

Universidade Federal do Pampa

**TRABALHO DE CONCLUSÃO
DE CURSO**

**EDUCAR PARA PREVENIR: UMA REFLEXÃO SOBRE
A SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA DOENÇA
MENTAL**

**Acadêmica: Flávia Pazuch Pinto
Orientador: Prof. Me. Jocenir de Oliveira Silva**

**SÃO BORJA/RS
2014**

FLÁVIA PAZUCH PINTO

Trabalho de Conclusão de curso apresentado no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. Jocenir Oliveira da Silva

SÃO BORJA

2014

FLÁVIA PAZUCH PINTO

Trabalho de Conclusão de curso apresentado no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 27 de Março de 2014.

Banca examinadora:

Prof. Ms. Jocenir de Oliveira Silva
(Serviço Social/ graduação) – UNIPAMPA

Prof. Ms. José Wesley Ferreira
(Serviço Social/ graduação) - UNIPAMPA

Prof^a. Dr^a. Jaina Raqueli Pedersen
(Serviço Social/ graduação) - UNIPAMPA

Agradecimento

Primeiramente agradeço a Deus por me fazer filha da providência divina, mantendo-me assim sempre firme em meus caminhos e colocando em minha vida tantas pessoas maravilhosas as quais quero agradecer neste momento.

A minha família por terem estado do meu lado durante os momentos mais difíceis e pelo sacrifício que fizeram para que eu chegasse até aqui.

Agradeço aos professores Jocenir e José Weslei e em especial a professora Jaina Raqueli Pedersen por ter sido mais que uma mestra e sim uma amiga a qual confiei minha história e dividi muitos momentos de angústia.

Aos colegas Vanessa Gomes por ter me ajudado nos meus primeiros passos acadêmicos, a turma do arrepio Tiago Goia da Rocha, Clara Caroline Barreto de Carvalho Maicon Minho, Priscila Amaral e Clarissa de Paula pelos momentos inesquecíveis de superação que passamos juntos.

A minha querida amiga Aline Nolibos por ter me dado a oportunidade de aprender com ela, que antes de ser profissionais devemos ser humanos, só assim poderemos fazer a diferença.

E aos queridos amigos Liana Nolibos e Filipe Kirinus que contribuíram na realização de uma etapa tão importante que foi o Estágio supervisionado ao lado de uma pessoa tão especial que é Aline.

A toda a equipe do CAPS I, Dr. Caio Escobar pela receptividade e acolhimento em especial, Denise Mariano da Rocha pelo carinho e confiança que depositou em mim além de ser esta mulher sensacional que nos faz querer ser como ela.

A minha irmã Giana e meu irmão do coração Rodrigo Mendonça por terem me dado o empurrão inicial e se muitas vezes quis desistir, saibam que por vocês eu segui a diante.

A minha querida Lins Robalo pelas vezes que me ajudaste e por ser para mim uma inspiração.

Aos amigos que em muitos momentos não pude estar junto em especial Manoel Antonio Pedebôs pelos tantos momentos que estivestes ao meu lado durante esta caminhada.

Ao meu querido Leandro Goia Fontela pelas infinitas vezes que tu me fez acreditar em mim e pelos tantos refrescos repartidos.

Ao meu querido amigo Ronaldo Colvero por ter acreditado em mim sempre.

Por fim ao meu filho João Davi por ter ser o motivo principal pelo qual batalhei, a você dedico este trabalho e a minha vontade de crescer na vida.

- Se você conhecesse o Tempo tão bem quanto eu conheço, disse o Chapeleiro, você não falaria em gastá-lo, como uma coisa. Ele é alguém.

- Não sei o que você quer dizer, disse Alice.

- É claro que você não sabe! Disse o Chapeleiro, inclinando a cabeça com desdém.

- Eu diria até mesmo que você nunca falou com o Tempo!

- Talvez não, respondeu Alice com cautela, mas sei que devo marcar o tempo quando aprendo música.

- Ah! Isso explica tudo! Disse o Chapeleiro. Ele não suporta ser marcado. Agora, se você mantivesse com ele boas relações, ele faria qualquer coisa que você quisesse com o relógio.

Chapeleiro- você acha que estou ficando louco?

Alice- Sim, você é louco, pirado completamente maluco, mas vou te contar um segredo, as melhores pessoas são assim.

(Lewis Carrol. Alice no País das Maravilhas)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo problematizar sobre o processo de intervenção do Assistente Social no âmbito da saúde mental, a partir do CAPS I Dr. Caio Escobar, na cidade de São Borja. A síntese da experiência se deu por meio de uma reflexão teórica-prática, partindo das vivências de estágio I e II, processo obrigatório de graduação no curso de Serviço Social e realizado no CAPS supracitado. As experiências vivenciadas durante o período de estágio supervisionado I e II foram tomadas como campo de análise, por terem permitido interrogar e pensar o agir do Assistente Social no CAPS I, além de despertar curiosidades voltadas para a área da saúde mental e suas particularidades no município. Dentre os assuntos abordados, o foco do debate será a sexualidade da pessoa com doença mental na perspectiva de um direito violado. Neste contexto será feito um debate acerca da doença mental na vida dos usuários e familiares, bem como a estigmatização do doente mental dentro de seu contexto social. Também serão abordados os processos de inclusão social dos usuários dos serviços ofertados pelo CAPS I e a contribuição do profissional Assistente Social para a realização de tais processos. O trabalho terá foco no relato de experiência como estagiária e no projeto de intervenção que foi desenvolvido durante o estágio.

Palavras-Chave: Serviço Social; Sexualidade; Saúde Mental.

ABSTRACT

The present work has as objective to problematize about the intervention process of the Social Worker in the extent of mental health, from Dr. Caio Escobar CAPS I (brazilian abbreviation to psychosocial reference center number one), in São Borja city. The synthesis of the experience happened through a theoretical-practice reflection, coming from experienced traineeship I and II, obligatory process on graduation in Social Work course and realized on the foregoing CAPS. The experiences along supervised traineeship I and II period were taken as analysis field, once they allowed to interrogate and think the working process of the Social Worker on CAPS I, beyond arousing curiosities concerned to the mental health area and it's particularities in the city. Inside the broach subjects, the debate emphasis will be about the mental sick person's sexuality in perspective of a violated right. In this matter a debate will be held concerning the mental illness in the user's and relative's lives, as well as the branding of the mental sick inside their social context. It will also be broach the social inclusion process of the users from the offered services in CAPS I and the contribution of the Social Worker to the fulfillment of such processes. The research will have emphasis on the experience account as a probationer and in intervention project which has been developed during the traineeship.

Key-words: Social Work; Sexuality; Mental Health.

Lista de Abreviaturas e Siglas

BPC- Benefício de Prestação Continuada
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CCHR- Comissão dos Cidadãos Para os Direitos Humanos
CNS- Conferência Nacional de Saúde
DSM- Diagnósticos em Saúde Mental
DSTs- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF- estratégia de Saúde da Família
EUA- estados Unidos da America
FCES- Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica Social
MTSM- Movimento dos Trabalhadores Em Saúde Mental
NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS- Organização Mundial de Saúde
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF- Programa de Saúde da Família
SRTs- Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
2 - DOENÇA MENTAL E O ESTIGMA HISTORICAMENTE ATRIBUÍDO	15
2.1 - A Atenção a Saúde Mental no Brasil.....	23
2.2 - A Saúde Mental na Atenção Básica:	29
3. SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS OFERTADOS À POPULAÇÃO:	34
3.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)	34
3.2 Programa de Volta para Casa	36
3.3 Centro De Atenção Psicossocial (CAPS)	39
3.3.1 atividades terapêuticas que o CAPS oferece	40
4 - CAPS I DR. CAIO ESCOBAR DE SÃO BORJA: HISTÓRICO E ESTRUTURA	
GERAL.....	39
4.1 - Objetivos da Instituição	43
4.2 - Serviços Prestados	44
4.3 - Recursos Institucionais:	46
4.4 - Perfil da População Usuária Do Caps I de São Borja	46
4.5 - O Serviço Social na Instituição:.....	49
4.6 - Demandas e Expressões da Questão Social:	49
5- A SEXUALIDADE COMO DIREITO DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL.....	55
5.1 - Esquizofrenia:	55
5.2 - Sexualidade e esquizofrenia:	57
6 – EDUCAR PARA: UM RELATO A PARTIR DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	64
6.1 – Objetivos do projeto:	67
6.2 - Metodologia:.....	67
6.3 - Limites e possibilidades na intervenção sobre a sexualidade no CAPS I	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS:	74

1- INTRODUÇÃO

O tema escolhido para desenvolver este trabalho traz os relatos das experiências vividas durante os períodos de estágio supervisionado um e dois, que se realizou no CAPS I Dr. Caio Escobar, na cidade de São Borja, e que tem por objetivo atender as demandas das pessoas com doenças mentais graves e moderadas. Os atendimentos são realizados através de um ambiente terapêutico acolhedor, contando com a presença de uma equipe de profissionais composta por: 1 (um) enfermeiro(a), 1 (um) técnico de enfermagem, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) clínico geral, 1 (um) psicólogo(a), 1 (um) Assistente Social, 1 (um) Terapeuta ocupacional, 1 (um) artesã, 2 (dois) monitores, 1 (um) cozinheira, e 1 (um) profissional em serviços gerais.

O CAPS I Dr. Caio Escobar oferece atendimento aos usuários e suas famílias através de ações que contam com acompanhamento clínico e projetos de reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários: é um serviço da saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos.

Durante o período de inserção no CAPS I Dr. Caio Escobar, observou-se diante dos serviços prestados pela instituição uma lacuna que tem grande relevância em ser trabalhada. Trata-se da demanda relacionada à questão da sexualidade e educação sexual dos usuários do CAPS I, já que a instituição apresenta um número significativo de usuários que têm uma vida sexual ativa, além de apresentar casos de usuários vítimas de abuso sexual e o perigo eminente de contágios com as DSTs.

Para dar conta de cobrir esta lacuna, desenvolveu-se um projeto de intervenção que tem por finalidade trabalhar a educação sexual com os usuários, na busca por prevenir e promover a saúde como garantia de direito à todos os cidadãos, como está previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Para se chegar ao reconhecimento desta demanda realizou-se uma análise da realidade concreta dos usuários, utilizando-se do método dialético crítico para apropriar-se das categorias que emanam da realidade, levando em conta as particularidades da doença de cada indivíduo dentro de determinado contexto social.

