilização da saúde, objetivando o lucro e fortalecimento das grandes empresas privadas, ocasionando um grave e relevante impacto na saúde pública do país. (LUGARINI, 2018)

Na política de saúde mental não é diferente, verifica-se uma desconstrução no processo de tratamento em liberdade, conseguido a duras penas em um processo de trinta anos de muitas lutas, o que se vê é o estímulo ao fortalecimento de espaços de tratamento em ambientes privados, promovendo e fortalecendo as grandes indústrias farmacêuticas. Refere-se a interesses econômicos e financeiros do governo, que em nada se preocupa com os usuários que sofrem de forma direta os impactos causados por essa determinação.

2.1 Reforma Psiquiátrica em Campina Grande: dos manicômios aos modelos substitutivos

A Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande está interligada com a do restante do país. Segundo Silva (2007), a atenção dada à saúde mental em Campina Grande seguiu o mesmo modelo do resto do país, baseando-se na tradição hospitalocêntrica na qual prevalece o isolamento, o tratamento moral e disciplinador. As pessoas acometidas com transtornos mentais são vistas como um problema para a sociedade e a prática do asilamento apresenta-se como “solução” para tal problema.

A primeira clínica psiquiátrica do município foi o Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande – Clínica Dr. Maia, fundada pelo médico Raimundo Maia de Oliveira, o primeiro psiquiatra da cidade. A segunda clínica psiquiátrica foi o Instituto Campinense de

Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) (GUIMARÃES, 2008; CAVALCANTE, 2010; SILVA, 2007).

O ICANERF, mais conhecido pelo nome de seu proprietário Dr. João Ribeiro. Foi fundado no dia 07 de setembro de 1963 ofertando serviços de saúde na área da psiquiatria. Apesar de a sua inauguração ter sido símbolo de avanço e modernização para a cidade, por traz desse cenário os pacientes internados no hospital viviam em estado de abandono e exclusão social (CIRILO, 2006).

Em 2000, registra-se a realização da III Conferência Municipal de Saúde, na oportunidade, foi construído um relatório que aprovou à proposta de se criar um centro de convivência não asilar para pessoas portadoras de transtornos mentais, tipo leito dia, na perspectiva de avançar na Reforma Psiquiátrica, porém, poucos foram os avanços na época. (GONDIN, 2009).

A partir da formalização da Reforma Psiquiátrica brasileira é aprovado o Projeto de Lei Federal Nº 10.216/2001 em 6 de Abril de 2001, conhecida como a Lei Paulo Delgado³, pois foi proposta pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) com o intuito de ressignificação no tratamento dos transtornos mentais, deixando de lado o modelo anteriormente utilizado que era a psiquiatria hospitalar, internadora, essa lei marcava o movimento de rompimento com o modelo hegemônico hospitalocêntrico.

Todavia, apenas em 2002, após a aprovação da Lei Municipal de Saúde Mental Nº 4.068 de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa, sancionada em 30 de dezembro de 2002, Campina Grande pôde observar um novo olhar e progressos na saúde mental do município. De acordo com CODECON (2007), a lei fixa diretrizes para a saúde mental; dispõe para a promoção de saúde e dá reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental de cunho substitutivo aos hospitais psiquiátricos.

Entre os anos de 2002 e 2004, na cidade de Campina Grande foi possível constatar andamentos na questão da Reforma Psiquiátrica, o marco desse processo foi o fechamento do ICANERF. Esse processo se deu de forma lenta e gradual. Após diversas denúncias e a exposição para a sociedade de diversas fotos de pessoas nuas, tomando banhos coletivos, sem comida, sem medicação, sem colchões nas camas, amontoadas, abandonadas à própria sorte, chocaram a sociedade não só Campinense, mas a escala nacional. Foram realizadas reuniões

A Lei Paulo Delgado instituiu um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil, e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios. (BRASIL, 2001)

com os responsáveis pelo hospital e concebida a probabilidade de restauros no hospital, porém a direção contrapôs enfatizada a carência de verbas. O processo de interdição se deu após análises feitas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico (PNASH).

