



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAMILA VITÓRIA DOS ANJOS ANDRADE

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL**

**SOUSA – PB
2024**

CAMILA VITÓRIA DOS ANJOS ANDRADE

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campus Sousa (CCJS), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof^ª. Ma. Nilma Angélica dos Santos

**SOUSA – PB
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

A553r

Andrade, Camila Vitória dos Anjos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e o papel do serviço social. / Camila Vitória dos Anjos Andrade - Sousa, 2024.

56 fls.

Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, 2024.

Orientador: Profa. Dra. Nilma Angélica dos Santos

1. Rede de atenção psicossocial. 2. Centro de atenção psicossocial. 3. Reforma psiquiátrica no Brasil. 4. Atuação do assistente social. 5. Política de saúde mental. I. Título.

Biblioteca CCJS - UFCG

CDU 36:613.86(043.1)


CAMILA VITÓRIA DOS ANJOS ANDRADE

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (CAPSi) E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campus Sousa (CCJS), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof^ª. Ma. Nilma Angélica dos Santos


BANCA EXAMINADORA

 Documento assinado digitalmente
NILMA ANGÉLICA DOS SANTOS
Data: 12/11/2024 13:25:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Ma. Nilma Angélica dos Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

 Documento assinado digitalmente
MARIA CLÁRICA RIBEIRO GUIMARÃES
Data: 14/11/2024 15:10:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Maria Clárica Ribeiro Guimarães (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

 Documento assinado digitalmente
LEIDIANE SOUZA DE OLIVEIRA
Data: 16/11/2024 12:24:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Leidiane Souza de Oliveira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

“Sua vontade incontrolável lhe fecha e abre portas.”
ORIENTE,2014.

Dedico este trabalho para a menina tímida e medrosa que chorava nos escuros com vergonha e medo de alguém perceber, e também, para a mulher que ela se tornou hoje. Em meio a tudo, fé e coragem nunca lhe faltaram.

AGRADECIMENTOS

Reconheço que durante essa jornada difícil e as vezes dolorosa eu precisei me fortalecer de diversas formas para não desistir e deixar ir embora esse sonho, como a primeira em toda a minha família, muitas das vezes, eu comparei a minha vida pessoal e acadêmica com a dos meus colegas e julguei o meu caminho e as minhas formas como ineficazes e frágeis, entretanto, agora percebo que fui forte até o último momento e essa força muitas das vezes vinham de lugares e pessoas e coisas tão comuns que outras pessoas deixariam passar ou nem entenderiam.

Agradeço a Deus por nunca ter me abandonado e sempre ter me amparado nas minhas quedas e lamentos demonstrando que se tem fé e esperança em uma vida melhor, você tem tudo. Por vezes eu pensei em desistir mas precisei me regar de muita fé para entender que Deus estava traçando o meu caminho e que no tempo dele as coisas iriam finalmente começar a dar certo.

Agradeço a minha mãe Rosa, meu pai Laécio, meus irmãos, minha tia Regilene e minha avó Fransquinha, sempre que pensei em desistir, foram vocês que mesmo de longe em todos os momentos estão comigo me ajudando a continuar e salvando a minha alma da vida.

Agradeço aos amores que conquistei ao longo dos dias, vocês me fizeram ver o lado bom da vida até nos finais de semana em que eu reclamava por precisar estudar ao invés de descansar. Obrigada por dividirem a vida comigo e partilhar os momentos bons e ruins dividindo sempre as responsabilidades, os amores e até as dores.

Sou muito grata aos meus colegas que nem sempre estiveram cursando o mesmo período que eu mas que mesmo assim, dividiram o processo comigo tornando ele mais leve. Ao meu amigo Fredi (*in memoriam*) que juntamente com Ana Paula, Ramon, Josi, Thay e Joyce assistiam os meus seminários antes da aula para que eu ficasse mais confiante em minhas falas, dividir os bancos da UFCG e o café com vocês era a melhor parte da minha manhã.

Agradeço também a cada um que acreditou em mim e que indiretamente ou diretamente me apoiou nessa jornada.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo debater e especificar sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial e especificamente e como deve ser o trabalho do Serviço Social dentro dos Centros de Atenção Psicossocial e especificamente o CAPSi. Para tanto, a fim de responder aos objetivos deste estudo foi realizado pesquisas bibliográficas com a utilização da abordagem metodológica de tipo qualitativa, cujos fundamentos teóricos se deram a partir do levantamento de referenciais produzidos na área do Serviço Social e áreas afins, de base política e social, pautando-se no materialismo histórico-dialético de Karl Marx e na pesquisa descritiva, visando descrever o objeto estudado e os fatores que o integram. Assim, com o desenvolvimento deste trabalho, identificam-se os desafios que os assistentes sociais encaram trabalhando no campo da saúde mental, os quais precisam ser enfrentados e mitigados com o fito de promover saúde para esses usuários que viveram por muito tempo às margens da sociedade sem ter seus direitos respeitados. Ademais, esse estudo, simultaneamente, propõe-se a refletir sobre a historicidade das políticas públicas voltadas para o campo da Saúde Mental no Brasil e demonstrar como os aspectos socioeconômicos, raciais e de gênero influenciam a Saúde mental dos indivíduos. Ele constata a precarização dos serviços destinados ao tratamento dos indivíduo com saúde mental vulnerável no século passado e como a sociedade juntamente com o Estado fechavam os olhos diante disso. Tem o intuito, ainda, de discutir sobre como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e como ela contribui até hoje para a promoção da saúde mental dos cidadãos portadores de transtornos mentais que no decorrer do tempo foram conquistando cada vez mais direitos e espaços para serem acolhidos por profissionais de saúde capacitados juntamente com, tratamentos com o foco na sua reinserção social.

Palavras-Chave: Saúde Mental; RAPS; CAPSi; Serviço Social.

ABSTRACT

This paper aims to discuss and specify the functioning of the Psychosocial Care Network and specifically how Social Service work should be within Psychosocial Care Centers and specifically the CAPSi. To this end, in order to respond to the objectives of this study, bibliographical research was carried out using a qualitative methodological approach, whose theoretical foundations were based on the survey of references produced in the area of Social Service and related areas, with a political and social basis, based on Karl Marx's historical-dialectical materialism and descriptive research, aiming to describe the object studied and the factors that integrate it. Thus, with the development of this work, the challenges that social workers face working in the field of mental health are identified, which need to be faced and mitigated in order to promote health for these users who have lived for a long time on the margins of society without having their rights respected. Furthermore, this study simultaneously proposes to reflect on the historicity of public policies aimed at the field of Mental Health in Brazil and demonstrate how socioeconomic, racial and gender aspects influence the mental health of individuals. It notes the precariousness of services intended for the treatment of mentally ill individuals in the last century and how society, together with the State, turned a blind eye to this. It aims to discuss how the Psychiatric Reform process took place in Brazil and how it contributes to the promotion of mental health for citizens with mental disorders, who over time have increasingly gained rights and spaces to be welcomed by trained health professionals, along with treatments focused on their social reintegration.

Keywords: Mental Health; RAPS; CAPSi; Social Work.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil

CCMS- Centro Cultural do Ministério da Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social CF – Constituição Federal

CNDSS- Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CT- Comunidades Terapêuticas

ECR- Equipe Consultório na Rua

EMAES- Equipes Multiprofissionais Especializada em Saúde Mental

ESF- Equipe de Saúde da Família

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PIA- Plano Individual de Atendimento

PS- Pronto Socorro

PVC- Programa de volta para Casa

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde SUS – Sistema Único de Saúde

UA- Unidades de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2. CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL.....	14
2.1 Aspectos socioeconômicos, raciais e de gênero na saúde mental.....	17
2.2 Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial.....	20
3. A RAPS, O CAPS E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	29
3.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	29
3.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	33
3.2.1 O CAPS Infanto- Juvenil	36
4. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS INFANTO-JUVENIL	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo identificar as atribuições e os desafios do assistente social na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e a historicidade da política de saúde mental no Brasil, depreendendo de que maneira a precarização da política de saúde impacta na acessibilidade dos serviços e na vida dos cidadãos, denotando, ainda, a possibilidade de mediação do/a Assistente Social nesse espaço.

A escolha e o interesse por este tema surgiu a partir da percepção de que a saúde mental de crianças e adolescentes se manifesta como importante expressão da questão social, bem como, a partir da aproximação com os estudos de autores/as que tratam da temática ao longo do curso de Serviço Social. As experiências adquiridas nas relações sociais e no campo de estágio, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Sousa – PB também foram uma fonte de contato e de interesse sobre o tema. Além do interesse em buscar conhecer e aprofundar os aspectos que integram a historicidade e a realidade dessa parcela da população, existiu o interesse saber quais desafios eles enfrentam e como o assistente social precisa lidar com eles.

Levando em consideração que a atuação do serviço social na saúde mental é um tema que precisa ser mais abordado pela academia e ainda desconhecido por grande parte da sociedade atual, as informações expostas neste trabalho têm o intuito de analisar a historicidade da política de saúde mental no Brasil, como também as funções e os desafios do Assistente Social nesse espaço socioocupacional. No trabalho é analisada a situação exposta acima principalmente no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), cujo local atua na promoção, prevenção e recuperação de saúde mental de crianças e adolescentes.

Para compreender como a política de saúde mental e os CAPS's se consolidam no Brasil é necessário, antes, compreender os processos históricos que os precederam, em particular, a Reforma Psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento que surgiu na década de 70 mas que até nos dias atuais segue sendo extremamente importante para a sociedade, ela teve o objetivo de se opor a lógica manicomial contraditória ,supressora e hospitalocentrica , que punia ao invés de acolher e maltratava ao invés de cuidar.

Tal lógica inviabilizava os direitos dos cidadãos portadores de transtornos mentais que viviam as margens da pobreza e miséria, sem nenhum acesso a saúde e a dignidade. Impediu cidadãos portadores de transtornos mentais a terem acesso aos direitos sociais básicos garantidos hoje no artigo 196 da carta Magna que assegura para

todos os indivíduos, sem exceção teriam o acesso a direitos como: a saúde, a alimentação, ao lazer, a moradia, ao trabalho entre outros. Na prática isso não acontecia e parcela da população que possui transtornos psíquicos foram por décadas esquecidas pelo Estado.