Fez-se necessário entender a doença mental antes e depois do surgimento dos CAPS em um contexto histórico cultural, assim como seus processos de tratamento desde a institucionalização do paciente até a reforma psiquiátrica. Cabe refletir sobre quais as mudanças ocorridas e como o profissional de Serviço Social contribuiu e vem contribuindo para este processo. A importância deste trabalho está implicada na possibilidade de contribuir para o meio acadêmico, possibilitando que outros estagiários que venham a inserir-se neste campo se utilizem destas informações para facilitar sua integração com a instituição, e possam ter ao menos uma noção da realidade dos usuários e sua relação com a questão social. Este trabalho apresenta importância também para a própria instituição, em resgatar seu processo histórico e utilizar-se do mesmo para encontrar possíveis possibilidades de mudanças que venham a acrescentar na melhoria dos serviços prestados à população pela instituição.

A metodologia utilizada para desenvolver este trabalho partiu do Método Dialético-Crítico, que traz à luz ações a partir do método dialético crítico de compreensão e intervenção na realidade. Na dialética marxista, a teoria está aliada à prática, pois é da prática que surge o conhecimento, fazendo o movimento dialético de ir à teoria e voltar até ela, compondo assim a práxis. Esse movimento possibilita ao Assistente Social uma forma de desvendar a realidade dos seus usuários, para fins de atuar na mediação de determinadas situações sociais. Segundo KOSIK:

Portanto a realidade não se apresenta aos homens a primeira vista, sob o aspecto de um objeto que cumpre intuir, analisar e compreender teoricamente cujo o pólo oposto e complementar seja justamente o abstrato sujeito cognoscente que existe fora do mundo e apartado do mundo; apresenta-se como o campo em que se exercita a sua atividade pratico-sensível, sobre o cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade (KOSIK. 2002, p.14).

Trata-se da superação da realidade em si, posta em um movimento que busca a essência real das situações cotidianas apresentadas no fazer profissional do Assistente Social. Desse modo, apropriando-se do trabalho do Assistente Social no CAPS I Dr Caio Escobar e tendo conhecimento de suas particularidades, tornou-se possível realizar uma reflexão acerca da apreensão do conhecimento gerado durante o período do estágio supervisionado especialmente pautado no amadurecimento acadêmico. Esta reflexão é feita à luz do método dialético crítico,

apoiado pelo projeto ético político do Serviço Social, que é constituído pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, pela Lei de Regulamentação da Profissão, e pelas Diretrizes Curriculares da ABEPS para a Formação Profissional (1996).

Tendo como base a experiência vivenciada no Estágio Supervisionado I e II, teve-se clareza da relação entre teoria e prática para a realização de uma intervenção profissional de forma pensada e elaborada, que possa contribuir no resultado do trabalho profissional perante os usuários que utilizam este instrumental. Segundo TRIVIÑOS:

Análise do fenômeno, isto é, a penetração na dimensão abstrata do mesmo. Observam-se os elementos ou partes que o integram. Estabelecem-se as relações sócio históricas do fenômeno. Elaboram-se juízos, raciocínios, conceitos sobre o objeto. Aprecia-se sua situação no tempo e no espaço. Determina-se estatisticamente, amostragem que possa ser representativa da circunstancia nas quais se apresenta a realidade do fenômeno. Fixam-se os tratamentos estatísticos e tratamento dos dados. Elaboram-se e aplicam-se diferentes tipos de instrumentos para reunir informações (questionários, entrevistas, observações, etc.). Determinam-se os traços quantitativos dos fenômenos (TRIVIÑOS. 1987, p.74).

A partir do estudo e das vivências, se tornou possível entender o movimento do método dialético crítico dentro das situações apresentadas pelos usuários do CAPS I e no cotidiano do trabalho do Assistente Social, auxiliando a criar uma nitidez da apropriação dos fenômenos sociais como um todo e possibilitando a realização de uma articulação entre teoria e prática a fim de desenvolver possíveis estratégias de mediação perante o enfrentamento das mais diversas situações. Entender a realidade concreta das situações apresentadas pelos usuários do CAPS I foi fundamental para entender a relação entre a realidade social dos indivíduos e sua relação com o referencial teórico utilizado pelo Assistente Social no momento de realizar sua intervenção.

Deste modo, possibilitou-se uma rica experiência relacionada à particularidade do agir profissional do Assistente Social em um CAPS I, tanto na intervenção da questão social quanto na relação com a instituição em que se está inserido. Destaca-se a relevância do olhar sensível e investigativo que o método dialético crítico desperta sobre a atuação do profissional, apoiando-se no amplo instrumental que dá subsídio à sua intervenção. Deve se levar em conta que o trabalho de um profissional dentro de um CAPS do tipo I está ligado a um

movimento dialético delicado ao se tratar de desvendar a realidade, pois obtém-se aproximação de realidades diferentes, de articulações diferentes com o mundo por conta das particularidades da doença mental.

A realidade concreta do fenômeno significa estabelecer os aspectos essenciais do fenômeno, seu fundamento, sua realidade e possibilidades, seu conteúdo e forma, o que nele é singular e geral, o necessário e contingente etc. Para atingir a realidade concreta do fenômeno realiza-se um estudo das informações, observações, experimentos etc. A descrição, a classificação, a análise, a síntese, a busca da regularidade estatística, que determina com precisão o concreto do objeto, as inferências (indutivas e dedutivas), a experimentação a verificação das hipóteses etc. São momentos da investigação que tendem a estabelecer a realidade concreta do fenômeno (TRIVIÑOS,1987, p.74).

Estas ideias vão ao encontro ao que Kosik (2002) denomina pseudoconcreticidade, enfatizando que a realidade não se apresenta imediatamente ao homem. É por isso que na dialética se distinguem a representação e o conceito da coisa em si, visto que o homem não se constitui perante a realidade como um sujeito abstrato, e sim como um ser que age naturalmente de acordo com seus interesses e necessidades, estando envolto por um conjunto de relações sociais. Conforme Kosik:

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (KOSIK. 2002, p.50).

Deste modo, a totalidade de situações vai compondo uma compreensão da realidade e possibilitando o Assistente Social unir partes aparentemente sem ligação e investigar os fenômenos. Cabe salientar que a realidade está em constante transformação, por isso a importância de observar situações, analisar, observar, ir além da cena que está imposta e superar a realidade, corroborando no processo de realização da leitura da historicidade e no provável processo de mediação da ação.

2 - DOENÇA MENTAL E O ESTIGMA HISTORICAMENTE ATRIBUÍDO

Neste item será desenvolvido um breve histórico da doença mental ao longo da história e os estigmas historicamente atribuídos a esta parcela da população, bem como o papel da medicina psiquiátrica mercantilista e sua contribuição histórica para a herança cultural de exclusão e preconceito, que circunda a história da doença mental na atualidade. A loucura no decorrer da história vem sendo representada de várias formas, como falha da natureza, castigo ou dádiva dos deuses, privação da verdade, exacerbação da vontade, possessões demoníacas atormentações espirituais (FOUCAULT, 1972).

Percebe-se que a história da loucura compreende a própria história do surgimento da Psiquiatria, o conceito de saúde mental que deveria dar conta do fenômeno “louco”. De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná , a Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental: diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podendo incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida, procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir um determinado equilíbrio psicológico. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

Neste contexto, de acordo com Foucault (1972) e de modo bastante esquemático, pode-se dizer que, tradicionalmente concebida por analogia com as demais doenças orgânicas, a doença mental assume a feição de uma entidade natural manifestada por sintomas, que ao longo de determinados períodos históricos ganham forma e contextos diferentes. A obra de Foucault, “A história da loucura” (1972), traz um estudo decisivo para quem deseja aprender o sentido tanto de uma ciência da loucura, como da própria loucura.

Ainda nesta obra Foucault (1972), o autor relata uma série de eventos ocorridos no final da idade média, momento histórico em que ocorre um estranho

desaparecimento da lepra. Tal fato não era mérito da medicina da época e sim uma substituição dos leprosos pelos então ditos loucos.

Durante séculos, essas extensões pertenceram ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. A partir da alta idade média, e até o final das cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a Europa e suas cidades malditas (FOUCAULT, 1972, p.1).

Desaparecida a lepra e com o leproso praticamente esquecido, as imensas estruturas dos leprosários permaneceram no mesmo local, onde mais tarde seriam novamente repetidas as práticas de exclusão desumanas que anteriormente eram atribuídas aos cidadãos então chamados leproso. O medo e o preconceito passariam a ter outro foco.

Conforme Foucault (1972), nos séculos XIV e XVII surge algo para substituir o pavor da lepra, dois ou três séculos mais tarde o papel do atribuído ao “lazarento” seria atribuído a outra parcela da sociedade: a personificação mitológica do medo e do mal seria então atribuída ao louco. É neste contexto imaginário da Renascença que surgiram as chamadas “Naus dos Loucos”.

As Naus eram barcos que levariam todos aqueles considerados insanos ou que de certa forma não estivessem nos padrões de convívio da sociedade, de cidade em cidade, em busca de encontrar a sanidade. Utilizando-se desta estratégia, evitava-se que eles (os ditos loucos) tivessem convívio social. Em algumas cidades da Europa já existiam lugares de detenção para os loucos, como a mundialmente conhecida Torre dos de Caem¹. Em cidades como Nuremberg, os insanos eram punidos publicamente e jogados em prisões como criminosos.

A incapacidade para o trabalho levava os “loucos”, juntamente com mendigos, criminosos, velhos, agitadores e demais excluídos da sociedade a ocupar o lugar nos antigos leprosários, local em que permaneceriam até a morte. Ou seja, os estereotipados/estigmatizados eram “banidos/marginalizados” do convívio em sociedade, como forma de suprimir a existência dessas pessoas em meio comum.

¹ Grande hospício da França, popularmente conhecido por suas práticas de tortura. Mundialmente conhecido como “a torre dos loucos”.

A denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica. Nas frases e nas sotias, a personagem do “louco”, do simplório ou do bobo assume cada vez maior importância. Ele não é mais, marginalmente, a silhueta ridícula e familiar: toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade (FOUCAULT, 1972, p.140). “A loucura passa desta forma por uma série de transformações sociais e ganha espaço em teatros, nas comédias, no campo religioso e na literatura, criando em torno da loucura uma série ainda maior de mitos e estigmas”.

No século XVII surgiram as casas de internamento, que tinham como objetivo desempenhar um papel de assistência e de repressão. Neste período ocorre o fato que Foucault (1972) denomina de “a grande internação”, devido ao fato de uma grande parcela da população ter sido recolhida e reclusa (mendigos, pobres, vagabundos, mágicos, libertinos e loucos)². Estes indivíduos eram mantidos nas casas de correção e eram obrigados a trabalhar em regime de reclusão. De acordo com o documentário “Psiquiatria, uma indústria da morte” CCHR (2006), produzido pela Comissão dos Cidadãos Para os Direitos Humanos - e que conta com imagens raras e depoimentos de mais de 160 médicos, advogados, sobreviventes e especialistas no setor saúde mental -, o decorrer da história humana nos mostra uma psiquiatria mercantilista, onde há muitos crimes, abusos e violações de direitos cometidos por ela (a psiquiatria).

Segundo o documentário supracitado, desde o século VIII a psiquiatria e os manicômios foram considerados como grandes fontes de lucros. No século XIX houve o auge da expansão dos manicômios e, neste momento, a psiquiatria teve a necessidade de dar uma justificativa biológica à sua profissão. Iniciou-se assim as práticas de tortura: fazendo uso de aparelhos de afogamento, o paciente era mantido sumerso em uma banheira de água até perder a consciência, na esperança de que ao recuperá-lo, este estaria curado. Esta prática causou muitas mortes.

O americano Benjamin Rush CCHR (2006) propôs ao mundo que a loucura era causada por um grande volume de sangue na cabeça. Rush ficou conhecido como “mestre sangrador”, foi ele que inventou também um instrumento chamado de tranquilizador (cadeira elétrica). Este instrumento permaneceu sendo usado pela psiquiatria pelos próximos 70 anos, e em 1965 Rush foi eleito o pai da psiquiatria

² Uma alegoria a este período é realizada na obra de Machado de Assis, “O alienista” (1882).

americana CCHR (2006). Em meados do século XIX, a psiquiatria percebe seus lucros ameaçados e se vê obrigada a reinventar seus métodos: os modelos de trabalho eram o da psiquiatria americana, onde Henry Cotton mutilava seus pacientes alegando um grande avanço no tratamento das doenças mentais. Ao avançar o século XX, a psiquiatria segue buscando lucros e legitimidade nas mais diversas formas de tortura mental e física. Este é o modelo original da psiquiatria, que acorrentava seus pacientes como animais CCHR(2006).

Em 1945 deu-se ênfase ao movimento Eugênico. Trata-se de um movimento inventado pela psiquiatria em prol da melhora da raça, onse pensava-se que os seres humanos deveriam encarregar-se da evolução da raça e que apenas os indivíduos mais saudáveis poderiam ter mais descendentes. Havia aí uma grande relação com a parcela mais pobre da população, que eram considerados de genes ruins e reproduziam-se mais rápido do que os considerados bons CCHR(2006).

Foi nesta época que começou a prática da esterelização dos doentes mentais e não demorou muito até a esterelização estender-se a todos aqueles que não agradavam socialmente. A esterelização pela eugenia ganhou o mundo e o Brasil foi um dos países que aderiu ao movimento. Contudo, foi na Alemanha que os médicos e psiquiatras em pouco tempo e por meio de veículos midiáticos de massa convenceram que deveria-se controlar a população que era considerada inferior ou indesejável, alegando que era um ato de piedade para com eles CCHR(2006).

De acordo com o documentário supracitado CCHR (2006), Hitler admirava de maneira especial a eugenia americana de Madison Grant, e sua obra “O fim da grande raça” passou a ser sua bíblia pessoal. Em seu próprio livro “Minha luta” , Hitler declarava a eugenia como sendo a ciência que mudaria a humanidade. Foi a partir desta ideia que os nazistas financiaram as pesquisas dos eugenistas, lhes dando suporte financeiro e político - em troca, os pesquisadores deram aos nazistas uma justificativa médica para as suas políticas de genocídio.

Rapidamente a esterelização passou a ser assassinato. Alegava-se que a doença mental era hereditária, um perigo para a saúde da nação e que tais pacientes não sentiam apego à vida e nem tinham consciência de sua “existência sem vida”. O assassinato passou dos hospitais psiquiátricos diretamente aos

campos de concentração, e o que começou como teoria psiquiátrica foi responsável por milhares de mortes, além de uma herança de racismo, miséria e intermináveis conflitos sociais CCHR (2006).

Mais tarde, na década de 1970, a psiquiatria soviética criaria uma nova desordem chamada “inflexibilidade de convicções” (esquizofrenia) e passaram a pesquisar e prescrever poderosas drogas para curar seus pacientes. Entre elas o Haldol³, medicamento presente até os dias de hoje nos tratamentos psiquiátricos. Estas drogas eram aplicadas em doses fortíssimas, com o objetivo de sedar o paciente e, conseqüentemente, causavam efeitos colaterais devastadores.

A partir do momento em que começou a existir uma crítica forte aos atos da psiquiatria, esta passa a vender suas práticas com um novo nome: “terapia”. No início dos anos 1920, os psiquiatras adotam uma nova técnica, desenvolvida pelo psiquiatra Dr. Manfred Sakel. Ele acreditava que causando um dano proposital ao cérebro, este destruiria as células ruins, fazendo com que prevalecessem as boas. A abordagem de tratamento consistia em injetar medicamentos como insulina e metazol nos pacientes, de modo a provocar-lhes uma epilepsia. Se sobrevivessem, estariam melhores. Outros métodos – como o eletrochoque - também eram utilizados nos pacientes. Na Itália, o eletrochoque chegou a ser considerado uma cura milagrosa e causava danos terríveis aos pacientes, como quedas, quebra de ossos, dentes, convulsões e danos aos órgãos internos. Foi assim que, mais uma vez, a psiquiatria obteve seu êxito financeiro CCHR (2006).

O novo passo dado pela psiquiatria é um procedimento chamado lobotomia, que tem início em 1935 e estende-se até o início da Reforma Psiquiátrica. O processo se dá perfurando o crânio do doente e injetando-se álcool puro diretamente no cérebro. Mais tarde, não mais era necessário perfurar o crânio: o álcool era injetado através da pálpebra, que era perfurada com um instrumento rústico (picador de gelo) e sem nenhum tipo de anestésico. Dos anos 40 até o início dos anos 60 milhares de pessoas foram lobotomizadas até se chegar na conclusão que tratava-se de um procedimento destrutivo CCHR (2006).

³ Medicamento neuroléptico utilizado no tratamento de sintomas anti-psicóticos. É utilizado também no controle de ansiedade, agressividade, controlar agitações causadas por perturbações mentais (Fonte: Bula do medicamento).

De acordo com Goffman (2001), estas e outras práticas cometidas contra os pacientes psiquiátricos ao longo da história tiveram como resultado uma herança cultural carregada de preconceitos. O estigma pode ser definido como uma diferença indesejada, um atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo. Ao decorrer da história, não foram apenas aqueles cidadãos com doenças mentais que foram arrastados para os manicômios, mas também todos aqueles que eram considerados indesejáveis pela e para a sociedade.

Historicamente a sociedade tende a rejeitar, isolar e excluir tudo aquilo que não se enquadra em padrões. Segundo Tavauld (2000), há muito tempo as sociedades vêm estabelecendo meios de categorizar seus indivíduos, firmando normas e condutas que devem ser seguidas e que definem como deve ser o comportamento de seus integrantes. Para Goffman (2001), poderão ser chamados de “normais” todos aqueles que não sofrem nenhum tipo de estigma, que é formulado por todas as esferas da sociedade, inclusive pelo próprio grupo estigmatizado.

Fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (GOFFMAN, 2001, p.15).

O estigma é, portanto, uma criação social que isola certos atributos e acaba por classificar os sujeitos como indesejáveis, desvalorizando e excluindo as pessoas que os possuem. É comum, inclusive na contemporaneidade, que se tenha a crença de que impondo culturalmente o estigma, este torna-se superior às outras características da identidade da pessoa, tornando-a uma pessoa desvalorizada. O estigmatizado é discriminado de tantas formas que acaba por rejeitar seus próprios semelhantes, já que é capaz de reconhecer no outro aquilo que nele é considerado anormal (doença mental).

Buscando na revisão teórica e histórica acerca do tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais ou identificadas como “loucos”, encontram-se elementos oportunos para o debate desencadeado sobre a questão do atendimento

nos espaços de atenção a saúde mental na contemporaneidade. É com este olhar sobre a historicidade que se percebe no município de São Borja e mais precisamente no CAPS I Dr. Caio Escobar, é perfeitamente possível identificar a situação em que os próprios pacientes reconhecem a doença mental do outro e tendem a separar-se em grupos onde uns passam informações sobre os outros de forma depreciativa.

A partir das experiências de estágio supervisionado I e II em Serviço Social realizado no CAPS I Dr. Caio Escobar em São Borja, desde os primeiros contatos com os usuários dos serviços ofertados pela instituição algumas situações chamam a atenção como, por exemplo: Diário de campo 16/04/2013, ao ter os primeiros contatos com os usuários, usuária mostrou-se muito comunicativa e simpática, mostrou-me a instituição e apresentou-me alguns dos usuários. Ao dizer o nome dos colegas, ela imediatamente falava do problema mental que os mesmos tinham e recomendava para que eu não me aproximasse deles: “Não chega perto deles eles são loucos e perigosos, podem lhe fazer mal” (siu).

A posse de um estigma implica que a pessoa tenha um atributo que a torna diferente das demais e que as expectativas sociais habituais não se apliquem a ela. As pessoas ficam inseguras quanto ao que esperar e isso perturba a interação comum na sociedade. Contudo, é importante ressaltar o fato do estigma ser mais do que uma espécie de preconceito. Ele se origina na esfera mais íntima e sutil da mente humana, uma vez que este é o lugar onde se formulam as representações do “eu” das pessoas que irão determinar a maneira pela qual os indivíduos irão se comportar na esfera pública de suas vidas, e como e quais “papéis” irão “representar” publicamente (TAVALD, 2007, p.71).