O PNASH é responsável por avaliar as condições técnicas, administrativas e estruturais das instituições psiquiátricas brasileiras. É parte desse processo avaliativo a realização de entrevistas de satisfação com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Assim o instrumento de avaliação gera uma pontuação que cruzada com o número de leitos do hospital, classifica os hospitais psiquiátricos em quatro categorias: os hospitais de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer vistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O ICANERF, de acordo com Cirilo (2006), ficou entre as dez piores instituições de tratamento e foi colocado em processo de intervenção federal através de Decreto Ministerial, o descredenciamento dessa instituição foi decretado em Diário Oficial em julho de 2003, a partir da reavaliação do PNASH de 2002, porém, a gestão municipal, como gestor local do SUS não adotou critérios que interviessem nas condições da instituição e esta continuava atendendo ao público, apesar de não corresponder aos critérios adequados.

Em novembro de 2004, com a visita de representantes da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde realizou-se a interdição, sendo o hospital Dr. João Ribeiro descredenciado do Sistema Único de Saúde (SUS), os pacientes que lá se encontravam internados foram realocados para as redes de saúde mental substitutiva. Convém destacar que a criação desses serviços substitutivos aconteceu no município em caráter de urgência, pois havia a grande necessidade de transferir os ex-internos advindos do hospital João Ribeiro.

Foram então instituídos as residências terapêuticas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Unidade em Referência em Saúde Mental. Esse novo método de intervenção dado aos pacientes reforça a premissa da criação dos CAPS como sendo a reinserção do indivíduo em sociedade e também no seio familiar.

O primeiro CAPS do município foi inaugurado em 18 de dezembro de 2003 e passou a funcionar a partir de 08 de janeiro de 2004, sendo denominado de CAPS II – Novos Tempos. Tal serviço trouxe uma perspectiva de atendimento à pessoa com sofrimento psíquico, rompendo com longos anos de um modelo exclusivamente hospitalocêntrico e excludente. O serviço iniciou seu trabalho com uma equipe bastante incipiente. A aceitação dos profissionais

e os gestores para criar uma prática até então inexistente na cidade tornou-se a base para que se estabelecesse uma prática pioneira e inovadora. (CIRILO, 2006).

Desse momento em diante, viu-se a necessidade da ampliação e abrangência desses serviços de saúde, foi então criado o segundo CAPS, o CAPS AD, que foi inaugurado em setembro de 2004. Atendendo usuários adultos de ambos os sexos, com transtorno mental decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Ainda de acordo com CIRILO (2006) seguindo os progressos na rede de saúde mental, em 18 de maio de 2005, dia Internacional da Luta Antimanicomial, foram inaugurados dois módulos de serviços de residências terapêuticas, sendo um feminino e outro masculino, havendo a transferência de 16 pacientes do hospital para residirem nesses locais. Em agosto de 2005, foram inauguradas mais uma residência terapêutica feminina, sendo que mais três estavam em processo final de implantação. De acordo com Silva:

a implantação do CAPS II, CAPS/ad e as modificações no modelo tecnoassistencial da clínica de psicologia, nessa cidade, serviram de base para a construção da Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB. Entretanto, nesse contexto, tal processo iniciado em 2004 transcorria junto aos modelos divergentes das propostas de Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2007, pág.91).

Campina Grande foi pioneira no Estado na implantação desses serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tornando-se experiência exitosa e modelo para as demais cidades da Paraíba. Seguindo essa concepção de reformas na saúde mental, cabe destacar que também em agosto de 2005, foi inaugurada a Emergência Psiquiátrica, atendendo pessoas com transtornos mentais que estejam em surto psiquiátrico na cidade e também a demanda de municípios que estejam pactuados com Campina Grande.

O CAPSi – Viva a gente, foi o primeiro Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil criado em Campina Grande. Inaugurado em 2006, caracteriza-se por ser um serviço que se destina ao acompanhamento terapêutico a crianças, adolescentes e seus familiares, seja individualmente ou em grupos, através de oficinas, visitas e atendimentos domiciliares, além de atividades focalizadas na inserção social dos usuários na comunidade, também composta por uma equipe multidisciplinar. (CODECOM, 2007)

O CAPSi – Centro Campinense de Intervenção Precoce (CAPSinho) criado em 2006, um novo serviço e inovador de acordo com a necessidade do município, atendendo crianças que apresentam transtorno do desenvolvimento em aspectos neuro-psico-motores, podendo ser acolhidas juntamente com seus familiares ou responsáveis, desde o nascimento, no caso de serem encaminhadas nessa ocasião. Este serviço busca a prevenção de distúrbios psíquicos

graves e visa também ao atendimento a bebês lesionados, mal formados ou sindrômicos, para que essas crianças no futuro não se tornem portadores de problemas psíquicos. O centro é composto por uma equipe multidisciplinar capacitada. A faixa etária priorizada é de zero a sete anos, contudo não se descarta a atenção a crianças maiores (CODECOM, 2007).