A luta antimanicomial afirma que essas pessoas em sofrimento psíquico excluídas da sociedade que muitas das vezes, tem seus direitos violados, ao invés de serem segregadas da sociedade por meio de internações e tratamentos invasivos, tenham acesso a uma rede de apoio que os acolha e possibilite uma melhor qualidade de vida, facilitando assim, sua reinserção social.

Para elaborar o referido estudo, com o fito de redarguir aos objetivos aqui apresentados, embasa-se na pesquisa descritiva, pois visa descrever e compreender detalhadamente o objeto estudado e a vinculação com os componentes que o integram. Em relação ao procedimento, se fundamenta em pesquisa bibliográfica e documental, cujos fundamentos teóricos se deram a partir da revisão literária, com análise de livros, artigos científicos, dissertações, leis, decretos, entre outros, de base política, histórica e social, na área do Serviço Social e áreas afins, bem como estudos sobre a questão da saúde Mental, tendo como referência os/as autores/as: Foucault (1975), Goffman (2005), Amarante (1994), Yamamoto (2000), Arbex (2013), Abrantes (2015), Alves e Rodrigues (2010), Nepomuceno (2013), Gouveia (2018), Ramos e Teixeira (2012), Carvalho (2013), França (2001), Rosa (2008), Araújo (2020), Adalina (2020), Mota e Rodrigues (2016), Apell, Nicole (2017), entre outros autores.

O estudo de tais obras instigou e propiciou um aprofundamento teórico acerca da esfera da saúde Mental e o trabalho do assistente social nesse espaço que embora tenha tido avanços significativos através do SUS ainda é um setor que sofre um processo constante de precarização na promoção e na efetivação das políticas públicas.

O estudo é estruturado em três capítulos, que se propõem a responder as questões desta pesquisa. No primeiro capítulo, é feito um resgate histórico acerca da saúde mental no Brasil, trazendo através do resgate da literatura já produzida, uma breve contextualização da saúde mental descrevendo a precariedade que as pessoas com transtornos mentais viviam e como o seu “tratamento” era desumano.

No segundo capítulo, apresentam-se aspectos sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como ela funciona, caracteriza o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como parte importante dentro da RAPS, assim como, o Centro de Atenção Psicossocial Infância- Juvenil (CAPSi) como um espaço destinado para o tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico com o foco na reinserção social desses usuários. O terceiro capítulo se refere sobre a inserção do

serviço social no âmbito da Saúde Mental abordando os desafios enfrentados pelos profissionais nesse campo.

2. CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL

Ao longo dos séculos a loucura passou por diversos estigmas e sempre foi considerada como algo que foge do padrão social imposto, algo culturalmente “mal visto” e por isso, os pessoas com problemas mentais eram socialmente controlados e segregados da sociedade civil em manicômios. Um dos principais filósofos do século XX, o francês Michel Foucault, foi também professor, psicólogo e escritor. Foucault estudou diversos problemas sociais como a loucura e o modelo no qual ela era tratada.

Desde o início da história da humanidade é possível observarmos grupos ou pessoas que apresentavam comportamentos considerados “anormais” perante a sociedade. Eram indivíduos não compreendidos, julgados e excluídos, que, em várias culturas e sociedades primitivas viviam subjugados à vida em cativeiro, afastados do convívio social, sem direitos ou reconhecimento perante à comunidade por serem considerados amaldiçoados, possuídos ou um castigo divino (FOUCAULT, 1975).

Os indivíduos com saúde mental vulnerável eram tratados no modelo hospitalocentrico por métodos invasivos e violentos, eles viviam em condições desumanas e precárias nas quais eram constantemente punidos com a fome, o frio, agressões e abandono da sociedade e dos seus familiares. Como mostra a obra brasileira chamada “O Holocausto Brasileiro” (ARBEX,2013) livro que relata a desumanidade e crueldade planejada na rotina do maior hospício do Brasil, intitulado o Hospital Colônia de Barbacena no estado de Minas Gerais no qual ocorreram 60 mil mortes de homens, mulheres e crianças.

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar. (Arbex, 2013, p. 23).

A autora do livro também relata como eram as condições precárias de sobrevivência das pessoas que viviam ali:

Dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas à mercê da violência sexual. Nos alojamentos, trapos humanos deitados em camas de trapos. Moscas pousavam em cima dos mortos-vivos. O mau cheiro provocava náuseas. Em outro pavilhão, a surpresa: capim no lugar de camas. Feno, aliás, usado para encher colchões, abrigar baratas, atrair roedores. Viu muitos doentes esquecidos nos leitos, deixados ali para morrer. A miséria humana escancarada diante de sua máquina. Jamais havia flagrado nada parecido. (Arbex, 2013, p. 152).

Como narrou a autora Daniela Arbex (2013), o Hospital Colônia de Barbacena que foi fundado em 1903, em Minas Gerais, era procurado por famílias de todo o Brasil por oferecer tratamento psiquiátrico para indivíduo com saúde mental vulnerável, as famílias mandavam seus parentes descabidos, porém não existiam critérios para a devida internação e em alguns casos, os internados não sabiam quais os motivos de estarem internados naquele lugar.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (Arbex, 2013, p. 14).

A Constituição da Organização Mundial da Saúde em (1946), conceituou a saúde como não somente a ausência de enfermidade mas sim a junção do bem-estar físico, social e mental. Ela também afirma que para “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” **(OMS,1946)**. As afirmações feitas foram inovadoras na época e impulsionaram uma política de saúde moderna no mundo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade **(OMS, 2017)**

Ou seja, é bem mais do que simplesmente a ausência de doenças ou transtornos psíquicos e emocionais, pois a saúde mental engloba a saúde do ponto de vista biológico, psicológico e social. Sem que esses três aspectos estejam juntos não há

bem estar como um todo.

Já a doença mental trata-se de "condições que alteram a saúde psíquica e incluem transtornos e deficiências psicossociais, bem como outros estados mentais associados a um alto grau de sofrimento, incapacidade funcional ou risco de comportamento autolesivo (OMS, 2022)". A entidade também afirma que existem fatores sociais, culturais, econômicos, políticos, biológicos e genéticos que influenciam a doença mental.

No livro "Manicômios, prisões e conventos" (2005) escrito por Erving Goffman no ano de 1961, o cientista social, antropólogo, sociólogo e escritor canadense nomeia e compara tais instituições como locais em que os sujeitos tem o seu corpo sob o domínio de terceiros e que por motivos religiosos, políticos, de segurança ou proteção social são locais em que os internados vivem isolados da sociedade civil, porém ao mesmo tempo, são obrigados a viver uma relação social imposta ,tendo em vista que, mesmo isolados da sociedade civil esses cidadãos precisam obedecer ordens e regras que regulam todo o seu cotidiano e conviver sem nenhum tipo de identidade individual pois suas vestimentas, cortes de cabelo, horários das refeições, de acordar e dormir são rigidamente padronizados para minimizar as diferenças visuais.

Uma instituição Total pode ser definida como local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo leva uma vida fechada e formalmente administrada. (Goffman,2005, p.11).

É um ambiente ou vários ambientes no qual ocorre uma mistura de grupos etários, étnicos e raciais onde as pessoas são impostas a viver e não tem o direito de escolhas mínimas como o que vai vestir, onde vai andar, o que vai comer e a hora que vai fazer suas necessidades fisiológicas.

O seu eu é sistematicamente embora muitas vezes não intencionalmente mortificado. Começa a passar por algumas algumas mudanças radicais em sua carreira moral uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que tem a seu respeito e a respeito que são significativos para ele." (Goffman,2005, p.24).

Segundo o autor "os internados das instituições totais tem todo dia determinado, para eles equivale a dizer todas as necessidades essenciais precisam ser planejadas" (Goffman,2005, p.21).

Esses seres humanos são submetidos a dividir espaços com pessoas

indesejadas e a um cotidiano onde precisam constantemente obedecer as regras de seus superiores para não serem punidos. Nesse cenário, esses cidadãos vivem numa relação desumana onde não tem uma garantia de integridade física, moral e se sentem ameaçados constantemente pelos seus supervisores, assim como, sem autoridade sobre si mesmo e sua vida cotidiana, fenômeno conhecido como institucionalização.

As instituições totais são também incompatíveis com outros elementos decisivos da nossa sociedade, a família. A vida familiar é às vezes contrastada com a vida solitária, mas na realidade um contraste mais adequado poderia ser feito com a vida em grupo, pois aqueles que comem dorme no trabalho com um grupo de companheiros serviços dificilmente podem manter uma existência doméstica significativa." (Goffman,2005, p.22).

2.1 Aspectos socioeconômicos, raciais e de gênero na saúde mental

A pobreza e a saúde mental estão profundamente interligadas, uma vez que a falta de condições materiais dignas de sobrevivência pode ser tanto causa como consequência de transtornos mentais. A Organização das Nações Unidas (ONU) define que a pobreza vai mais além do que escassez de recursos:

A pobreza envolve mais do que a falta de recursos e de rendimento que garantam meios de subsistência sustentáveis. A pobreza manifesta-se através da fome e da malnutrição, do acesso limitado à educação e a outros serviços básicos, à discriminação e à exclusão social, bem como à falta de participação na tomada de decisões. (ONU, 2019)

Em sua dissertação de mestrado que intitulada “Pobreza e Saúde Mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)” 2013 a autora Bárbara Barbosa Nepomuceno afirma que:

Pobreza material é fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, que os transtornos mentais interferem na capacidade produtiva dos sujeitos, os levando a estratos socioeconômicos mais baixos e que a pobreza condiciona barreiras para o acesso aos cuidados de saúde de qualidade. (Nepomuceno,2013. p,13 apud Alves e Rodrigues 2010 e Saraceno e Barbui 1997.)