O estigma vai além do preconceito, pois é parte de um processo de construção social que reflete diretamente no “eu” do indivíduo, já que este se caracteriza histórica e culturalmente em um processo de interações e construções sociais que resulta na criação da identidade social dos sujeitos. A instituição tem papel fundamental na criação desta identidade social.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” que outras (GOFFMAN, 1961, p.16).

No caso da saúde mental, os instituídos acabam assumindo o papel do seu estigma. Nos pacientes psiquiátricos, tende-se a perceber como vida social apenas a vida que levam na instituição. Um claro exemplo são os pacientes do CAPS I, já que se sentem inseguros fora do ambiente institucional e deixam claro em suas falas que estão bem apenas neste espaço. Os usuários têm clareza de que a sociedade não os aceita, pois embora não tenham total consciência do que é preconceito ou estigma, conseguem deixar claro em suas falas o quanto sentem a rejeição e o medo do restante da sociedade. Os usuários acabam fechando-se em um mundo particular que vai da instituição à família e vice-versa.

2.1 - A atenção à Saúde Mental no Brasil

Neste item será desenvolvido um breve histórico sobre a atenção à saúde mental no Brasil, bem como sua relação com a Reforma Sanitária e os resultados existentes na atualidade, resultantes do movimento da Reforma Psiquiátrica. De acordo com a Cartilha do Ministério de Saúde (BRASIL, 2005), o início do processo da Reforma Sanitária no Brasil é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, que data dos anos 70. O movimento da Reforma Sanitária no Brasil surgiu da organização de setores da sociedade sobre a situação dramática em que se encontrava o setor da saúde no país na década de 1960, e foi interrompido pelo golpe militar de 1964. Contudo, é na década de 1970 que o movimento alcança sua maturidade e ganha força a partir dos anos 1980, seguindo até os dias atuais.

O movimento da Reforma Sanitária desde o princípio pretendeu ser mais que uma reforma setorial. Segundo Drumond (2006), tratava-se de um processo participativo entre saúde e democracia construído através de embates e concepções partindo de pressões dos movimentos sociais em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde.

Já Teixeira (2011) traz o debate sobre democracia e Reforma Sanitária como um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade, e conseqüentemente do papel do Estado nesta relação. O autor também identifica as relações entre as estruturas de classes e as políticas e práticas em três níveis: econômico, político e ideológico. O primeiro se dá através das múltiplas necessidades de reprodução do capital, que sobrevêm e se realizam dentro do setor saúde. O segundo compreende as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, relacionado a manutenção do domínio de classe. O terceiro mostra como possibilitar a articulação entre produção científica e práticas sociais, juntamente com valores culturais e morais dos profissionais de saúde e sua inserção na sociedade.

Desta forma, Teixeira (2011,) articula saúde, produção econômica, política, ideologia e as relações contraditórias que se reproduzem no campo da saúde junto às dificuldades encontradas no Marxismo. Ao inserir as categorias do método Marxista ao setor saúde, contribui-se para o desenvolvimento de um sistema

analítico de intervenção do Estado através de políticas de saúde que inicialmente se deram por meio da medicina estatal, um sistema de medicina financiado pelo governo, onde o Estado assume a responsabilidade pela saúde da população.

O debate acerca da saúde pública e a análise política voltada para o esclarecimento das relações complexas entre saúde, processo de acumulação capitalista e democracia resultaram em um esforço para compreender os fenômenos sociais como algo estruturado e estruturante, que precisa ser compreendido e incorporado pelas políticas públicas.

O processo de elevação do abstrato ao concreto, do mais simples ao mais complexo correspondeu no campo da saúde a passagem de uma conceituação abstrata da saúde como “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social” a busca de uma aproximação cada vez mais acercada à complexa realidade abarcada neste campo teórico e de prática política (Teixeira,2011.p.29).

Desta forma passa-se a entender a saúde como uma demanda concreta que se define dentro de um contexto histórico, em uma determinada sociedade em desenvolvimento, devendo ser entendida por Estado e população como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a direitos e a serviços de saúde. Deste modo pode-se compreender a saúde como resultado das formas de organização social e dos meios de produção que podem representar diversas formas de desigualdades sociais, tendo assim a necessidade de se efetuar um processo democrático de pleno acesso igualitário ao direito social básico que é a saúde.

Drumond (2006) considera a saúde com suas complexidades não como um bem econômico não restrito ao mercado, mas como forma de vida. Já no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que contou com mais de quatro mil pessoas das mais diversas áreas sociais e políticas da sociedade civil, visualizou-se a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Segundo Rodrigues Neto (1988) a 8ª CNS é o resultado das negociações entre o Ministério da Previdência, Assistência Social e Ministério da Saúde, em virtude do impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária e especialmente quanto à passagem do INAMPS⁴ para o Ministério da Saúde.

⁴ INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica Social.

A saúde no Brasil deixa de ser um direito adquirido por meio de contratos e programas de distribuição para a previdência ou qualquer outro tipo de seguro, e passa a ser um direito de todo o brasileiro, pelo fato de ele existir e viver em uma sociedade onde o mesmo contribui para as leis e seu desenvolvimento como cidadão. Embora contemporâneo a este processo de acordo com a Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental (15 anos depois de Caracas. BRASIL, 2005), a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria que foi escrita em um contexto internacional em favor de mudanças e da tentativa de superação da violência asilar que vinha ocorrendo no mundo.

Tendo início ao final da década de 1970, a Reforma Psiquiátrica brasileira ocorre em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e em meio ao fervor dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas, maior que o conjunto de mudanças políticas governamentais e dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Trata-se de um processo social complicado, que contou com a participação de cidadãos, instituições e diferentes forças que incidem nos mais diversos territórios nos governos federal, estadual e municipal, contando também com o apoio das universidades, conselhos, profissionais associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, movimentando a opinião pública por meio dos movimentos sociais. Compreende-se o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira como um conjunto de transformações de práticas e saberes (culturais e sociais) que implica em mudanças no cotidiano de vida das instituições, entre os serviços e relações interpessoais e avançando sob fortes tensões, conflitos e desafios.

Segundo Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o ano de 1978 foi datado como sendo o início do movimento social que daria ênfase aos direitos sociais dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Amarante (1995) traz os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica no Brasil como resultado da luta de familiares, sindicalistas e trabalhadores da saúde mental. Também estava em favor das mudanças dos modelos de atenção à gestão nas práticas de saúde decorrentes da Reforma Sanitária. O movimento de usuários dos sistemas de saúde teve início nas décadas de 1960 e 1970, no auge da manifestação de outros movimentos sociais

em países Europeus e EUA. Em países como a Itália, seu desenvolvimento foi mais tardio, com a Psiquiatria de Franco Basaglia.

A Psiquiatria Democrática Italiana que subsidiou esse movimento de reivindicações emancipatórias no campo da saúde mental no Brasil, iniciado no final na década de 1970, se dá como um movimento de resistência político e social que tinha como bandeira de luta os direitos dos pacientes psiquiátricos no país, questionando o tratamento dado aos pacientes psiquiátricos, como a tortura, exclusão e o constante causar de danos irreversíveis à individualidade destes sujeitos, deixando uma herança cultural que até os dias atuais exclui e afasta estes indivíduos do convívio social.

Foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, juntamente com vários campos de luta - que passa a protagonizar as denúncias com relação aos atos de violência que vinham ocorrendo nos manicômios. Além de denunciar a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência, também houve a construção de uma crítica ao modelo hospitalocêntrico.

Amarante (1995) traz a Psiquiatria Democrática Italiana como pioneira ao subsidiar esse movimento de reivindicações emancipatórias no campo da saúde mental. No Brasil deu-se início no final na década de 1970, como um movimento de resistência político e social, trazendo como bandeira de luta os direitos dos pacientes psiquiátricos no país, questionando o tratamento dado aos mesmos.

De acordo com a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a experiência de desinstitucionalização em psiquiatria italiana e sua crítica radical aos manicômios foi a grande inspiração para a luta antimanicomial brasileira, revelando a possibilidade de quebra sobre antigos paradigmas. Foi em 1980, no Rio de Janeiro, na Colônia Julio Moreira, que uma instituição com mais de 2000 internos passou a seguir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência psiquiátrica. Em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru/SP) adota o lema “por uma sociedade sem manicômios” e neste mesmo ano realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

De acordo com Amarante (2005), foi ao longo da história que a loucura se constituiu como sendo doença mental e no próprio decorrer história ela pode ganhar novo estatuto. Se foi nos percalços que a loucura passou a ser considerada anormalidade e ganhou uma significativa carga de estigmas, é na própria história que deve haver uma reconstrução da inclusão e quebra de preconceitos, construída a partir da conquista e garantia de direitos sociais. A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complicado, que carrega uma carga histórica e institucional “pesada”, composta de instituições, movimentos e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de familiares de pessoas com transtornos mentais, nos movimentos sociais e na opinião pública (AMARANTE, 1995).

Segundo o autor supracitado, a Reforma Psiquiátrica emerge como um movimento de resistência, um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que este processo avança, marcado por tensões, conflitos e desafios, junto às superações do modelo vigente e buscando as transformações nas concepções regularizadas na discriminação do conceito de louco e loucura no Brasil, através de esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Neste período, foi de extrema importância o surgimento do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no país, na cidade de São Paulo, em 1987.

O início do processo de intervenção contra os maus tratos cometidos contra os pacientes psiquiátricos se deu em 1989, através da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), e ocorreu em um hospital psiquiátrico chamado Casa de Saúde Anchieta, lugar que ficou conhecido pelos horrores (torturas físicas, psicológicas, maus tratos e morte) que eram cometidos contra os pacientes e pelo número de mortes ocorridas no local.

Esta trajetória-marcada pela noção da desinstitucionalização- tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso de Bauru, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial

(Santos), a associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou “Projeto Paulo Delgado”, como ficou conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. (AMARANTE, 2005, p.75).