Prosseguindo o percurso da saúde mental em Campina Grande há a criação do CAPS III Reviver, de acordo com o Ministério da Saúde, esse serviço se enquadra como sendo uma unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional, para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, com, no máximo, cinco leitos para observação e repouso para atendimentos, inclusive feriados e fins de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental (BRASIL, 2004).

Os números atuais de unidades substitutivas em Campina Grande são: CAPS I Viva a Gente (infanto-juvenil); CAPSinho (Centro de Intervenção Precoce); CAPSi (infantil); CAPS II – Novos Tempos; CAPS III- Reviver; CAPS AD; duas modalidades de CAPS I no distrito de São José da Mata e Galante; conta também com seis residências terapêuticas e a emergência psiquiátrica.

3. POTENCIALIZANDO A ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS DO CAPS II: O RELATO DA EXPERIÊNCIA EM DEBATE

A elaboração e execução do Projeto de Intervenção produzido durante o componente curricular Estágio Supervisionado Obrigatório III, ocorreu no CAPS II Novos Tempos em Campina Grande – PB. O Projeto foi executado por um grupo de quatro estagiários entre julho e novembro de 2017. A composição do Projeto ocorreu inicialmente com a pesquisa sobre as regulamentações que norteiam o BPC, onde reportamo-nos a legislações e documentos para elaborar a fundamentação teórica, também foi feita visita ao órgão responsável pelo gerenciamento do benefício o INSS para conversa com a Assistente Social responsável pelo órgão em seguida montamos a assembleia que teve por tema: “As mudanças propostas atualmente na previdência social e suas incidências no BPC”.

A princípio, realizamos o processo de análise e observação da instituição e posteriormente houve a construção do projeto de intervenção seguida da sua aplicação. Durante nossas observações no campo de estágio percebemos o interesse coletivo dos usuários e também de seus familiares em conhecer o que de fato as propostas de mudança na

Previdência Social poderiam afetar e repercutir na manutenção e acesso ao referido benefício, tendo em vista a conjuntura social, política e econômica que se encontrava o país.

Durante o período de observação, ficou bastante evidente que havia por parte dos usuários o pouco conhecimento do que era o BPC, quem tinha direito, se se tratava ou não de uma aposentadoria, regras de acesso e demais disposições. Para isso nos reportamos a legislações e documentos sobre a temática com o intuito de elaborar a fundamentação teórica.

Posteriormente, em agosto, realizamos visita ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para uma conversa com a Assistente Social da instituição e também ao Cadastro Único de Campina Grande, a fim de coletar dados e informações. Essas visitas feitas a esses órgãos foram essenciais para a fundamentação teórica do nosso projeto, pois, a partir delas pudemos ter um conhecimento mais apurado a respeito do tema e, além disso, pudemos sanar dúvidas em relação às recentes normas regulamentadoras do BPC. A Assistente Social do INSS nos orientou sobre a Proposta de Reforma da Previdência, nos deixando a par do que essa emenda afetaria aos trabalhadores e a sua futura aposentadoria, do mesmo modo para aquelas pessoas que não contribuíram ao INSS ou pessoas portadoras de deficiência. A partir disso, em outra oportunidade nos dirigimos ao Cadastro Único da cidade de Campina Grande para conversa com o gestor responsável pelo setor, onde nos inteiramos sobre a necessidade de inclusão no CadÚnico das pessoas beneficiárias do BPC, como também as que estão buscando conseguir o benefício.