Ou seja, de acordo com autora a falta de recursos financeiros é uma forte ameaça para o crescimento de doenças mentais pois a pobreza trás condições de vida difíceis como a insegurança alimentar, o desemprego, o analfabetismo, a violência, habitação inadequada ou a falta dela, além da falta de acesso a informações e serviços de saúde e maior vulnerabilidade a violências. Tais fatores causam a exclusão social e trazem consigo um sofrimento mental que sem tratamento tornam esses cidadãos vulneráveis a transtornos mentais, seja pelo difícil acesso a tratamentos, seja pela

estigmatização social.

De acordo com a OMS:

(...) mais de um milhão de brasileiros vive em extrema pobreza e que estes, se comparados com agrupamentos sociais com maior renda, apresentam maiores problemas de saúde. Afirma ainda que a relação que se estabelece entre pobreza e doenças crônicas ocorre em uma via de mão dupla, em que uma reforça a outra, estabelecendo um ciclo vicioso entre pobreza e saúde precária. Nesta relação, baixa situação socioeconômica, baixa escolaridade, desemprego, más condições de moradia e trabalho e menor acesso aos serviços de saúde são fatores influentes. (apud OMS, 2003, p.30)

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNSDSS) publicou em 2008 o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” e nele a instituição apresentou diversas atividades que auxiliaram a discussão em todo o território nacional sobre os obstáculos dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde. O documento afirma que os aspectos socioeconômicos estão intimamente atrelados a saúde:

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. (CNSDSS,2008, p.45)

A população negra tem sido historicamente um dos maiores alvos de institucionalização em “manicômios”, hospitais psiquiátricos e prisões no Brasil. A institucionalização nesses espaços guarda entre si uma semelhança: a raça e a cor da pele funcionam como um fator que invalida a voz do sujeito e o torna vulnerável à violência institucional. Grande parte dos internos dos antigos “manicômios” brasileiros eram pessoas pretas e pardas, como no caso do Hospital Colônia de Barbacena. Vale lembrar que nem sempre essas internações estavam diretamente ligada a transtornos mentais, mas sim ao fato de serem moradores de rua, alcoólatras, gays, lésbicas, prostitutas, etc. Ou seja, era uma prática higienista que visava tirar das vistas da sociedade tudo aquilo que ia contra o padrão de normalidade.

Por meio das concepções eugenistas, estava, portanto determinado,

preparado e justificado o tratamento a ser dado ao sofrimento psíquico do negro, uma vez que não havia como interferir na etnia das pessoas, na sua destinação à degeneração e à loucura. É válido supor que o pensamento eugenista não considerava que o negro passasse por sofrimento algum: ele apenas seguia seu destino determinado por sua genética. E desta forma, por meio da apropriação de ideias e ideais eugênicos, o sofrimento de minorias raciais e étnicas permaneceu alheio à construção do conhecimento, às ciências humanas, por tempo demasiado longo. Gouveia, M. & Zanello, V. 2018, p. 452.

No que tange a saúde mental é necessário considerar que ela é atravessada por aspectos de raça e gênero. As mulheres foram historicamente a maior parte dos pacientes psiquiátricos e não necessariamente por questões de saúde mental, mas muitas vezes por questões culturais da época que reprimiam a liberdade sexual e a liberdade de expressão feminina, tida como algo subversivo. Com relação ao aspecto de gênero, a saúde mental das mulheres em todas as idades e condições sociais está mais vulnerável que a dos homens. Devido à sobrecarga das múltiplas jornadas cotidianas e ao excesso de expectativas e cobranças que são atribuídas às mulheres com relação ao seu comportamento, corpo, sexualidade e papel social.

A todos os níveis socioeconômicos, a mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias. Além das pressões impostas às mulheres em virtude do alargamento dos seus papéis, não raras vezes em conflito, elas enfrentam uma significativa discriminação sexual e as concomitantes pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. Assim, não é de surpreender que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos. A violência contra a mulher constitui um problema social e de saúde pública significativo que afeta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. (OMS,2002,p. 46)

No que tange à associação entre gênero e raça a obra “Na Mira do Fuzil: A Saúde Mental de mulheres Negras em Questão” é um livro da escritora brasileira Rachel Gouveia Passos, publicado em 2023 discorre sobre os impactos da impetuosidade policial, da violência estatal no nosso país provocado pelo racismo estrutural que está arraigado em nossa sociedade desde sua fundação sobre a saúde mental de mulheres negras: “depois da violência contra seus filhos (as) e familiares: remédios e impunidade.

O Estado que mata, medicaliza as sobreviventes e desresponsabiliza os assassinos.”
GOUVEIA, (2023, p.14).

A obra é fruto de uma coletânea de relatos e histórias reais que revelam como as vidas das mães de pessoas negras e pobres que residem majoritariamente nas periferias e favelas são cessadas.

A maternidade negra é cravejada pela bala que matou ou mutilou seu filho (a), destruindo e alvejando outros corpos e subjetividades, inclusive a vida dela. E, como se não bastasse, essa mulher negra vai ter que lidar com o rótulo de “mãe de bandido, enfrentando a dor e a violência de ocupar esse lugar social que não foi requerido por ela. GOUVEIA, (2023, p.15)

O exemplo ainda nos faz compreender como funciona o processo de luto que essas mulheres e mães passam e como sem o devido acompanhamento e apoio proporcionam um adoecimento mental intenso.

Como consequência da condição de sobrevivência temos a medicalização e farmacologização do sofrimento fazendo parte das mães das vítimas de violência do estado na busca de aliviar a “dor que enlouquece” busca-se por uma resposta mais imediata para tentar sobreviver a “situação-limite”, já que mesmo convivendo com a destruição diariamente não ocorre a adaptação a essa condição, mas a produção de novos contornos da existência que podem levar a destruição ou a (re)existência. GOUVEIA, (2023, p.86)

Em uma das entrevistas é revelado que é normal o uso diário de remédio tarja preta entre as mães das vítimas e que essa é uma forma delas lidarem com o luto e a impunidade.

A incessante busca por alívio não pode ser reduzida a uma patologia e, sim, entendida como um grande sintoma social do que denominamos de trauma psicossocial colonial. A dor negra faz parte da manutenção do repertório da destruição instituída pela ontologia do colonizador. Isso significa que há uma produção constante de sofrimento psicossocial que contorna as experiências negras e, que, pode levar ao adoecimento, portanto, essa produção permanente de dor contribui para que as mulheres negras permaneçam em lugares sociais de sujeição e subordinação. GOUVEIA, (2023, p.87)

Segundo Gouveia, M. & Zanello, V. (2018, p.451), “a população negra brasileira ocupou historicamente as classes sociais mais pobres e de condições mais precárias na pirâmide social. As condições indignas de vida da população negra persistem, evidenciando o racismo silencioso e não declarado.” Faz-se mister compreender que os estigmas raciais estão arraigados em nossa sociedade hodierna e que tais preconceitos

dificultam a vida e a saúde física e mental das pessoas negras fazendo com que elas se tornem um alvo fácil das desigualdades sociais que o modelo capitalista vigente proporciona, intensificando assim, a extrema pauperização dessa grande parte da nossa população que diariamente são vítimas da violência estatal, da fome, do crescente desemprego, das discriminação racial e dos mais diversos tipos de violência existentes.

2.2 Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial

A modernidade trazida pela chegada da família real ao Brasil em 1808 influenciou uma mudança significativa na vida habitual dos cidadãos considerando que, as condições sanitárias em que se encontravam as cidades eram precárias, o acúmulo de sujeira e a ausência de infraestrutura contribuía para a constância de diversos tipos de doenças. Como solução o Estado iniciou campanhas higienistas de limpeza com o fito de rearranjar, disciplinar e padronizar o cotidiano da população.

O Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS) em uma mostra virtual sobre o Hospício Dom Pedro II de 2014 elucida o panorama histórico da psiquiatria do Brasil bem como, esclarece que essas práticas de higiene fizeram a população enxergar o comportamento dos desajuzados que viviam nas cidades e tal fator contribuiu negativamente para a nova modernidade, ilustrando a necessidade de um local próprio adequado para eles:

A organização do espaço urbano e a demanda dirigida à Medicina para a realização de ações higiênicas permitiram a visibilidade de uma população "marginalizada" que circulava pelas ruas da cidade. Eram pessoas que não possuíam moradia e nem hábitos considerados adequados, segundo esta perspectiva médica, para a vida em sociedade que se pretendia "moderna". Nesse contexto, os pessoas com problemas mentais receberam atenção especial por parte dos médicos, já que seu comportamento representava uma ameaça a este projeto de sociedade e sua permanência pelas ruas da cidade poderia ser um perigo para os cidadãos. CCMS,2014

O desejo pelo controle social dos cidadãos desprovidos de “razão” tinha caráter punitivo e excludente:

A disciplina era um elemento presente e, de acordo com o discurso médico, necessária para normatizar os indivíduos que não se enquadravam no modelo social desejado. A Medicina entendia que promoveria uma adequação e uma submissão desses indivíduos unindo o controle e a punição, elementos necessários à sua adaptação ao meio social. CCMS,2014.

Com as novas medidas higienistas percebeu-se a necessidade de um local para abrigar as pessoas com desordem mental e o decreto Nº 82, de 18 de Julho de 1841 publicado pelo Imperador Dom Pedro II ordena a construção de um local destinado para o tratamento dos individuo com saúde mental vulnerável nomeado o Hospício Dom Pedro II:

Desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo. BRASIL, 1841.