Entende-se que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil contou com o apoio de diversos setores da sociedade em um trabalho delicado de aceitação, já que o país vinha de um longo período de ditadura e a Reforma Psiquiátrica tratava-se de um grandioso ato político, que ocorreu em um momento onde o país buscava a construção de um Estado verdadeiramente democrático. De acordo com Amarante (2005), no auge do contexto reformista, ocorre em Brasília - no período de 17 a 21 de Março de 1986 - a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pela primeira vez uma conferência contou com a participação popular por meio de vários representantes de diversos setores da comunidade, resultando em um processo que envolveria milhares de pessoas em pré-conferências municipais e estaduais, estimando-se a participação de aproximadamente quatro mil pessoas.

Esta conferência tornou-se um poderoso ato de democracia que resultou (na Constituição Federal de 1988) na criação do SUS (Sistema Único De Saúde), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal sob o poder de controle social, exercido por meio dos conselhos municipais de saúde.

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) implantou no município de Santos os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial, que funcionam 24 horas por dia), onde são criadas cooperativas e residências para os regressos dos hospitais e associações. Esta experiência ocorrida no município passou a ser considerada um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo a maior demonstração de que a Reforma Psiquiátrica não seria apenas uma utopia e sim que era possível e exequível.

Em 1989 também é dada a entrada no Congresso Nacional do projeto de leis do Deputado Paulo Delgado, que propõem a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Conforme Amarante (2005), a década de 90 foi marcada pelo compromisso firmado

pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas (Conferência Regional para atenção psiquiátrica na América Latina), realizada em Caracas no ano de 1990, onde iniciou um rico processo de transformações que envolveu todo o continente. Caracas marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

De acordo com a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), em 2001 aprova-se a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10216/01), conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que garante a extinção progressiva dos manicômios. Neste mesmo contexto realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental com a consolidação do novo modelo de ação em saúde mental, que tem por principal objetivo a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico. A desinstitucionalização é impulsionada com o "Programa de Volta Para Casa". Este programa tem por objetivo o regresso dos pacientes institucionalizados para suas famílias (para aqueles que ainda possuíam famílias), pois é fato que muitos destes pacientes perderam todo e qualquer vínculo durante o tempo de internação. O momento caracteriza-se pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva, ao antigo modelo centrado na internação hospitalar, fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

É deste modo que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

A política de saúde mental no Brasil, ao adotar como eixos principais a desmanicomialização, a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental, exige transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e organizar os serviços em confronto com as concepções e estratégias tradicionais, o que implica a definição de novos perfis profissionais (MANGIA; MURAMOTO, 2006, [s.p.]).

Confirma Amarante (1994) que a desinstitucionalização na saúde mental deve ser entendida como desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas e “medicalizantes”⁵ que sustentam a loucura reduzindo-a ao signo da

⁵ Modo encontrado para conter de forma “humanizada” os devaneios da loucura, como forma de restabelecer a ordem social para garantir a reinserção social desses sujeitos.

doença mental, e que reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental.

De acordo com a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a desinstitucionalização nos traz novos paradigmas na construção de redes substitutivas do modelo hospitalocêntrico. Percebe-se que no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) há uma formação multiprofissional em saúde mental, em busca de compreender melhor estes sujeitos e a fim de proporcionar a eles melhores condições de vida. As residências terapêuticas, com o fortalecimento das redes sociais, a possibilidade da participação direta dos usuários em um regime democrático e o controle social como "voz de resistência" foram medidas muito importantes para o empoderamento dos sujeitos, facilitando a maior autonomia e independência na busca de uma emancipação social desses atores sociais.

De acordo com a Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos Jurídicos, a Lei 10.216/ abril de 2001 (Lei Paulo Delgado) determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos em Hospitalares de Longa Permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), o Brasil atualmente é o país onde se está realizando o mais importante passo dentro deste quadro de mudanças que vêm ocorrendo ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica. Para melhor entender os resultados deste processo, pode-se realizar uma análise dos serviços prestados para os pacientes da saúde mental que são ofertados atualmente pelo SUS na Atenção Básica de Saúde. Estes itens serão retratados no capítulo que será descrito a seguir.

2.2 A Saúde Mental na Atenção Básica:

O Programa de Estratégia à Saúde da Família (ESF) teve início no Brasil em junho de 1991, durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família e foram capacitados e preparados agentes Comunitários de Saúde, ampliando a atuação e o agir dos agentes. O propósito principal é o de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, buscando a união saúde e família (BRASIL, 2005).

Um dos principais propósitos deste programa é de que os profissionais, através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes como forma de instrumental de trabalho, criem vínculos com as famílias usuárias do programa possibilitando seus relacionamentos com as famílias e comunidade, e também busquem humanizar e adequar a assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, tendo como objetivo a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão (MANGIA; MURAMOTO. 2006). Ainda neste programa, utilizam-se como estratégias as ações de prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento domiciliar proporciona uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades técnicas.

Para tanto, de acordo com a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso vem priorizar o atendimento as pessoas com transtornos psiquiátricos preferencialmente em nível comunitário e junto à família, visando à melhoria da qualidade de vida. Tem-se implícita a necessidade de atenção e acompanhamento especial da saúde mental e o acompanhamento de pacientes e de sua família nas ações básicas.

Sendo assim, não é possível haver uma atenção especial com a família desassistida, pois para contar com sua colaboração no processo terapêutico é necessário que os profissionais estejam presentes no processo, assistindo a família juntamente com o indivíduo em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2004).

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment* (NUNES; JUCÁ; VALENTIN. 2007, p.237).

Os objetivos dos ESFs (Estratégia de Saúde da Família) são articular um programa de atendimento à família visando atender o paciente em sofrimento psíquico no seu ambiente familiar e em comunidade, buscando desmistificar a figura culturalmente atribuída ao “louco” e evitar a perda de vínculos com família, amigos e vida social.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe as práticas de saúde mental na atenção básica/Saúde da Família, adaptando o modelo tradicional medicalizante como um serviço substitutivo que visa à integração do ser social com o seu território, firmando sua condição de indivíduo que faz parte da comunidade em que vive. Por isso, é necessária a articulação da rede de cuidados visando à integralidade e o bem estar do indivíduo (BRASIL, 2004).

É uma aposta na emancipação do indivíduo e nessa situação tenta-se romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a ‘única’ responsável pela melhora. Favorecendo a efetividade dos princípios fundamentais dessa articulação na atenção à saúde como: Promoção da Saúde, território, acolhimento, vínculo e responsabilização. A integralidade é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde e tem como objetivo conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço prestado à população.

A intersetorialidade trata-se da integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde pública, potencializando assim os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis em benefício dos usuários. A multiprofissionalidade é a equipe formada por profissionais de diversas áreas, por exemplo: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Terapeutas, entre outros, com a finalidade de atuar como um grupo junto ao paciente e sua família e, através de uma inter-relação dos saberes profissionais, ver a situação do paciente como um todo, buscando uma forma de atuação humanizada para cada situação (BRASIL, 2004).

3 SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS OFERTADOS À POPULAÇÃO:

Neste capítulo será debatida a saúde mental no Brasil após a Reforma Psiquiátrica, quais são os serviços ofertados - população usuária da política de saúde mental no país, quais os tipos de CAPS existentes, com foco no CAPS I Dr. Caio Escobar da cidade de São Borja -, os serviços ofertados à população e a atuação do Serviço Social no contexto da Saúde Mental.

3.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) foram instituídos pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. São casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e são impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos (AMARANTE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado (BRASIL,

2004). O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a inclusão social do morador.

Logo no seu princípio, as ações de desinstitucionalização no Brasil se depararam com uma questão: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza (BRASIL, 2005). Por esta razão, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no País. A implantação das residências terapêuticas exige um pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio com um cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (Cartilha de Residências Terapêuticas, BRASIL, 2004), a portaria nº-106, de fevereiro de 2000, define que as residências terapêuticas deverão estar vinculadas aos CAPS (ou outro dispositivo ambulatorial), mesmo configuradas como "outro serviço" na Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde (FCES) dos CAPS de referência.

Um laudo técnico deve ser preenchido a cada 90 dias pelos profissionais que acompanham o paciente. O faturamento é realizado por meio de formulário que autoriza a realização dos Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo, calculados mensalmente pelo serviço (BRASIL, 2004).

SRT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do ESF, quando houver (BRASIL, 2004).

Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde se faz necessária apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe

capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico, ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa) (BRASIL, 2004).

SRT II – Em geral, a equipe de funcionários é encarregada de cuidar dos idosos, doentes e/ou dependentes físicos, o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira (BRASIL, 2004).

O suporte focaliza-se na (re)apropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para a demanda carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal permanente na residência para auxiliar, este tipo de SRT pode-se diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatíveis com recursos humanos presentes 24h/dia (BRASIL, 2004).

Seriam necessárias muitas páginas para descrever várias minúcias e pequenas histórias que povoam o cotidiano dos usuários desse projeto: a alegria de, enfim, ter um quarto privativo, os pertences à mão, uma cozinha para o ansiado café preto, a possibilidade de escolher com quem dividir o espaço, escolher a hora do banho e de levantar da cama e, entre outras coisas, o direito de sentir-se “em casa”.

Alguns ganhos são evidentes e imediatos, outros são peculiares a cada um e podem demorar anos para serem conquistados ou percebidos. No entanto, não há comparação possível entre a vida coletivizada das instituições totais e o residir na comunidade, com toda a sua complexidade e infinitas possibilidades de troca.

3.2 Programa de Volta para Casa

Criado pela lei federal 10.708 de 31 de julho de 2003 (Lei de Auxílio-Reabilitação Psicossocial) – de caráter indenizatório –, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 (BRASIL, 2005).

De acordo com a cartilha “Programa de volta para casa, liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental” (BRASIL, [s.d.]) elaborada pelo Ministério da Saúde para esclarecer dúvidas aos usuários do SUS sobre este programa, o objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas em sofrimento psíquico, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitando o convívio social, capaz de assegurar o bem-estar e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. Trata-se de uma das estratégias mais importantes da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios.

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar social da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal.

Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. O município de residência do beneficiário deve, para habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação.