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC nº287/2016) que trata da Proposta de Reforma da Previdência foi encaminhada a Câmara dos deputados pelo governo federal no final de 2016. As principais mudanças giram em torno das regras na idade bem como o tempo de contribuição para obtenção da aposentadoria. De acordo com o texto, para se aposentar será exigido ter idade mínima de 65 anos e no mínimo 25 anos de contribuição. Essas alterações valem para funcionários públicos, trabalhadores da iniciativa privada e políticos, já para os militares as regras de aposentadoria permanecem as mesmas, não haveria modificação.

O Governo Federal considera que a reforma é importante para que assim se possam equilibrar as finanças do governo e também em decorrência da alteração no perfil da sociedade brasileira. De acordo com o texto base de Reforma Previdenciária, as mudanças afetariam trabalhadores em ativa, e no tocante beneficiários do BPC. Segundo a proposta

enviada ao congresso haveria algumas modificações no requerimento e futura concessão do benefício. A primeira versão da proposta trazia em seu texto a modificação da idade para concessão do BPC, de 65 anos passaria a ser 70 anos e também teria o valor desvinculado do salário mínimo. No final de 2017, o governo do presidente Temer após várias contestações a respeito das regras de acesso a aposentadoria, decidiu modificar alguns pontos, trazendo uma nova versão da proposta. Na nova proposta o tempo de contribuição passa a ser 15 anos para aposentadoria parcial. Para os trabalhadores rurais não haveria modificação, permanecendo 60 anos para homens e 55 para as mulheres. Também foram vetadas as mudanças para o BPC, continuando a idade de 65 anos e a vinculação com o salário mínimo.

É imprescindível destacar que a PEC da Reforma na Previdência não chegou a ser votada na Câmara dos Deputados, pois em fevereiro de 2018 o presidente Michel Temer assinou o decreto de intervenção federal no Estado do Rio de Janeiro, onde a segurança pública do estado passa a ser da responsabilidade de um interventor militar. Em acordo com a Constituição Federal no período de vigor da intervenção federal não se pode ocorrer análise de Emendas Constitucionais. Sendo assim, a votação da Reforma na Previdência encontra-se suspensa durante a vigência da intervenção. Após essas considerações, abordaremos o ponto relacionado ao BPC, que é amparado pela Lei Orgânica da Assistência Social.

De acordo com a LOAS (Lei nº 8742/93), em seu art. 20, “o Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário mínimo mensal a pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família”. O BPC é um benefício garantido pela Constituição Federal de 1988 é concedido no âmbito da assistência social, ou seja, não necessita de contribuição à Previdência Social. Sendo custeado pelo Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome (MDS) e operacionalizado pelo INSS.

Para requerer o benefício o requerente tem que comprovar renda per capita por membro da família inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, deixando claro que BPC não é transferido em caso de morte e também não dá direito a décimo terceiro salário por não se tratar de aposentadoria e sim benefício social. Faz-se imprescindível frisar que a pessoa que pretende requerer o benefício deve procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) mais próximo de sua residência munido de todos os documentos e solicitar junto ao Assistente Social da instituição auxílio para agendar a avaliação junto ao órgão responsável, o INSS. Não é necessário intermediário, atravessadores ou contratar advogado.

Com a publicação do Decreto nº 8.805/2016 modificam-se as regras de acesso e manutenção do BPC cabe aqui destacar os pontos principais dessas alterações. A mais relevante delas é que passou a ser obrigatória a inclusão dos beneficiários no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal para a manutenção e requerimento do benefício e também inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). É importante salientar que antes desse Decreto entrar em vigor, a inserção dos beneficiários no Cadastro Único era optativa, porém, agora o governo está fazendo a convocação do beneficiário para que assim se possa realizar a inscrição no Cadastro Único.

O mesmo vale para os que já são inscritos, mas que estão há mais de dois anos sem a devida atualização. Ainda de acordo com o artigo 12 do Decreto, o beneficiário que não realizar a inscrição ou a atualização no CadÚnico no prazo estabelecido terá seu benefício suspenso, em concordância com a instrução do Ministro do Estado do Desenvolvimento Social e Agrário.

Para discutirmos de modo mais sistematizado e coletivo as condicionalidades, formas de acesso e mudanças em curso sobre o referido benefício, organizamos avisos sobre a Assembleia de Usuários⁴ e a divulgamos junto aos usuários e familiares, a fim de reunir o maior número possível de participantes.