A inauguração do Hospício Dom Pedro II ocorreu em 1852 e ele foi pioneiro nesse modelo asilar aqui no Brasil e se tornou também, um lugar de grande controle social:

Inaugurado em 1852 para abrigar os alienados da Corte e demais províncias do Império, o Hospício de Pedro II foi a primeira instituição dessa natureza a funcionar no Brasil. Seu nome homenageava o próprio imperador, responsável pelo decreto fundador do estabelecimento, que nascia vinculado à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, principal destino de alienados até então. Desde o final da década de 1970, o primeiro hospício do Brasil tem merecido destaque em algumas abordagens sobre a história da psiquiatria, pois teria representado a concretização do projeto de uma elite médica que tinha como objetivo o controle social das cidades. Nessas análises, fortemente influenciadas pela obra de Michel Foucault, o hospício era visto primordialmente como local de exercício do poder médico, ainda que em disputa com outras formas de poder. LEMLE. s/p. 2016

O local era conservador e religioso pois como era vinculado a Santa Casa da Misericórdia foi coordenado por freiras e para RAMOS e TEIXEIRA (2012, p.367):

No Brasil, entretanto, o Hospício de Pedro II nasce submetido a uma gestão religiosa. O Império brasileiro é oficialmente católico. O hospício é subordinado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, administrado por seu provedor- -geral e conduzido por freiras da Ordem de São Vicente de Paulo. Na Europa, o hospício nasce como tradução de uma nova ordem liberal, no contexto da Revolução Francesa. No

Brasil, o hospício nasce como símbolo de restauração política, num regime monárquico conservador, centralizado e escravocrata, no qual a separação entre Estado e Igreja ainda não se dera. RAMOS e TEIXEIRA (2012. P. 367)

É de fundamental importância compreender que a abertura do Hospício Dom Pedro II introduziu a institucionalização da pessoa em sofrimento mental no Brasil. A criação desta instituição representou ainda, um avanço na medicina psiquiátrica no país, à medida que a “loucura” para a ser socialmente reconhecida como condição que deve ser tratada no âmbito terapêutico e hospitalar:

Cabe lembrar que a partir da inauguração do Hospício, começou também o processo de institucionalização da loucura, a partir de uma rede de significações estabelecida pelo saber alienista. Se a Medicina legitimava a loucura como uma doença e os asilos como locais privativos para a terapêutica da doença mental, os indivíduos identificados como doentes eram encaminhados para o Hospício de Pedro II. CCMS,2014

A dura realidade do Hospício era a superlotação que mais prejudicava do que ajudava os internos e esse fator somado às péssimas condições que aquelas pessoas viviam foi alvo de críticas e questionamentos feitos pelos estudiosos da época que enxergavam a crueldade que acontecia dentro daqueles pavilhões:

A demanda dirigida ao Hospício de Pedro II foi crescente. Considerando todos os pedidos de admissão, em abril de 1853, a população internada era de 202 pacientes; em 1855, a unidade já abrigava 500 alienados. Os pedidos eram feitos por chefes de polícia, religiosos, políticos ou hospitais da Misericórdia. Em 1856, eram 1.110 internos dos quais 508 receberam alta e 329 faleceram. Permaneceram 273 alienados no hospício. CCMS,2014

Como podemos ver, a doença mental era tratada também, como caso de polícia, visto que muitas das internações eram requeridas por essa instituição. Além disso, religiosos também eram procurados pela população para tratar os casos das pessoas “alienadas”, que quando não davam conta encaminhavam os doentes ao Hospício. A citação acima revela, também, que a Santa Casa de Misericórdia enquanto uma instituição de saúde e assistencialismo recebia esses pacientes, embora não tivesse condições adequadas de tratá-los.

Diante de flagrantes violações dos direitos dos pacientes e das precárias condições de internação e de trabalho dos profissionais, o Hospício passa a ser alvo de críticas sobre seu funcionamento:

Os elementos presentes nas críticas ao Hospício contribuíram para que sua finalidade fosse questionada. O projeto da psiquiatria estava ameaçado por questões como o mau aproveitamento do espaço, o crescente número de atendimentos gratuitos, a falta de uma classificação mais rígida das moléstias mentais, que ia ao encontro de uma desordem nos processos de admissão permitindo o aumento de alienados incuráveis. CCMS,2014

O médico e psiquiatra Italiano Franco Basaglia julgou negativamente as condições subumanas que as instituições asilares mantinham os indivíduos com saúde mental vulnerável nos manicômios e defendeu a ideia de que aquelas pessoas deveriam ser tratadas com dignidade e respeito, princípio que a institucionalização não desempenha, e para enfatizar sua ideia o autor detalhou:

A "institucionalização" é o "complexo de 'danos' derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional." (BASAGLIA, 1981,p. 259 apud AMARANTE, P.1994 p.67)

No início do século XX as condições de tratamento e internação de pessoas com doenças mentais continuou a ser repleta de violências, precárias condições de trabalho, insalubridade dos espaços e estigmatização dos pacientes. Embora tenham surgido muitas instituições estas reproduziram padrões atrasados na forma de enxergar e abordar a saúde mental. Um dos principais representantes da medicina psiquiátrica nesse momento é Raimundo Nina Rodrigues o qual foi professor, psiquiatra, antropólogo e médico legista muito conhecido por práticas controversas e racistas em relação à saúde mental.

Raimundo Nina Rodrigues, fundador da antropologia 'científica' no país, tinha uma visão quase tão racista quanto os críticos mais severos do Brasil. Seus estudos antropológicos lhe revelaram uma sociedade complexa, multirracial, híbrida, que não forjara nenhum tipo étnico singular, estável, e cujo futuro previsível era como nação negra, não branca e européia (Nina Rodrigues, 1938; Correa, 1982 apud Stepan,2004, p. 339).

Com a forte crítica aos métodos tradicionais de tratamento psiquiátrico baseada nas internações em hospícios na década de 70 surgiu um movimento conhecido popularmente como Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Tal movimento foi o estopim para a reforma psiquiátrica no Brasil e reuniu profissionais de saúde mental, pacientes, familiares, e ativistas com o propósito de transformar o

tratamento psiquiátrico e asilar que tinha como foco a exclusão social e punição do alienado em uma política que possui uma abordagem mais humanizada na qual o PESSOA COM SAÚDE MENTAL VULNERÁVEL consiga ter acesso a um tratamento digno e eficaz, que seja inserido nas comunidades, assim como, lutavam por melhores condições de trabalhos dos profissionais de saúde mental:

Em 1978, no contexto da redemocratização, surge, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que virá a tornar-se o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas. Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.

Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em saúde Mental, em Bauru, surge uma nova e fundamental estratégia. O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. AMARANTE, P. (1995, p. 492).

A reforma psiquiátrica brasileira foi um movimento que surgiu em 1970 e tem o objetivo de se opor a lógica manicomial contraditória e opressora, que impediu cidadãos portadores de transtornos mentais a terem acesso aos direitos sociais básicos. A mesma prezava pelo fechamento gradual de manicômios e hospícios que proliferavam país afora, e objetivavam a abertura de novas estruturas de tratamento de base comunitária, e com isso pretendia preservar os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico, lhes garantindo cidadania, respeito e um tratamento digno.

Por reforma psiquiátrica entende-se um processo social e complexo, denominado de desinstitucionalização, que, partindo de uma crítica profunda sobre a instituição psiquiátrica e sobre as práticas, saberes e valores que a sustentam e legitimam, busca transformar radicalmente a relação historicamente construída entre a sociedade e a loucura e reconhecer um novo “lugar social” para as pessoas em sofrimento mental. Abrantes, et al, 2015.p, 4.

A Nova República tem início em 1985 e o Brasil entra no seu período de redemocratização após intensas lutas e movimentações e que de acordo com o médico e especialista em saúde pública Gilson Carvalho os diversos protagonistas envolvidos nessa luta são: os movimentos populares composto por cidadãos de bairros pobres que não tinham acesso a saúde, as associações de bairros e vilas assim como, a igreja católica que buscavam justiça social para que todos tivessem o direito a saúde e também, as universidades de medicina inicialmente com a finalidade de aproximar os alunos com a prática e a realidade local o que ajudou na formação de médicos com mais conhecimento e engajados na realidade comunitária. Na época do regime militar a saúde tinha baixa qualidade, era limitada, privatista e curativista.

Nos porões da ditadura gestava-se um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado. Essa organização em defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação. CARVALHO,2013.p,8.

A Reforma sanitária foi um movimento democrático baseado em ações com o intuito de estabelecer um sistema de saúde público no qual todos tenham livre acesso deixando de ser privada e passando a ser um direito de todos os cidadãos. Em 1986 ocorreu a VIII Conferencia Nacional de Saúde e esse evento teve a participação dos cidadãos usuários, conselhos de saúde e profissionais de saúde e nela foram defendidas, discutidas e aprovadas os ideais da reforma sanitária como um sistema de saúde público, democrático e humanizado.

A discussão de uma proposta inovadora e universal com a comunidade e os técnicos resultou naquilo que se denominou Projeto da Reforma Sanitária. Foi emprestada a Tancredo Neves e apropriada como Proposta de Saúde da Nova República. O movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembleia em 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas do Brasil inteiro que referendaram a proposta da Reforma Sanitária. Essa presença maciça dos cidadãos usuários foi possível pois as AIS introduziram Conselhos de Saúde, com participação comunitária, em cada município como condição de adesão à proposta. A proposta da reforma sanitária, referendada pela população, por técnicos gestores foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social. CARVALHO,2013.p,9 e10.

Em 1988 culmina a promulgação da Constituição Federal chamada de

Constituição Cidadã, essa Carta da República tem 250 artigos e representou um avanço nos direitos sociais, civis e políticos com destaque para o surgimento do sistema de seguridade social formado pelo tripé: assistência, previdência e saúde e é a partir da inserção da saúde enquanto direito social na constituição de 88 e parte da seguridade social que a política de saúde mental começa a ser tratada com mais seriedade.

O capítulo II da Constituição refere-se aos direitos sociais os quais são direitos fundamentais que intencionalmente minimizam as desigualdades existentes no modelo capitalista vigente no nosso país e asseguram uma vida menos injusta e desigual. O artigo 6º determina que o direito a educação, a saúde, a alimentação, ao trabalho, a moradia, o lazer, o transporte, o esporte, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, assim conforme, a assistência aos desamparados são direitos sociais que tem o fito de assegurar uma vida digna mitigando assim, os impactos nocivos da exploração social e econômica no Brasil.

O artigo 196 ao 200 preceitua um conceito ampliado de saúde e designa que ela é um direito de todos os cidadãos brasileiros e que é dever do Estado garantir a promoção de saúde, a recuperação e a prevenção de doenças.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. BRASIL,1988.