Trata-se de um importantíssimo instrumento no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, tornando possível sua emancipação e autonomia. (BRASIL, 2005).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde referente ao Programa de Volta para Casa, a implementação do Programa, no entanto, não se dá sem dificuldades. Além do esperado desafio da mudança efetiva do modelo de atenção à saúde mental nos estados e municípios, o Programa de Volta para Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. Outro grande problema na realização deste programa é que a grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possui a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de nascimento ou carteira de identidade. O longo e secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implica muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania. (BRASIL, [s.d.]).

Este é ainda um desafio para a consolidação do Programa, que vem sendo enfrentado através da parceria entre o Ministério da Saúde, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, para restituir o direito fundamental de identificação e garantir o direito destas pessoas ao auxílio-reabilitação do Programa de Volta para Casa. Desta forma, verdadeiros “mutirões da cidadania” vêm se estruturando nos municípios para garantir a identificação tardia destas pessoas, num processo fundamental de inclusão social e garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, desafio primeiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

3.3 Centro De Atenção Psicossocial (CAPS)

De acordo com o Documento Apresentado a Conferência Nacional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas, (BRASIL, 2005). Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

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 (BRASIL, 2005).

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.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, principalmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.).

3.3.1 Atividades terapêuticas que o CAPS oferece

Os CAPS oferecem diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominada clínica ampliada. Essa idéia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, causando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes perante as demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento aos movimentos da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir tais atividades como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (Brasil, 2004).

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa acolher pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS contam com diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2005). As principais diferenças entre as modalidades dos Centros De Atenção Psicossocial são:

CAPS I e CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD
São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.	São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.	CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.	CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Fonte: Cartilha Saúde Mental no SUS, Os Centros de Atenção Psicossocial

Deste modo, pode-se compreender um pouco melhor quais os serviços ofertados pela atenção básica de saúde aos usuários das políticas de saúde mental. No Brasil, pode se concluir que o país avançou muito no que se refere a tratamentos em saúde mental depois do Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, porém um dos principais desafios que a Reforma Psiquiátrica ainda encontra se refere ao estigma culturalmente atribuído a doença mental.

No capítulo a seguir será problematizada a questão do estigma historicamente atribuído a doença mental e o quanto este estigma vem corroborando para a exclusão social do cidadão com doença mental.

4 - CAPS I DR. CAIO ESCOBAR DE SÃO BORJA: HISTÓRICO E ESTRUTURA GERAL

Em São Borja, o CAPS I está localizado na Rua Ed. Freire Nunes nº1496, situado no centro da cidade e é referência aos usuários com transtornos mentais no município. A instituição agrega diferentes níveis de atenção em uma só unidade, possuindo como estrutura física uma sala grande que abrange duas mesas com cadeiras que servem para diversas atividades. Este local conta com recursos materiais de recreação, como sofás, televisão, aparelho de DVD, aparelhos de ginástica e fisioterapia.

O CAPS I Dr. Caio Escobar possui um salão de beleza completo, uma sala pequena, com estantes de livros e materiais didáticos, além de uma sala pequena que possui um computador, uma impressora e algumas cadeiras. Esta sala é utilizada por todos os funcionários (inclusive pela Assistente Social), pois o CAPS não possui sala própria para o Serviço Social, e também são partes da instituição uma cozinha, dois refeitórios, dois banheiros, um pequeno almoxarifado, uma ante-sala de recepção, e duas pequenas salas que servem como consultório médico e psiquiátrico e a sala da diretora da instituição que também é consultório, já que a mesma é psicóloga e atua em sua profissão.

A instituição conta com os recursos humanos de uma equipe de funcionários composta por uma Terapeuta Ocupacional, que executa a carga horária total de 20 horas semanais, um Educador Físico total de 20 horas, uma Enfermeira 40 horas, um Técnico em Enfermagem 40 horas, uma Artesã 20 horas, uma Assistente Social 40 horas, uma Cozinheira 40 horas, um Auxiliar em Serviços Gerais 40 horas, um Recepcionista 40 horas, um Médico Clínico Geral 16 horas, uma Psiquiatra 6 horas, um Monitor 40 horas, um Motorista 40 horas. O horário de atendimento é das 08h00min às 18h00min, abrangendo um total de 220 horas nos cinco dias úteis semanais.

4.1 - Objetivos da Instituição

Segundo Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os CAPS devem obedecer alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento da demanda dos usuários com transtornos mentais de seu território, garantindo a

presença de profissionais responsáveis durante todo o período de funcionamento da unidade, criar um ambiente terapêutico acolhedor em um serviço aos pacientes, incluindo ações dirigidas aos familiares dos pacientes, e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social, e desenvolver atividades voltadas para a permanência de cada paciente na instituição. O CAPS I Dr. Caio Escobar oferece atendimento à população de sua abrangência, realizando o acompanhamento clínico e busca trabalhar a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, é um serviço de atendimento da saúde mental criado para ser substitutivo as internações em hospitais psiquiátricos.

4.2 - Serviços prestados

As oficinas terapêuticas são consideradas uma das principais formas de tratamentos ofertadas pelo CAPS e caracterizam-se por organizar e aplicar atividades grupais, orientadas por profissionais na área de saúde mental, monitores, terapeutas Ocupacionais e ou estagiários. São oferecidas pelo CAPS I em São Borja oficinas de artesanato, que podem ser chamadas de “oficina expressiva” e são espaços que proporcionam atividades relacionadas com a expressão plástica como: desenho, pintura, argila, o artesanato estimula a imaginação.

O cérebro se estimula com a idéia de algo novo, trabalhar com cores e formas, diversos padrões e texturas diferentes acalma e direciona os pensamentos. Além de fazer com que o sujeito sinta-se útil, o artesanato pode ser entendido como oportunidade da pessoa se expressar e descobrir as próprias aptidões, autoconhecimento e valorização das manifestações artísticas. Com o artesanato, a pessoa desenvolve habilidade com as mãos e, principalmente, com o cérebro dando lugar à criatividade através de diversos materiais, técnicas e procedimentos.

O trabalho manual gera introspecção, concentração e reflexão. Enquanto desenvolvem um trabalho manual, as pessoas ficam calmas e atentas, com os olhos focados na sua criação, acompanhando criteriosamente o resultado de cada passo realizado. Durante este processo sentem-se importantes, capazes e amadurecem convivendo melhor com si mesmo e com o grupo.

Há também a oficina de educação física. De acordo com MACIEL, e LIMA (2012) as oficinas são consideradas como dispositivos aceleradores que

impulsionam a produção psíquica dos sujeitos envolvidos neste processo, facilitando a circulação social deles seja no aspecto social, cultural ou familiar, tornando possível sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo.

Segundo PÉREZ ([s.d]), quando se pensa em exercício físico a primeira impressão que nos ocorre é quanto aos benefícios estéticos e físicos, mas não são os únicos. Correr, levantar peso, praticar esportes ou qualquer atividade física gera também muita coisa boa para o cérebro. Estudos comprovam que o verdadeiro efeito psicológico dos exercícios físicos é profundo e transformador, por exemplo, aquele indivíduo que pratica exercícios físicos regularmente acaba por desenvolver em sua vida disciplina, autoestima, determinação, resistência à frustração (este é um termo psicológico que para os educadores físicos pode simplesmente ser traduzido como “GARRA”, o que ajuda a persistir e resistir diante das situações negativas do dia a dia).

As oficinas de beleza promovem cuidados e higiene pessoal, a fim de melhorar a aparência das mãos, pés, da pele, dos cabelos, entre outras. Estas práticas (como aparar os cabelos, maquiagem, pintar os cabelos, fazer as unhas), apesar de rotineiras e por muitos consideradas até mesmo fúteis, para os usuários do CAPS têm efeitos especiais por proporcionar bem estar e acolhimento. O toque corporal torna-se terapêutico. Vale lembrar que além de melhorar o visual estético este tipo de oficina proporciona uma melhora na autoestima do usuário, proporcionando satisfação e segurança, para um melhor contato consigo e com o grupo.

Estas práticas proporcionam o despertar da potencialidade, espontaneidade e criatividade da pessoa em sofrimento psíquico, como também cria meios de inclusão social, possibilitando a criação de um novo olhar da sociedade com relação a estes sujeitos. Também são realizados passeios terapêuticos como forma de humanização e reinserção social.

Na última sexta-feira do mês é realizada uma reunião com as famílias, para promover o acolhimento familiar. De acordo com os relatos dos profissionais que fazem parte da equipe, entende-se que os usuários necessitam de cuidados na sua totalidade e as reuniões objetivam, sobretudo, orientar os cuidadores e/ou familiares no êxito do tratamento dos usuários com algum tipo de transtornos psíquicos. Tais reuniões aproximam o CAPS, as famílias e os usuários, para que tenham um acompanhamento e tratamento significativo. O grupo trabalha o familiar ou cuidador

como foco, buscando tratar da subjetividade do paciente, fortalecer a convivência dele com os responsáveis e outros assuntos também são elencados (o atendimento inicial, datas festivas, consultas e atendimentos individualizados, oficinas realizadas e as visitas domiciliares que são realizadas pelos profissionais da equipe, assim como a busca ativa, que é realizada com frequência a fim de fortalecer vínculos).

É por meio destas práticas terapêuticas que a pessoa com transtorno mental existe, se expressa, conta sobre suas vivências cotidianas. As oficinas são consideradas fundamentais para impulsionar a produção psíquica dos sujeitos envolvidos neste processo, facilitando a circulação social deles no aspecto social, cultural ou familiar e no intuito de tornar possível sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo.

As oficinas terapêuticas são estratégias de reabilitação psicossocial em busca de uma igualdade de direitos. Além destes serviços, o CAPS conta com a boa vontade e eficácia dos funcionários que dedicam grande parte de suas vidas para que, além de uma instituição terapêutica, o CAPS seja uma extensão das casas dos usuários. É perceptível a preocupação dos funcionários com o bem estar dos usuários, ficando na maneira com que são tratados o carinho que os profissionais têm por aqueles que ali estão, em tratamento. Conhecem a história de vida de cada um e suas limitações, estando sempre em busca de melhorias que possam favorecer em especial os usuários do CAPS.