Ao partimos da premissa de reintegração e reinserção social como princípio de ação do CAPS as assembleias revelam-se como dispositivo fortalecedor da participação dos usuários nas decisões do serviço, bem como no seu tratamento. Há nesse espaço o nivelamento das relações entre usuário e equipe, oferecendo, portanto o protagonismo necessário ao processo de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico. É um momento onde a fala, a palavra de cada um é escutada e considerada, é momento de debate, diálogo, troca de conhecimentos fazendo com que esse momento seja contributivo para a elaboração e construção de uma comunicação e relação aberta entre profissionais e usuários.

Além de ser um dispositivo utilizado para comunicar e orientar aos usuários ao qual foi o objetivo da assembleia em tela, a assembleia também pode e deve ser um momento de discutir questões referentes ao tratamento e nas decisões do cotidiano do serviço. Deve-se

⁴ A assembleia é um mecanismo significativo para uma eficiente assistência e atendimento em um CAPS. Trata-se de uma ação que integra usuários, técnicos e familiares, que em comunhão debatem assuntos de interesse coletivo de ambos. É um espaço onde se resolvem questões relacionadas ao funcionamento do serviço, como também a equipe pode usar desse instrumento para instruir, informar, trazendo de temáticas pertinentes que sejam de importância para os usuários.

abrir um espaço onde o usuário sinta-se parte integrante da instituição onde a busca pelo protagonismo seja primordial. De fato deve haver uma quebra no processo de passividade das pessoas em sofrimento psíquico, a hierarquização entre profissionais da saúde mental e usuários deve ser alvo de mudança, assim, em encontros na modalidade de assembleia é possível abrir espaço para a ruptura com essa hierarquização, pois nela o usuário tem um espaço propício para desenvolver e impulsionar o crescimento participativo e de seu poder em coletividade.

Acreditamos que se torna importante reforçar a relevância das assembleias como ferramenta terapêutica na atenção psicossocial, apresentando-se então como mecanismo promotor de autonomia, na busca por maior participação dos usuários, seja nas decisões relativas à instituição como também ao seu tratamento. É a oportunidade onde o sujeito tem a possibilidade de experimentar um momento de troca de informações, envolvimento com a equipe e demais pessoas do seu grupo.

Especificamente no CAPS II, objeto de estudo desse artigo, as assembleias com usuários encontravam-se praticamente inexistentes, os principais entraves encontrados para a carência na realização de assembleias geravam em torno da grande demanda administrativa requisitada ao setor, dificultando assim, conseguir um momento favorável para encontro com usuários. Porém havia por parte do setor de Serviço Social um esforço na tentativa de resgatar esse espaço no cotidiano do serviço. Então a partir da carência desse instrumento no CAPS, foi decidido fazer a execução do projeto em forma de assembleia com usuários, familiares e equipe técnica, buscando assim uma maneira de resgatar não apenas nos frequentadores do CAPS, mas também nos profissionais que trabalham na instituição a importância desse espaço de comunicação entre ambos.

Com o apoio da equipe do CAPS, preparamos o ambiente para oferecer a Assembleia realizada no dia 29 de setembro. Disponibilizamos folhetos informativos, vídeos e apresentação de slides em data show, bem como lanche ao final. A assembleia contou com a participação de muitos usuários, haja vista o interesse de todos. No decorrer da apresentação foi notório que os usuários interessavam-se muito em saber como ter acesso ao benefício, levando em consideração que a maioria dos frequentadores são de família carentes, que estão desempregados ou que dependem financeiramente de parentes, o BPC surge então com um meio de autonomia, como também de ajuda financeira para o usuário e sua família. Ao longo das apresentações do tema, houve algumas interrupções por parte da plateia no intuito de tirar

duvidas, foi então aberto ao final um momento de fala para todos, onde eles pudessem ter respondidos esses questionamentos.

Executamos a Assembleia, para usuários, seus familiares e a equipe do CAPS II, contamos com a participação efetiva das nossas Supervisoras, de campo e acadêmica. Procuramos proporcionar aos usuários um momento descontraído, onde eles pudessem ficar à vontade e tirar suas dúvidas. Buscamos ministrar a palestra com linguagem simples e de fácil compreensão. Por fim, abrimos a fala para que os usuários e familiares pudessem tirar suas dúvidas e receber orientações das nossas supervisoras.