O artigo 198 da Carta Magna exemplifica que os serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e promoverá atendimento integral a comunidade.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes :I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. BRASIL,1988.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) aconteceu apenas em setembro de 1990 por meio da Lei Orgânica de Saúde (LOS). A lei 8080/90 tem como objetivo principal certificar a saúde como um direito de todos e dever do Estado providenciar condições essenciais para o seu pleno funcionamento, garante condições para promoção, recuperação de saúde, e também, a proteção contra as doenças:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O artigo 3 da Lei 8080/90 ainda exemplifica os determinantes e condicionantes da saúde e estão dentre eles: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O 7º artigo da Lei 8080/90 estabelece que o SUS obedece aos seguintes princípios: a universalidade que é a garantia de que todos tenham acesso aos serviços de saúde, sem discriminação, a Integralidade de assistência que são o conjunto de ações preventivas, individuais e coletivas exigidas em cada caso, a preservação da integridade física e moral, assim como a autonomia das pessoas, a igualdade da assistência sem privilégios ou preconceitos, a equidade que garante que os recursos sejam destinados de acordo com as demandas específicas de cada um, em outras palavras, dar mais a quem precisa de mais.

Este artigo também designa que os usuários tem o direito a informação sobre seu quadro clínico, que a comunidade precisa e deve participar diretamente da administração, da fiscalização e formulação das leis e decretos sobre saúde que ocorre por meio dos conselhos e conferências, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e a hierarquização que de acordo com Carvalho, 2013 é:

Hierarquização – Começa pela atenção ao indivíduo, à família e à comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde com seus procedimentos de menor complexidade tecnológica (equipamentos e aparelhos) e da mais alta complexidade de saber e prática humanos. Da atenção primária se vai à secundária (especialistas, exames mais complexos, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, ginecologia e obstetrícia). Da secundária à terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma única área, como os de cardiologia, neurologia, cirurgia plástica etc.

Nesse conjunto de circunstâncias, em dezembro de 1990 foi aprovada a Lei 8.142/90 a qual delibera acerca da participação da comunidade no SUS, como também, a distribuição dos recursos financeiros na área da saúde pública.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. BRASIL, 1990.

A lei acima especifica os conceitos de conferência de saúde e conselho de saúde que são respectivamente: Conferência de saúde é um evento que ocorre a cada quatro anos com a cooperação de numerosos segmentos sociais com o objetivo estimar a conjuntura de saúde e sugerir as diretrizes para a formulação da política de saúde em todas as esferas correspondentes, solicitada pelo Poder Executivo ou, excepcionalmente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Já o Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, é uma organização constituída por representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços ele age na caracterização de estratégias e na fiscalização da execução da política de saúde na instância correspondente, incluindo os parâmetros socioeconômicos e financeiros, as decisões do conselho de saúde são aprovadas pelo chefe do poder legalmente autorizado em cada esfera do governo.

A luta antimanicomial defende que tais pessoas em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, excluídas da sociedade possuam seus direitos respeitados e participem ativamente da comunidade pelo quais pertencem. Ao invés de serem segregadas da sociedade por meio de internações e tratamentos invasivos, necessitam e devem ter acesso a uma rede de apoio que os acolha e possibilite uma melhor qualidade de vida, facilitando assim, sua reinserção social.

A alteração do modelo assistencial e da Política de Saúde Mental no Brasil recebeu forte influência do Movimento pela Reforma Sanitária e do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro, que se iniciou no final dos anos de 1970. Esse movimento, que antecede o advento do SUS, questionou o modelo assistencial vigente no período do Inamps/previdenciário, centrado em grandes unidades hospitalares, inúmeras delas de características asilares. Naquele momento histórico não havia uma estrutura ambulatorial robusta e capilarizada, tampouco estruturação da atenção primária e priorização do cuidado comunitário. Desde a década de 1970 as sociedades médicas, como a Associação Brasileira de Psiquiatria, foram críticas do modelo e uniram-se aos demais profissionais e entidades da área de saúde no movimento antimanicomial, sendo parte importante nas discussões com a sociedade e no Congresso, que levaram à versão final da Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, buscando assegurar os direitos sociais e a cidadania das pessoas com transtornos mentais (JORGE; FRANÇA, 2001).

A aprovação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 conhecida como a Lei "Paulo Delgado" garante o tratamento, a liberdade e a substituição dos manicômios por serviços comunitários de saúde mental efetivou a reforma psiquiátrica brasileira e especifica que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

O artigo 6º do documento esclarece que a internação só será realizada com laudo médico circunstanciado que aponte os seus motivos e quais os tipos existentes dentro da nova política pública de saúde mental:

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. BRASIL, (2001)

A política de saúde mental se estrutura atualmente no Brasil em formato de Rede de Atenção Psicossocial, na qual o principal órgão é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No capítulo a seguir esses mecanismos serão abordados, além disso falaremos sobre como se dá o trabalho do assistente social na política de saúde mental.

3. A RAPS, O CAPS E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

3.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nesse contexto a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2017, foi alterada por meio da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017.

Trata-se de um arranjo institucional que consiste na implementação dos diferentes serviços e ações em saúde mental para que, de forma articulada com outros recursos intra e intersetoriais possam operar o cuidado em rede, buscando o alcance de intervenções potentes, capazes de responder às diferentes e complexas necessidades no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. O objetivo é que a rede seja a mais resolutiva possível no nível comunitário, dentro dos preceitos técnicos e científicos, respeitando os princípios éticos e os Direitos Humanos. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,8.

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 4º traz que: São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

O Ministério da Saúde elucida que a RAPS atua de forma integrada e é constituída por diversificados pontos de atenção para assegurar um cuidado contínuo e humanizado concentrado na reabilitação psicossocial e na restituição das pessoas acompanhadas ao convívio social promovendo a inclusão efetiva das mesmas:

Os atendimentos em saúde mental, são realizados na Atenção Primária

à Saúde (APS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que existem no país, onde o usuário recebe assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme a situação de cada pessoa. Em algumas modalidades desses serviços também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade. BRASIL. Ministério da Saúde.

Em outras palavras, a RAPS é um conjunto integrado de serviços de Saúde mental que visa promover o cuidado, a atenção e a proteção integral a pessoas portadoras de transtornos mentais. É uma rede multidisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que conta com diversas estratégias de intervenção, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, unidades de acolhimento e etc.

Trata-se de um conjunto de diferentes serviços e ações disponíveis nos territórios que, articulados, formam uma rede plural e integrada. Estes devem ser capazes de dar resposta às demandas e às necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022. p.10.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), a Rede de Atenção Psicossocial é fracionada em seis eixos e esses elementos fazem parte da rede, possuem variados serviços e ações, são complementares e semelhantemente relevantes, precisam ser desenvolvidos e revigorados. Os eixos são: Atenção Primária em Saúde, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

A RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura. BRASIL. Ministério da Saúde.

A Atenção Primária em Saúde é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Equipes de Saúde da Família (eSF) e, Equipes de Consultório na Rua (eCR). As Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família atuam como portas de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), por serem mais próximas da população, tendo em vista que, estão distribuídas pelos bairros das cidades, e tem o objetivo de conhecer precocemente os usuários que retratam algum indício de transtorno mental englobando os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Precisam

acolher e promover um atendimento humanizado, acompanhar e caso necessário encaminhar os cidadãos com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados. Assim como, tem a obrigação de desempenhar ações de promoção em saúde mental e prevenção. Nesse mesmo contexto, as Equipes de Consultório na Rua têm o fito de amplificar o acesso dessas pessoas ao cuidado em saúde, criar um vínculo, promover saúde, levando profissionais especializados ao alcance desses cidadãos com necessidades em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do SUS, ofertando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de agravos e a manutenção da saúde. A APS tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, incluindo os relacionados aos problemas em saúde mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,40.

Na Atenção Especializada estão: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (eMAES). Existem diversificados tipos de CAPS com diferenças relacionadas ao seu público-alvo, são serviços especializados em saúde mental com o foco na reinserção social e reabilitação de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializadas em Saúde Mental são formadas por um conjunto de profissionais de diferentes áreas da saúde que atuam fornecendo os cuidados necessários para os cidadãos em sofrimento psíquico. Psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros profissionais. Atuam nos CAPS, hospitais psiquiátricos, Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento 24 horas promovendo saúde, uma melhor qualidade de vida e a reintegração social desses usuários.

Os Centros de Atenção Psicossocial e as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental devem ser capazes de acompanhar os casos clínicos psicossociais de forma sistematizada, resolutiva, ética e responsável, em parceria com a APS, acionando a RUE quando necessário, a fim de evitar a necessidade de acesso à atenção hospitalar desnecessariamente. Os serviços devem seguir os protocolos clínicos e as linhas de cuidado publicadas e atualizadas pelo Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,44.

O eixo de Atenção às Urgências e Emergências é integrado pelas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Prontos Socorros (PS), Serviços de Atendimento

Móvel de Urgência (SAMU) e Salas de Estabilização. O SAMU tem a obrigação de atender as urgências e emergências em saúde, e especificamente, saúde mental de forma rápida e responsável.

Samu – são serviços de atendimento móvel, que devem atender às urgências em saúde, incluindo àquelas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, em conformidade com os protocolos: BC 28 e AC 39 – Manejo de crise em saúde mental, básico e avançado, respectivamente; BC 29 e AC 40, básico e avançado, respectivamente – Agitação e situação de violência; BC 30 e AC 41 – Intoxicação e abstinência alcoólica, básico e avançado, respectivamente; BC 31 – básico, Intoxicação por drogas estimulantes e BP 27 – básico, Contenção física e referenciar o paciente de acordo com o fluxo local. Deve-se fortalecer ações de capacitação técnica e avaliação de desempenho sobre o atendimento realizado aos usuários da saúde mental. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,23.

O Eixo Residencial e o Acolhimento Transitório são compostos pelas Unidades de Acolhimento (UA) e pelas Comunidades Terapêuticas (CT). As Unidades de Acolhimento são um recurso terapêutico destinado à pessoas de todas as idades e funcionam como uma moradia provisória para usuários de drogas em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial e socioeconômica. As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas sem fins lucrativos que integram a rede com o objetivo de recuperar seus acolhidos, a adesão é feita de forma voluntária e proporciona a recuperação e reinserção social dos seus usuários.