4.3 - Recursos Institucionais

Os recursos institucionais dos CAPS variam conforme os serviços prestados. De acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2004), o CAPS do tipo I é destinado aos municípios entre 20 e 70 mil habitantes, que recebem o recurso federal de dois mil reais em verbas para a implantação do serviço. Em contrapartida, o município entra com a estrutura física e com o quadro de funcionários. Cabe salientar que estes recursos são poucos perto da necessidade que se tem de realizar melhorias, principalmente na estrutura física do CAPS I em São Borja.

4.4 - Perfil da população usuária do CAPS I de São Borja

Em suma pretende-se esclarecer que não foi possível realizar um estudo mais detalhado sobre a população usuária do CAPS I, pois cabe ressaltar a ausência de registros e de muitas informações dos usuários em diversos prontuários, pontuando uma falta de padronização destes documentos e revelando uma dificuldade no entendimento entre o que é de caráter psicológico e o que é de caráter social no contexto de vida do paciente. Considerando se tratar de um Centro de Atenção Psicossocial, informações como escolaridade, estado civil e renda familiar são fundamentais para melhor conhecer o contexto social dos usuários.

A administração atual está realizando um trabalho de busca destas informações. Contudo, o trabalho é minucioso e exige um recomeço, que é efetuado por meio de resgate de informações junto às famílias através de visitas domiciliares, diagnósticos médicos e/ou psiquiátricos, entrevistas com os usuários e familiares. A equipe se mostra interessada e capacitada para realizar este trabalho.

O CAPS atualmente atende a cerca de 200 usuários, divididos entre regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. No regime intensivo, o usuário frequenta o CAPS todos os dias; no semi-intensivo, três vezes por semana; e no não intensivo, uma vez por semana. A faixa etária dos pacientes varia dos 18 aos 60 anos e o acompanhamento é realizado conforme o plano terapêutico. O controle de presenças é feito por meio de uma ficha de frequência que é assinada diariamente pelos usuários, visto que os recursos federais só serão gerados mensalmente mediante a comprovação de frequência.

É constante chegar ao CAPS uma demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou em crise. Muitos destes são filhos de usuários, que herdaram geneticamente o transtorno dos pais, ou até mesmo vítimas de desgaste emocional consequente da difícil convivência com a pessoa com transtornos. O CAPS I não é preparado para trabalhar com esta demanda que seria destinada ao CAPS i. No entanto, como a cidade de São Borja não possui CAPS i, alguns destes adolescentes estão sendo tratados juntamente com os outros usuários do CAPS e a demanda de crianças é encaminhada para cuidados pediátricos que ficam por conta do SUS.

No que diz respeito à idade, observou-se que a maioria dos usuários varia de 31 a 55 anos e, por estarem em idade já avançada, muitos já não têm mais pais vivos, o que resulta em uma necessidade de reforçar ainda mais os laços com os responsáveis ou cuidadores. No que se refere à escolaridade, observou-se que

muitos possuem o ensino fundamental incompleto devido à dificuldade de frequentar a escola por conta do preconceito sofrido. Em relação ao estado civil, uma quantia considerável de usuários possui cônjuge e filhos, e outra grande parcela tem uma vida sexual ativa (esta informação é embasada em observações a partir de conversas com os usuários, reuniões e visitas domiciliares).

Com relação aos laços afetivos, o trabalho realizado pela instituição de fortalecimento destes laços surte efeito e deve estar em constante observação, pois de certa forma as famílias e cuidadores acabam sendo afetados pelo desgaste de estar em constante cuidado com os familiares da pessoa com transtornos. Em alguns casos ocorre abandono ou falta de cuidados.

Com relação aos motivos de busca por tratamento, os mais relevantes são queixas relacionadas à insônia, irritabilidade, desânimo, choro, sentimento de tristeza, agitação, esquecimento, impulsividade, agressividade, inquietação, insegurança, pânico, isolamento, desconfiança, desorientação, alucinações, delírio, angústia, medo, tontura, nervosismo, sentimento de culpa, tremor e baixa concentração. É possível observar que tais sintomas tem efeitos devastadores nas vidas dos indivíduos, em virtude da disfuncional idade total/parcial que estes sintomas causam e ambos estão presentes nos diagnósticos mais freqüentes nos Transtornos de Humor, Psicopatologia, Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, conforme critérios diagnósticos encontrados no Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais (DSM-TR-VI, 2002).

Estes pacientes chegam ao CAPS I normalmente encaminhados pelas Estratégias em Saúde da Família (ESFs), Hospitais e/ou agentes comunitários de saúde. Em geral, a pessoa busca ajuda nestes locais e, após ser diagnosticado por um médico, é devidamente encaminhado para o CAPS I, onde será realizada nova bateria de exames para que se possa encaminhar para o tratamento intensivo ou semi-intensivo.

O trabalho da rede de saúde tem papel importantíssimo no que diz respeito ao bom funcionamento do CAPS I Dr. Caio Escobar, tendo como tarefa atender os pacientes da sua área de abrangência utilizando dos serviços de agentes de saúde comunitários para monitorar os pacientes psiquiátricos, fornecendo ao CAPS I informações que são fundamentais para o desenvolvimento dos tratamentos. Além de fornecer suporte hospitalar e exames, encaminhar internações e serviços específicos de áreas da medicina que o CAPS I não possui, como por exemplo os

médicos ginecologistas, pediatras, dentistas, nutricionistas e outros. A rede também é responsável por campanhas de vacinação, de prevenção e promoção à saúde e seria praticamente impossível a existência dos CAPS sem o trabalho em rede ofertado pelo SUS.

4.5 - O Serviço Social na Instituição:

O Serviço Social brasileiro na área de saúde mental tem uma herança - ainda que não totalmente assumida - do movimento de higiene mental que na década de 1920 se difundiu fortemente, influenciando inclusive as bases Católicas e dos serviços sociais Belga e Francês. Segundo VASCONCELOS:

a herança do movimento de higiene mental no Serviço Social Brasileiro, e particularmente no Serviço Social em saúde mental, é importante e esta fortemente presente desde as próprias bases da sistematização e profissionalização do Serviço Social norte- americano, nas décadas de 10 e 20, através dos trabalhos de Richimond e Robinson, e no desenvolvimento da tradição do Serviço Social de caso em geral. (VASCONCELOS. 2006, p.128)

De acordo com o autor, Mary Richmond⁶ era a favor de uma prática assistencial de auxílios predominantemente individuais de forma racionalizada, científica e integrada. Porém, as influencias psiquiátricas tomam maior proporção no Serviço Social a partir da entrada dos Estados Unidos na primeira grande guerra. Com o tratamento de neuroses de guerra, os soldados psicóticos e delinqüentes exigiu dos Assistentes Sociais a abordagem de fatores psicológicos.

Neste mesmo momento (ano de 1917), Richmond escreve seu primeiro livro, chamado “Diagnóstico Social”, que estudava as causas da ignorância, da pobreza, do vício e do crime, assim como o modo de combatê-los. É neste contexto que se da à fusão do Serviço Social com a psiquiatria e percebe-se a necessidade de incluir ensino de psiquiatria em toda a formação do Serviço Social.

No caso do Brasil, a psiquiatria higienista esteve ativa desde a década de 1920, período em que o Serviço Social brasileiro estava fortemente ligado a uma doutrina católica de caridade e de subordinação aos médicos.

⁶ Mary Richmond influenciou desde os primórdios a profissão de Serviço Social foi ela que na conferência de Toronto (1897) sugeriu a criação de um curso voltado para a área do social, a ideia foi levada a serio e em 1898 foi realizado um curso de verão que mais tarde se tornaria a primeira escola de Serviço Social em Nova York. Mary Richmond teve grande contribuição para a terminologia do Serviço Social introduziu e definiu vários termos relacionados a profissão seu pensamento influenciou a profissão no mundo inteiro com foco em duas principais noções : Diagnostico Social” e “ Caso Social”.

De acordo com VASCONCELOS (2016), existe certa presença higienista nos primórdios do Serviço Social que não vem sendo devidamente reconhecida pela historiografia da profissão no Brasil, apesar da diversificação e flexibilização das interpretações sobre a profissão, a partir dos anos 1990.

A partir do movimento de reconceitualização⁷ da profissão que ocorreu nas décadas de 1980 e 1990, e principalmente por meio da perspectiva teórica do Marxismo no serviço Social, a profissão passa a ter autonomia e agir como um contribuinte para a psiquiatria. Na trajetória deste processo, o Serviço Social esteve desvalorizado por diversas vezes, devido à condição de inferioridade ao saber Médico (VASCONCELOS, 2006).

É neste contexto que o Serviço Social caminha, assim como a Reforma Psiquiátrica, para um grande avanço que pode ser claramente identificado na importância do profissional Assistente Social nos Centros de atenção psicossocial (CAPS) nos dias atuais.

De acordo com Sperotto (2009), o processo de trabalho⁸ do Assistente Social consiste em compreender a instrumentalidade e a categoria teórica da profissão. A autora traz uma importante reflexão sobre a prática profissional do Assistente Social:

A prática profissional é o resultado de todo o processo de trabalho, que envolve procedimentos técnicos e institucionais, organização de materiais, organização das condições do estudo social, planejamento e execução do acompanhamento para o estudo social, eleição dos instrumentos, pesquisa, análise de conjuntura, elaboração da estratégia e técnica de intervenção e criação dos procedimentos metodológicos de intervenção direta com a população, que são expressos no planejamento da ação profissional (SPEROTTO, 2009, p.14).

A partir desta reflexão percebe-se que o Assistente Social, seja nos Centros de Atenção Psicossocial ou em qualquer outra área de atuação, deve ter por objetivo fazer uso de sua instrumentalidade com o propósito de prestar serviços a indivíduos ou grupos, analisando, identificando suas fragilidades e necessidades materiais e de

⁷ Movimento de reconceitualização é o processo de ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, onde o Serviço Social passa a atuar no campo das Políticas Sociais não mais como uma prática assistencialista ofertada pelo capital para a demanda da população carente, mas sim como meio de acesso a direitos sociais e defesa da democracia.