Durante o período de estágio no CAPS foi possível observar a importância do serviço para seus usuários. Apesar das dificuldades enfrentadas pelos funcionários para atender a demanda de pessoas, superar a limitação da questão física do espaço onde funciona ficou nítido a satisfação dos usuários com a instituição. Foi possível conhecermos a realidade de pessoas que vieram de manicômios, que sofreram com a segregação do ambiente asilar e que viram na instituição um lugar acolhedor, onde tinham a oportunidade de receber tratamento e ao final do dia retornar para o convívio familiar. Podemos perceber também o empenho que todos os funcionários tinham para acolher a todos, ouvir e conseguir de algum modo dar uma resposta ao sofrimento enfrentado por aquela pessoa que buscava apoio no serviço.

Reconhecemos a importância dessa ação em debater tais informações com os usuários, pois mais que sanar as dúvidas em relação ao tema em questão, os usuários também serão propagadores das informações, levando em consideração que o BPC ainda representa uma importante fonte de renda. Mediante o recebimento desse benefício, os beneficiários podem assegurar maior grau de bem-estar, não apenas individual, mas para toda a sua família. Bem como a possibilidade de inserção dos mesmos na sociedade, tirando-os da condição de miserabilidade e promovendo a dignidade social. Outro ponto importante desse debate é de que as pessoas com sofrimento psíquico além do notável histórico de exclusão e segregação possuem pouca e por vezes quase nenhum meio de informação, apresentando-se assim, os serviços de saúde como o CAPS, um papel informativo e multiplicador de conhecimentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência obtida durante o período de estágio supervisionado foi salutar para a percepção da vida profissional de um Assistente Social. No estágio o estudante se vê diante de uma realidade com a qual poderá se deparar quando estiver exercendo sua profissão. Por isso, faz-se necessário que durante a formação aconteça uma maior vinculação das teorias com a prática, desta forma, será entendido pelo estudante que as teorias são à base de conhecimento, mas será na prática que ele irá desenvolver muitas habilidades necessárias a sua atuação. O desejo por conhecer a política de saúde mental surgiu desde o princípio do curso, fundamentando assim a escolha pelo estágio no CAPS por ser a área de maior identificação.

É desafiante atuar na saúde pública, e isso ficou nítido durante nossas observações no campo de estágio, por vezes, presenciamos as dificuldades enfrentadas pela Assistente Social para conseguir solucionar as demandas enquanto ia de encontro à falta de recursos e a

precarização trabalhista, muitas vezes ocasionadas através do avanço neoliberal no país. Políticas essas que acarretam dificuldades não apenas no trato profissional e institucional, mas que recaem de forma visceral nos usuários do serviço.

Identificamos na realização desse trabalho, a relevância de se levar conhecimento as pessoas em sofrimento mental, pois é perceptível a insuficiência de informações sobre diversos assuntos relativos à política de saúde mental como aos direitos que são assegurados por leis. Através da Reforma Psiquiátrica foi possível notar uma mudança no modo de tratamento dado às pessoas em sofrimento psíquico, porém a visão da loucura estereotipada por incapacidade, de que essas pessoas são um perigo para a sociedade ainda é muito forte. Deve-se haver então, um movimento de luta contra esses paradigmas ainda tão recorrentes nos dias atuais, mudanças na políticas públicas como maior apoio na busca da inclusão é de suma importância.

Isso posto, a assembleia com usuários realizada no CAPS, mostrou-se como dispositivo instrutivo de considerável importância, visto que, a partir do novo modelo de assistência e tratamento onde a busca pela autonomia do indivíduo aparece como essencial para a seu retorno ao convívio em sociedade a assembleia desponta como instrumento fortalecedor de transformações, dando ao usuário o papel de protagonista na sua história, possibilitando um momento de debate e de estímulo no sujeito em tratamento da sua capacidade de pensar e tomar decisões.