Os acolhidos nas Comunidades Terapêuticas devem passar por avaliação de equipe multidisciplinar que inclui o atendimento individual e familiar, bem como avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de álcool e outras drogas, ou de outras condições de saúde do usuário que necessitem de cuidado especializado e intensivo, que não esteja disponível em um serviço de saúde de atenção residencial transitória. O Plano Individual de Atendimento (PIA) deve ser desenvolvido pela Comunidade Terapêutica com a participação do acolhido, e pode contar com a parceria dos serviços de saúde mental de referência, com a equipe da atenção primária em saúde e com os serviços sócioassistenciais. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,26.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa de Volta Para Casa (PVC) são uma estratégia de desinstitucionalização e acolhimento das pessoas com transtornos mentais sem vínculos familiares e em extrema vulnerabilidade socioeconômica. O Serviço Residencial Terapêutico acolhe pessoas com transtornos mentais graves e egressos de longas internações, são moradias assistidas por uma

equipe de profissionais responsáveis pelos serviços comunitários e ambulatoriais. Já o Programa de Volta Para Casa, disponibilizam um auxílio de reabilitação psicossocial no valor de 500 reais, pago para o usuário, porém em caso da ineficiência de exercer a vida civil é destinado a um familiar responsável. É um programa para pacientes com históricos de longa internação psiquiátrica tencionando contribuir com sua reinserção social. Como está predisposto na Lei n.º 10.216/2001, que delibera em seu artigo 5º:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001)

No tópico a seguir detalharemos o papel e os tipos existentes dos Centros de Atenção Psicossocial dentro da rede de Atenção Psicossocial.

3.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de saúde que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem o propósito de fornecer atendimento a pessoas com transtornos mentais leves, severos e persistentes bem como, a dependência química através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Caps podem ser acionados pela Atenção Primária em Saúde, pelas Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde mental, por outros estabelecimentos e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da atenção hospitalar, serviços intersetoriais, controle social, e devem acolher também a demanda espontânea. São estabelecimentos estratégicos no âmbito da Raps, especialmente para os quadros mais graves e debilitantes, com tendência à cronicidade.
MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022.p,42.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) seu objetivo principal é atender a população que abrange um determinado território

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às

internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS visam: • prestar atendimento em regime de atenção diária; • gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; • promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; • dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); • regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; • coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; • manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. BRASIL, Ministério da saúde. 2004 p,13.

Conforme explica o Ministério da Saúde, o CAPS contém um instrumento nomeado de Projeto Terapêutico Singular que leva em conta as necessidades individuais do usuário na esfera familiar, social econômica e cultural. São diversificadas formas e condutas terapêuticas com ênfase na melhora da Saúde mental e sua reinserção social na comunidade e família. São múltiplas formas de atendimento, e caso necessário, todos podem ser feitos em domicílio. O atendimento intensivo é fornecido diariamente caso a pessoa estejam enfrentando intensas crises e em grave sofrimento psíquico. Já no semi-intensivo o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês e ele ocorre quando o paciente demonstra uma melhora das suas crises, entretanto, ainda precisa da ajuda profissional para recuperar sua autonomia. E na modalidade não intensiva é quando o usuário não precisa de ajuda profissional contínua, sendo assim, ele pode ser atendido até 3 dias por mês.

A depender do projeto terapêutico do usuário, o Caps deverá ofertar diversas ações de cuidado como atendimento individual médico, psicológico, do serviço social, da terapia ocupacional, bem como ações coletivas para organização psíquica do sujeito e ainda, ações voltadas para familiares e para a comunidade visando favorecer a inclusão sociofamiliar dos usuários. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022. p,15.

Existem diversificados tipos de Centros de Atenção Psicossocial, como o CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi, CAPS AD Álcool e Drogas, CAPS AD III Álcool e Drogas e o CAPS AD IV. Conforme exemplifica o Ministério da Saúde eles se diferenciam de acordo com ao porte e ao atendimento exercido individualmente.

Em relação ao porte, são distribuídos em quatro categorias: Caps I para população acima de 15 mil habitantes; Caps II, Caps i e Caps AD (todos do tipo II) para população acima de 70 mil habitantes; Caps III para

população acima de 150 mil habitantes; Caps III – 24 horas (Caps III, Caps AD III) para população acima de 150 mil habitantes e Caps IV – 24 horas (Caps AD IV) para capitais e municípios de mais de 500 mil habitantes. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022. p,15.

O Ministério da Saúde em 2015, confeccionou uma cartilha de orientação para a ampliação do Centros de Atenção Psicossocial na qual ele exemplifica acerca das modalidades e particularidades existentes dos CAPS:

O CAPS I, o CAPS II e o CAPS Álcool e Drogas acolhem pessoas de todas as idades com acentuados adoecimentos psíquicos consecutivos de distúrbios mentais graves e persistentes, englobando os problemas pertencentes ao uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras situações clínicas que dificultem os cidadãos de conseguir ter uma vida “normal” e digna. A distinção que perdura sobre eles está quanto ao número de habitantes que a cidade ou a região precisa ter para a sua construção. O CAPS I é construído em localidades que tenham acima de 15 mil habitantes, o CAPS II exige no mínimo 70 mil habitantes para funcionar, assim como, o CAPS Álcool e Drogas.

O CAPS III é instalado em municípios que possuem mais que 150 mil habitantes, ele recepciona usuários em sofrimento psíquico derivado de transtornos mentais persistentes incluindo distúrbios derivados do uso exacerbado de álcool e outras drogas, funciona todos os dias, 24 horas e podem ter até 5 leitos para proporcionar o acolhimento noturno.

O CAPS AD III assiste adultos, crianças e adolescentes com problemas de saúde mental concernentes ao uso danoso de álcool e outras drogas que precisam de um cuidado clínico contínuo, é 24 horas aberto e contém até 12 leitos para observação e monitoramento. É adequado para regiões acima de 150 mil habitantes.

Já o CAPS AD IV foi o último a ser instituído na política de saúde mental e por ser o mais recente é o menos conhecido, ele atende todas as faixas etárias, funciona 24 horas e é destinado a grandes capitais ou a municípios com mais de 500.000 habitantes. Instituído na Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017 o artigo 50 especifica que:

Art. 50-A Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV). Art. 50-B O CAPS AD IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

§ 1º O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.

§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

§ 4º O CAPS AD IV será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. BRASIL, 2017.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil é destinado para o tratamento somente de crianças e adolescentes com transtornos mentais e é indicado para cidades que tenham acima de 70 mil cidadãos. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é uma instituição de Saúde Mental, cujo local atua na promoção, prevenção e recuperação de crianças e adolescentes. A RAPS é um conjunto integrado de serviços de Saúde Mental que visa promover o cuidado, a atenção e a proteção integral a pessoas portadoras de transtornos mentais. A rede conta com diversas estratégias de intervenção, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, como o CAPSi.

A existência dos CAPS's deu maior visibilidade ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, como também deu um lugar de possível cuidado para esse público. O/A Assistente Social nesse espaço sócio-ocupacional busca transformar a realidade apresentada por meio de um olhar crítico, viabilizando os direitos dos/as usuários/as.

3.2.1 O CAPS Infanto-Juvenil

Durante a maior parte da história brasileira as políticas públicas para crianças e adolescentes foram direcionadas apenas a institucionalização nas esferas privada e pública, prevalecia o esquecimento das necessidades básicas apresentadas por crianças que viviam às margens da população sem quaisquer direitos respeitados.

O Estatuto da Criança e do Adolescente conhecido popularmente pela sigla ECA foi instituído na década de 90 pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e representou um passo muito importante na política de proteção das crianças que é uma pessoa com até doze anos de idade incompletos e aos adolescentes que a lei considera

até os 18 anos. A partir dessa legislação passaram a ser indivíduos protegidos pela lei e com direitos a serem respeitados.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem. [\(Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016\)](#). BRASIL, 1990.

O direito a vida e a saúde é um dos direitos fundamentais da criança e do adolescente e o estado em conjunto com a população deve assegurar que eles sejam respeitados.

Balizado pela doutrina da proteção integral, também entendida como um conjunto de medidas específicas de proteção, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos aos adolescentes que praticam ato infracional e sobre os quais podem incidir medidas socioeducativas. Em todas elas resguardam-se o cunho educacional e a importância da preservação de vínculos sociais e comunitários dos adolescentes, além da garantia de direitos fundamentais e do acesso a bens socioculturais, de convivência familiar, respeito e dignidade, de que são titulares. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

Em virtude dos fatos mencionados e levando em consideração o ECA de 1990, assim como, a lei 10.216 de 2001, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) é uma das unidades de saúde mental que oferece atendimento ambulatorial, acolhimento, oficinas terapêuticas, com o intuito de prevenir os transtornos mentais de crianças e adolescentes e tratar aqueles que possuem um diagnóstico. É especificamente destinado para crianças e adolescentes com problemas emocionais e psicológicos, buscando favorecer a inclusão social e fortalecer os vínculos familiares. A existência dos CAPSi's, particularmente, deu maior visibilidade ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, como também deu um lugar possível de cuidado para esse público. Questão que, foi ignorada por bastante tempo pela área da saúde.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente.

Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil. BRASIL, Ministério da Saúde. p,23.2004

O funcionamento do CAPSi ocorre durante cinco dias úteis da semana e a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde, 2022 contém: um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação na área de saúde mental. Requer minimamente outros quatro profissionais com ensino superior completo e podem ser: assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, fonoaudiólogo, entre outros profissionais. Com o nível de ensino médio o CAPSi requisita cinco ou mais profissionais que podem variar entre: técnico de enfermagem, técnico administrativo, artesão ou o técnico educacional e como designa o Ministério da Saúde (2014), as equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento Infanto-Juvenil.

Não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras). Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento. BRASIL,2014. p, 24.

A existência dos CAPSi's, particularmente, deu maior visibilidade ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, como também deu um lugar possível de cuidado para esse público. Questão que, foi ignorada por bastante tempo pela área da saúde.

4. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS INFANTO-JUVENIL

A atuação do Serviço Social no CAPSi se dá através de formulação e implementação de propostas que contribuam com a cidadania dos cidadãos que dessa instituição necessitem. Trabalhando na perspectiva do acolhimento e na viabilização de direitos, compreende-se que a/o Assistente Social atua no enfrentamento às diversas expressões da Questão Social ligadas ao adoecimento mental, sofrimento emocional e uso/abuso de drogas – uma vez que casos dessa espécie frequentemente chegam ao CAPSi. Essas expressões são verificadas pelo Assistente Social demandado pela Saúde Mental a partir da exclusão social dos usuários em sofrimento psíquico, tais como: estigmatização que enfrentam diariamente, privação de seu convívio social, assim como também a não inserção nas redes intersetoriais.

O Serviço Social orienta a atuação numa perspectiva de fortalecimento da rede social e da coletividade dos sujeitos, permitindo a otimização dos serviços a partir do oferecimento da assistência integral. A noção de integralidade na saúde mental pressupõe a não fragmentação do usuário com transtorno mental apenas em suas queixas, mas sim da utilização da rede e dos serviços intersetoriais, por usuários e familiares, no sentido de potencialização da rede como um recurso de assistência em saúde. ROSA, 2008.p,119.

A construção de um modelo de atenção descentralizado, no qual o manicômio não é o dispositivo central da rede de serviços, demanda cada vez mais a necessidade de profissionais comprometidos com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, potencialmente capazes de contribuir para a materialização da política de saúde mental. Portanto, importa-nos que a reforma da psiquiatria significou a problematização social de saberes até então cristalizados, avançando na direção de reconhecimento da reabilitação social do indivíduo, promovendo uma atenção à saúde integralizada à seguridade social, buscando a efetivação da cidadania do PESSOA COM SAÚDE MENTAL VULNERÁVEL e instrumentalizar a atenção psicossocial a este segmento (AZEVEDO DM e SANTOS AT, 2012 apud ARAUJO,2020,p.2).

O novo modelo de saúde mental mediante recusa ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença, impôs um movimento de reconstrução de sua complexidade e fez com que o trabalho em equipe assumisse uma nova direção. Para tal, a Reforma Psiquiátrica evidenciou o campo de atenção psicossocial como um espaço sócioocupacional interdisciplinar¹⁴, onde a conjugação do saber

das diversas áreas do conhecimento é essencial para a melhoria no tratamento dos usuários. Isso trouxe consigo a necessidade do profissional definir quais as atribuições privativas de sua profissão na instituição. Desta forma, por o Serviço Social se configurar como um modelo de atuação ascendente no âmbito da saúde mental, este se tornou relevante recorrer a uma trajetória histórica acerca da atuação deste profissional dentro dessa área. Dentro desse novo espaço fica evidente o objeto do trabalho – uma das expressões da questão social – , aqui entendido como um plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania, entre outros relativos aos usuários dos serviços dessa área. Souza, Silva e Mota, 2011. p,21.

Segundo FALEIROS, 2011 a reforma psiquiátrica se aproxima do processo de reconceituação do Serviço Social na década de 90, tendo em vista que, tinham objetivos parecidos como por exemplo: reorganizar as políticas públicas sociais. No que tange o Serviço Social, a profissão de Assistente Social apresenta uma mudança para a linha de pensamento marxiana, em um sentido contrário aos ideais tradicionais e conservadoras.

O movimento de Reconceituação, tal como se expressou em sua tônica dominante na América Latina representou um marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do serviço social no continente. O exame da primeira aproximação do serviço Social latino-americano a tradição marxista se impõe como um contraponto necessário a análise do debate brasileiro contemporâneo. O propósito é tão-somente situar aquele movimento na sua gênese tendo em vista analisar posteriormente o tipo de relação com ele estabelecida pela produção brasileira do Serviço Social nos anos 1980. Preliminarmente, deve ser salientado que o movimento de Reconceituação do Serviço Social- emergindo da metade dos anos 1960 e prolongando-se por uma década - foi, na sua especificidade, um fenômeno tipicamente latino-americano dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional. IAMAMOTO.2000. p, 205.

A lei número 8.742 de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social e o artigo primeiro assegura que a assistência social é um direito de todo e qualquer cidadão e é dever do Estado garantir o acesso a ela. A lei designa também que, esse direito faz parte da Seguridade Social não contributiva e é realizada através de um conjunto de ações que envolvem a iniciativa pública e a sociedade com o fito de suprir o atendimento às necessidades básicas de quem dela necessita, sem preconceitos.

São estes parâmetros que balizam a defesa da Seguridade Social, entendendo que esta deve incluir todos os direitos sociais previstos no

artigo 60 da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência, alimentação e Assistência Social) de modo a conformar um amplo sistema de proteção social, que possa responder e propiciar mudanças nas perversas condições econômicas e sociais dos/as cidadãos/ãs brasileiros/ as. A Seguridade Social deve pautar-se pelos princípios da universalização, da qualificação legal e legítima das políticas sociais como direito, do comprometimento e dever do Estado, do orçamento redistributivo e da estruturação radicalmente democrática, descentralizada e participativa. CFESS,2007.p,14.

De acordo com Adelina Araújo o SUS trouxe novas mudanças que muda o cenário de saúde do Brasil tornando-o mais acessível e igualitário.

A partir dos anos 90, com a implementação do SUS, mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto aos processos de trabalho. A atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos. Araújo, Adelina, 2020. p,3.

O artigo 2º da Lei número 8.742 de 7 de dezembro de 1993, destaca os objetivos da LOAS que são: garantir a proteção social, o amparo e a redução de danos: na família, na maternidade, na infância e adolescência assim como, durante a velhice. Assegura um benefício mensal no valor de um salário-mínimo para a pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não ter como se manter financeiramente, e objetiva promover um país mais justo onde todos consigam ter acesso aos direitos socioassistenciais.

Art. 6º-A. A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção: I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. BRASIL,1993.

O código de ética do assistente social foi instituído pela Lei 8.662/93 e no artigo

2º ele assegura que são direitos do assistente social:

- a) A garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) O livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) A participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. CFESS,1993.

:

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º estabelece:

Art. 3º - São deveres do/a assistente social:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades CFESS,1993.

O Artigo 4º da Lei nº 8.662/93 que dispõe sobre o exercício da profissão do Assistente Social, designa as competências do Assistente Social que são:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Costa (2017.p,12) descreve “O assistente social tem o papel de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e as efetivar, a partir de demandas emergentes no cotidiano, através da intervenção do Estado, via políticas sociais.”

Conforme os autores MOTA e RODRIGUES, 2016 o assistente social é um profissional com o objetivo de promover a cidadania e por isso, deve atuar em movimentos sociais e na saúde mental contribuindo para a construção de uma sociedade mais igualitária e justa.

O assistente social, valorizador de seu projeto ético político, tem em vista articular suas ações numa finalidade de permitir a cidadania. Compreende-se assim que este profissional deve atuar, na saúde mental, de acordo com o caráter de mobilização rumo à construção de uma nova ordem societária, desenvolvendo seu ativismo político, sua dinâmica de atuação e também utilizando sua criatividade para sugerir alternativas, transpondo barreiras que possam vir a ser impostas. Nesta perspectiva, não deixa de ser um desafio que o assistente social consiga participar ativamente de movimentos sociais e de controle social, além do planejamento das políticas, tendo em vista que a prática deve ser efetivada de modo a abranger todas as suas dimensões. MOTA, RODRIGUES, 2016.p,654.

Ainda segundo MOTA e RODRIGUES, 2016,p, 664 o Assistente Social nos

Centros de Atenção Psicossocial desempenha atividades como acolhimento, visitas domiciliares e institucionais, lidera grupos sobre direitos sociais e noções de cidadania com os usuários, faz o atendimento específico as famílias usuários dos serviços de saúde mental, que também pode ocorrer em grupos, assembleias com usuários e a elaboração de relatórios e pareceres sociais.

A visita domiciliar, por exemplo, é necessária para viabilizar a identificação da situação demandada por usuários e familiares à instituição e compreende o registro das informações, dos fatores socioeconômicos, bem como dos aspectos da dinâmica familiar, que possam dificultar a continuidade do tratamento dos usuários no Caps. O conteúdo da visita é socializado em livros da equipe multiprofissional e também no prontuário do usuário. Desta forma, os profissionais passam a ter uma maior apropriação para atuar diante de situações específicas referentes ao processo de cuidado dos sujeitos participantes do Caps. MOTA, RODRIGUES, 2016.p,666.

O Serviço Social é uma profissão que atua nas refrações da questão social através da intervenção do Estado via políticas públicas. Questão Social é o conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade. Entendemos as desigualdades sociais, não como desigualdade entre “pobres e ricos”, mas como desigualdade em sua gênese, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade; desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação e exclusão social (IAMAMOTO, 2008 apud COSTA, 2017).

Ainda como exemplifica a autora “a insistência na questão social está em que ela conforma a matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho, partícipe de um processo de trabalho” (idem pag. 13). O trabalho como elemento fundante do ser social, é a atividade fundamental do homem, enquanto indivíduo pensante. Pensar o Serviço Social como trabalho, é o primeiro passo para a análise da prática profissional.

COSTA, 2017 afirma que o assistente social na saúde mental efetiva sobre as expressões da questão social que se retratam a partir da exclusão da pessoa portadora de algum tipo de transtorno psíquico que alterem o seu sistema produtivo e seu convívio em sociedade. As atuações do profissional do serviço social concernem a natureza da profissão, atuando em conjunto à equipe interdisciplinar na viabilização dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o usuário e sua família.