Mesmo diante a alguns entraves do serviço como: estrutura física, por não existir um local apropriado, com bom espaço para realização de palestras, como também a falta de material de apoio: data show e microfone, a assembleia ocorreu de forma satisfatória alcançando o objetivo desejado que foi o de levar informações aos usuários.

Acreditamos que é preciso dar continuidade as assembleias na instituição, uma vez que é um momento oportuno de mediação entre os profissionais e usuários. É necessário oferecer um espaço onde possam discutir temas de relevância, atuais, informando-os sobre as lutas travadas na atualidade para manter as conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica. Estimular nos usuários a criação de um pensamento mais crítico, analítico e reflexivo é fundamental. Os regressos incentivados pelo atual governo faz com que seja necessário nos munirmos de todos os aparatos possíveis de informação. O cenário é de verdadeiro desmonte dos direitos conquistados e avanço do processo de contrarreforma da saúde brasileira, o combate ao fim do modelo hospitalocêntrico que infringe direitos é imprescindível.

As conquistas obtidas na área da saúde mental são frutos de diversas reivindicações ao longo de muitos anos, luta de usuários, familiares e da sociedade em geral. Todos nós

brasileiros devemos ter a consciência da importância das mobilizações e da busca por uma sociedade mais justa e igualitária, pois é um direito de todo cidadão usufruir de um sistema de saúde eficaz, gratuito e de acesso universal.

POTENTIALIZING THE ASSEMBLY OF THE USERS OF CAPS II DE CAMPINA
GRANDE / PB: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT:

The present project has the objective of discussing the experience report carried out by Social Work trainees during the Supervised Internship period of the State University of Paraíba (UEPB), from the Intervention Project carried out at the CAPS II-Novos Tempos in Campina Grande -PB, between the months of July and November 2017. The purpose of the Project was to discuss with the users the Proposal for Pension Reform and its impact on the Benefit of Continued Provision (BPC). Thus, we seek to make a general overview of mental health policy in Brazil, as well as to inform about the rights guaranteed by law, resulting from the Psychiatric Reform, where there was a redirection of the treatment of people in psychological distress to more humanized health practices. The methodology used to carry out the intervention was an assembly with users and family, where we sought to discuss the Reform proposals, as well as to provide participants with information about their rights under the Federal Constitution. We understand that the moment was of great importance, and the assembly is an opportunity to know the needs of each user.

Keywords: Mental health; Psychiatric Reform; Experience Report.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

_____, **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Serviço e Desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 1995.

ANTUNES, R. **O Caracol e a sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2003.

AROUCA, A. S. da S. **O Dilema preventista**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BITTENCOURT, J. **Governo Temer desmonta com uma canetada programa de saúde mental modelo para o mundo**. Disponível em:
<<https://www.Revistaforum.com.br/autor/Julinho>> Acesso em: Fev. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**-2ed- São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In _____. (org.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal,

universal, gratuito e de qualidade. Revista Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: AdUFRJ ; Pela Saúde, p. 15-28, 2011.

BRASIL. M. S. Secretaria de Atenção a Saúde Pública. DAPE/**Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial 1º Edição**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília. 1995

CIRILO, L. S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e Cidadania no discurso de usuários e familiares**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Saúde Coletiva para obtenção do título de mestre pela Universidade Estadual da Paraíba- UEPB. Campina Grande, 2006.

CODECOM. **Campina Grande possui sete CAPS e supera parâmetro nacional**. 29 de junho de 2007. Disponível em < <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em março de 2018.

COSTA, T. C. R. da. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo**. Tese de doutoramento apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós- Graduação em Serviço Social da UFPE, 2016.

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: 15, Fev. 2018.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola. 1993.

HIRDES, A. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma (re)visão**. In. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009.

LUGARINI, V. **Proposta quer decretar fim do SUS e privatizar a saúde no país**. Disponível em: http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=309950. Acesso em: 19 de julho de 18.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: UDEFEBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Tundis, S.A. Costa, N.S. Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental. 6ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

SILVA, A. X. da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos e coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese de doutoramento apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, 2013.

SOARES, J.M.A.S. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997.111.p. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção de grau de Mestre. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

VASCONCELOS, V. C. de. **A dinâmica do trabalho em saúde mental:** limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura:** uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional: São Paulo: Hucitec, 2010.