O Serviço Social, com seu saber interventivo nas expressões da questão social, se depara, muitas vezes, com situações de extrema vulnerabilidade. E no campo de intervenção da saúde mental, mais especificamente nos Caps, as decisões são tomadas pela equipe de profissionais, percebendo-se uma disputa político-ideológica entre os diversos saberes que repercutem na operacionalização das ações desenvolvidas na instituição. O modelo biomédico é ainda hegemônico no SUS e o Serviço Social tem o papel de problematizar as discussões com vistas às garantias de direitos sociais aos usuários. MOTA, RODRIGUES, 2016.p,661

O Conselho Federal de Serviço Social- CFESS no ano de 2010 publicou um documento intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde” com o objetivo de referenciar e nortear a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, incluindo, a saúde mental. Designa que nas equipes de saúde mental, o profissional do serviço social precisa contribuir para que a reforma psiquiátrica efetue seu projeto ético político.

Nessa direção, os profissionais de serviço social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente as requisições da reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios. ROBAINA, 2009 apud CFESS, 2010.p, 41.

O Assistente Social atua mitigando os impactos nocivos das desigualdades sociais geradas pelo conseqüente modelo capitalista. É um profissional que atua viabilizando os direitos e promovendo uma sociedade mais justa e igualitária, e que integra as equipes multiprofissionais do serviço de saúde mental, como por exemplo as do Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi).

Segundo Appel, Nicolle (2017p,2), a atuação do assistente social tem crescido nos últimos anos e o profissional que atua nessa área lidar cotidianamente com as mais diversificadas formas de exclusão social dos usuários.

A Saúde Mental tem sido um desses espaços que vem ampliando a atuação do Serviço Social, onde o maior desafio que o profissional enfrenta frente às expressões da Questão Social, são as diversas formas de violação de direitos sociais. As expressões da Questão Social na

Saúde Mental são vivenciadas na exclusão social dos usuários com transtorno mental, inviabilização dos direitos sociais, privação de seu convívio social. Appel, Nicolle. 2017p,2.

O CAPSi é um importante dispositivo de saúde pública que possui um valor estratégico para a humanização do atendimento em Saúde Mental. Portanto, é importante destacar que a instituição não busca apenas emitir diagnóstico, receita médica ou acompanhamento por parte do profissional da medicina, mas também possui a função de preservar e fortalecer os laços sociais e familiares, desenvolvimento da autonomia e cidadania, através de ações de programas sociais desenvolvidos pela instituição.

O Serviço Social, atua nessas circunstâncias, formulando e implementando propostas que contribuam com a cidadania dos cidadãos que dessa instituição necessitem. Trabalhando na perspectiva do acolhimento e na garantia de direitos. Direitos esses assegurados pela Constituição Federal de 1988. É importante enfatizar, que o serviço está em articulação com a rede de proteção social, com o objetivo de garantir um tratamento digno a população usuária. A intersetorialidade aqui mencionada “é um quesito primordial na intervenção com os usuários, muito importante no trabalho em Saúde Mental, sendo a articulação dos outros setores no acesso as políticas sociais públicas para o atendimento das necessidades dos usuários.” (APPEL, 2017)

Como metodologia de trabalho, na busca de transformar a natureza da realidade apresentada, os Assistentes Sociais utilizam alguns instrumentos, tais como: Escuta sensível, Visita domiciliar, Observação, Entrevista, Olhar crítico Sensível, Estudo Social e Diagnóstico Social. (APPEL, 2017,p.8). Esses instrumentais contribuam para a identificação de necessidades socioassistenciais para assim proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos.

Sendo assim, o Assistente Social é um profissional que busca visualizar e apresentar o usuário como um indivíduo detentor de direitos. Por isso é fundamental que o profissional esteja preparado para as mais variadas demandas que venham a surgir na instituição. Contudo, vale ressaltar que a falta de investimento no serviço, assim como a alta demanda de usuários e a falta de profissionais nessas instituições para a realização dos atendimentos, como também a não conscientização dos pais desses usuários com atenção à saúde mental das crianças e adolescentes que por vezes não dão continuidade no tratamento, sejam grandes empecilhos para a atuação dos Assistentes Sociais no serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é um local destinado para o tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico é um serviço que promove o cuidado, a atenção e a proteção integral dos usuários em conjunto com a família. Oferece atendimento ambulatorial, acolhimento, oficinas terapêuticas, com o intuito de tratar os usuários reinserindo eles na comunidade e na família. é uma conquista não somente enquanto direito a saúde, mas também, como um direito imprescindível da criança e do adolescente que consta no Estatuto da criança e do adolescente (ECA) que foi instituído na década de 90 e é essencial na luta a favor dos direitos da criança e do adolescente.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída em 2011, com o objetivo de cuidar e reinserir as pessoas com transtornos mentais na comunidade e na família ela funciona em rede, como um conjunto integrado de saúde e saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto - Juvenil (CAPSi) é um deles.

O trabalho do assistente social é pautado na perspectiva do acolhimento e na garantia dos direitos promovendo saúde e cidadania fortalecendo os vínculos e a reinserção social. A atuação desse profissional que é feita em conjunto com uma equipe multidisciplinar composta por: médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas, farmacêuticos entre outros profissionais não se esgota somente no que foi descrito no decorrer do trabalho, tendo em vista que, existem fatores e situações na prática da realidade profissional que não cabem nas leis, instrumentais, documentos e manuais.

Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar de perto a prática profissional de um assistente social na equipe de um CAPSi e observei as diversas dificuldades enfrentadas pelos profissionais do serviço: a constante precariedade, a ausência de estrutura física, a sobrecarga, falta de preparo de alguns da equipe que não conhecem a política de saúde mental o suficiente para estar atuando nela e muito menos de compreender a importância de um assistente social dentro do serviço.

Pude compreender como a pobreza se associa a dificuldade do tratamento pois muitas famílias não compareciam nas terapias por falta de transporte. Entre as diversas dificuldades enfrentadas, uma grande parte das famílias usuárias não tinham o conhecimento sobre o CAPSi e sobre como ele funciona e essa falta de informação muita das vezes, se torna um empecilho para o tratamento dos usuários, fator que

ressalta a importancia de se aumentar os canais de informacao sobre a saúde mental e levar ela a quem mais necessita, promovendo assim, saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Symara et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. *INTESA* (Pombal - PB - Brasil) v. 9, n. 1, p. 85-90, Jan.-Jun., 2015. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco basaglia. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 1,61-77, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

_____. *Pessoa com problemas mentais pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/pessoa_com_problemas_mentais-pela-vida-trajetoria-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

_____. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1995.v11n3/491-494/pt>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção**. IN: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas – Um século de reforma e revolução, 2017, São Luís. Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017. V. 1. P. 1-12. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em 07 de Junho de 2023.

ARAÚJO, A. O trabalho do assistente social na saúde mental: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Brasília, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4250.2020> Acesso em: 17 de Setembro de 2024.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVEDO DM, SANTOS AT. **Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica**. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* (online), 2012; 4(4), 3006-3014. Acesso em: 17 de Setembro de 2024.

BRASIL, REPÚBLICA FEDERATIVA DO. Decreto Nº 82, de 18 de Julho de 1841. Dispõe sobre a fundação do Hospício Dom Pedro II. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1841, Página 49 Vol. pt II (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em 09 de Agosto de 2024.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 09 de Junho de 2023.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 de setembro de 2024.

LEI N° 8.142/90.
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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm . Acesso em: 04 de setembro de 2024.

Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas “Atualizado em 13.3.1993, com alterações intraduzidas pelas Resoluções CFESS n.290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. 1.ASSUNTO I. Título. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: l10216.htm. Acesso em 06 de Junho de 2023.

Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em 09 de Agosto de 2024. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 2011; 23 dez. Acesso em 06 de Junho de 2023.

Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 60 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf . Acesso em: 12 de setembro de 2024.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

file:///C:/Users/CAMILA/Downloads/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 16 de agosto de 2024.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO 2017. *Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html | Acesso em: 10 de setembro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 52 p. : il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 09 de setembro de 2024 World Wide Web:

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em :04 de setembro de 2024.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIOS DA SAÚDE (CCMS). "Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução". 2014. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php>. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº273/93. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. 13 de março de 1993.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2007. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2010. Disponível em:

https://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

COSTA, Camilla Mol Santos. Serviço social e saúde mental : uma reflexão sobre o trabalho do assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil - CAPSi. 2017. 79 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2017. Disponível em: <http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1158> Acesso em: 17 de setembro de 2024.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2011.

FOUCAULT, Michel. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOUVEIA, M. & ZANELLO, V. (2018). Saúde mental e racismo contra negros: Produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. Psicologia: Ciência e Profissão, 38(3), 450-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

IAMAMOTO, Marilda V; CARVALHO. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

JORGE, M.; FRANÇA, J. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n.1, p 3-6, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000100002>. Acesso em: 6 de setembro de 2024.

LEMLE, M. O primeiro hospício do Brasil e o controle social no fim do século XIX. SciELO em Perspectiva: Humanas. [viewed 04 November 2016]. Available from: <http://humanas.blog.scielo.org/blog/2016/10/28/o-primeiro-hospicio-do-brasil-e-o-controle-social-no-fim-do-seculo-xix/>

Fonte: [SciELO em Perspectiva – Humanas](https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-primeiro-hospicio-do-brasil-e-o-controle-social-no-fim-do-seculo-xix/). Disponível em: <https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-primeiro-hospicio-do-brasil-e-o-controle-social-no-fim-do-seculo-xix/>. Acesso em 09 de Agosto de 2024.

MOTA, M. L; RODRIGUES, C. M. B. Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa. Pobreza e saúde mental: uma análise psicossocial a partir da perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2013. 152f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1217.pdf>. Acesso em: 25.jul.2024

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pobreza**. 2019. Disponível em: <https://unric.org/pt/eliminar-a-pobreza/>. Acesso em: 25.jul.2024

ROSA, L. Transtorno mental e o cuidado na família. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOUZA, SILVA E MOTA. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: o exercício profissional do assistente social no caps i/ad vida em Aracajú/SE. São Cristóvão/ SE, 211.

STEPAN, NL. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 330-391. Disponível em: <file:///C:/Users/CAMILA/Downloads/hochman-9788575413111-11.pdf> Acesso em: 10 de setembro de 2024.

TEIXEIRA, M.O.L.; RAMOS, F.A.DE C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, jun.2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CDJLGj8ZFKZgdwcSHMwN4LQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 09 de Agosto de 2024.