⁸ O processo de trabalho foi desenvolvido por Marx em O Capital, V.I parte terceira capítulo V (1867/1968). De acordo com o autor, é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando os recursos naturais em formas úteis a sua vida (SEPEROTTO, 2009, p.12).

outra ordem, aplicando métodos e estratégias específicas do Serviço Social para eliminar ou prevenir estes problemas de origem biopsicossocial. O trabalho do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial I Dr. Caio Escobar na cidade de São Borja, que foi observado durante o estagio supervisionado em Serviço Social I e II, deixou claro que o profissional atua de forma humanizada e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Segue abaixo as práticas profissionais que foram observadas durante o estágio:

* Promoção de estratégias de integração ou reintegração dos usuários à sociedade, a partir do estudo e análise das causas dos desajustes sociais dos usuários, elaborando planos ou estratégias que atuem no enfrentamento destas demandas.

* Assistir as famílias nas suas necessidades básicas, orientando-as e concedendo-lhes acesso a direitos básicos, como suporte material, educacional, serviços médicos ou de outra natureza, para melhorar sua situação e possibilitar uma convivência harmônica entre os membros.

* Elaborar e fornecer pareceres sócio-econômicos, relatórios de planejamento familiar e de encaminhamentos necessários.

* Participar de programas de reabilitação profissional, integrando equipes técnicas multiprofissionais para promover a integração ou reitegração dos usuários ao mundo do trabalho.

* Executar outras tarefas correlatas ao cargo, de acordo com a lei 8.662/93, que em seu art 5º constitui as atribuições privativas do Assistente Social.

Instrumental usado pelo Assistente Social:

- *Abordagem e plantão social
- *Trabalho com grupos
- *Entrevistas e reuniões
- *Visitas domiciliar e observações
- *A elaboração do estudo social
- *Parecer, perícia e laudo social
- *O trato ético dos registros sociais

O trabalho do Assistente Social no CAPS I tem por principal objetivo atender a demanda da melhor forma possível, atuando no acesso a direitos sociais pautados em políticas públicas e realizar uma análise da realidade social e institucional a fim de intervir para uma melhora na vida dos usuários, buscando sempre aprimorar suas habilidades nas mais diversas áreas de atuação. Também se objetiva possibilitar o acesso a benefícios sociais, comprometer-se com valores que dignificam as pessoas em suas diferenças e possibilidades, sem discriminações de qualquer natureza, respeitando sempre o seu Código de Ética Profissional, mantendo um compromisso com a liberdade, justiça e democracia, além de desenvolver uma capacidade crítica e reflexiva para compreender a demanda com qual se lida e assim possibilitar um melhor agir profissional (PANOZZO, 2009).

4.6 - Demandas e expressões da Questão Social

Parte-se do entendimento da trajetória da cidadania aliado a um processo histórico da saúde mental neste direcionamento, discute se algumas contradições importantes com relação à inserção do indivíduo com transtorno mental na sociedade, desde a institucionalização da loucura até os dias de hoje. Os direitos civis, políticos e sociais considerados fundamentais são universais e válidos para todo o ser humano, independente de seus atributos pessoais. Estes direitos estão diretamente ligados à qualidade de vida, que abrange bem-estar e satisfação das pessoas em seu cotidiano. Isto implica na garantia da igualdade, saúde, trabalho, transporte, educação, lazer e ações coletivas de uma sociedade. Nesta perspectiva, é fundamental entender as contradições estruturais da relação da sociedade com as pessoas com transtornos psíquicos.

Ao longo da história, a pessoa com transtornos psíquicos (louco) foi marginalizado, considerado incapaz de tomar decisões, desprovido de razão, da vontade, e por isso economicamente considerado improdutivo (FOUCAULT, 1972). Ao longo do estágio supervisionado I e II, pode-se observar e identificar diversas expressões da questão social que, no caso dos usuários do CAPS I, variam desde a exclusão do mercado de trabalho, violência, abandono, invisibilidade e preconceito. Constatou-se que a pessoa em sofrimento psíquico normalmente recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou o auxílio doença, o que acaba sendo insuficiente

para o sustento, já que seus cuidadores em grande maioria dos casos acabam ficando impossibilitados de trabalhar ou ter que fazer apenas “bicos”, devido ao tempo que exige cuidar de uma pessoa com transtornos mentais.

Desta forma, acaba-se gerando uma dependência financeira do benefício social do usuário, o que é muito pouco para se viver. Surgem então as desigualdades. Estes cidadãos acabam por viver em extrema pobreza, além de acabar por serem mantenedores da família, já que a única fonte de renda vem a ser o benefício social que o indivíduo recebe. Com isso os familiares criam estratégias de resistência que variam desde a briga por ser responsável pela pessoa com o transtorno mental até o medo da perda do cartão benefício.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (...). Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e á ela resistem e se opõem (IAMAMOTO. 2008, p.27-28).

Se levarmos em consideração o fato que muitos dos transtornos mentais são desencadeados pelo stress e excesso de trabalho, torna-se importante ressaltar que o sistema capitalista costuma descartar todo aquele que para ele se torna improdutivo e, no caso das pessoas com transtornos psíquicos, são simplesmente descartados por serem culturalmente considerados improdutivos e incapazes. Como se não bastasse a exclusão do mundo do trabalho, observa-se também certa “invisibilidade, que vai além do individual de cada um. Na realidade esta invisibilidade abrange a instituição em si.

Com relação a projetos de arrecadação de verbas para melhorias, as instituições filantrópicas que desenvolvem este tipo de ação social não têm nenhum interesse em relacionar os nomes de suas empresas aos projetos ligados aos Centros de Atenção Psicossocial, assim como os próprios governantes do município, quando informados de problemas decorrentes de estrutura física ou transporte, simplesmente ignoram as reivindicações alegando terem outras necessidades maiores.

Esta realidade revela uma contradição estrutural entre as pessoas com transtornos mentais e a sua cidadania. A psiquiatria ao mesmo tempo em que

possibilita aos sujeitos o direito à assistência médica e aos cuidados terapêuticos, por outro lado retira dele as demais condições de cidadania. Devido a todo o contexto histórico que circunda a história da Psiquiatria e o estigma culturalmente relacionado à doença mental na atualidade, a psiquiatria permanece utilizando métodos de aprisionamento no que se refere aos transtornos mentais, agora através do uso de drogas pesadíssimas e da medicalização das emoções, o que acaba por anular os sujeitos de uma vida social.

Assim como o Estado reconhece nestes sujeitos a necessidade de proteção e direitos à assistência social, de outro lado o preconceito e a invisibilidade acabam por excluir esta demanda. Um dos fatos que comprovam que a Psiquiatria permanece fazendo uso das práticas de aprisionamento e violação de direitos que vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento de Luta Antimanicomial é justamente o foco principal deste trabalho. Trata-se da prática psiquiátrica e institucional de controlar a sexualidade dos indivíduos por meio de discursos repressivos ou medicalização, como será debatido no capítulo seguinte.

5- A SEXUALIDADE COMO DIREITO DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Para desenvolver este referencial teórico foi necessário um estudo aprofundado sobre sexualidade e doença mental, em especial a Esquizofrenia. Devido ao fato de um número significativo de usuários do CAPS I serem esquizofrênicos, decidiu-se limitar a pesquisa somente a este transtorno. Segundo Foucault (1978), entender a sexualidade humana como um direito natural da pessoa é dar a pessoa o direito de negociar, socializar-se é dar a ela poder, e controlar a sexualidade da pessoa é controlar a própria pessoa.

Para isto se fez necessário apropriar-se de referencial teórico que possibilitou entender melhor a esquizofrenia como doença e os danos que a falta de cuidados e entendimento podem vir a causar, tanto ao indivíduo com tal doença quanto para o convívio familiar e social do mesmo, bem como quais contribuições o trabalho do Assistente Social pode trazer para garantir este tipo de direito e de que modo pode-se elaborar estratégias para esta atuação do profissional.

5.1 - Esquizofrenia:

Se levado em consideração que a Reforma Psiquiátrica do Brasil tem como vertente principal a desinstitucionalização dos sujeitos e a desconstrução histórica dos estigmas deixados pelo manicômio, bem como os signos sociais que os circundam, este movimento de transição feito pela Reforma Psiquiátrica trouxe importantes consequências não só para o doente, mas também para a família, comunidade e para os profissionais de saúde que constituem a rede de proteção em que estão inseridos.

Deve-se ressaltar que o foco destas mudanças é manter a pessoa com transtorno mental em seu contexto familiar e social, e para isso é necessário que os profissionais que atuam nesta área estejam apropriados das políticas públicas necessárias para dar suporte não só ao doente, mas também à família. Faz-se necessário voltar-se a uma prática profissional que possa atender as necessidades destes usuários, que envolvem cuidados em um sentido mais amplo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) os transtornos Esquizofrênicos são distúrbios mentais graves e persistentes, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do

afeto, por ausência de prejuízo no sensório e na capacidade intelectual, seu curso é variável e com prejuízo parcial da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo. Em geral o paciente esquizofrênico tem a sensação de que os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos ou partilhados por outros.

Podem desenvolver delírios explicativos, de que forças extremas influenciam pensamentos e ações do indivíduo de formas muitas vezes bizarras, e o resultado é um pensamento vago, elíptico e obscuro, com uma crença de que situações cotidianas possuem um significado especial usualmente sinistro, destinado unicamente ao indivíduo. Pode haver a sensação de que as idéias são retiradas por um agente exterior, o humor é caracteristicamente superficial ou contraditório, acompanhado com freqüência de inércia, negativismo, estupor. Segundo Mari e Leitão (2000), a esquizofrenia afeta 1% da população e é responsável por 25% das internações psiquiátricas.

Os efeitos desta doença sobre a vida familiar podem ser devastadores se a família não tiver um bom acompanhamento e principalmente informações sobre a doença. Em situações de crise, pode-se até chegar ao adoecimento ou a separações e abandonos.

Conforme (WINNICOTT 2001, p. 90), refere-se ao termo psicose como uma designação popular para a esquizofrenia e afirma-se que não há limites rígidos entre estes distúrbios. A psicose representa uma organização das defesas, e por trás de toda a defesa organizada há a ameaça de confusão que constitui na verdade uma ruptura da integração.

O convívio familiar no contexto da esquizofrenia por vezes pode ocorrer de uma forma desorganizada e por este motivo existe a necessidade de ampliar subsídios para que as unidades de saúde e seguridade social possam aplicar a intervenção junto das famílias das pessoas com doença mental.

O melhor meio de demonstrar quais podem ser os efeitos da psicose sobre a vida familiar é proceder à apresentação e discussão de casos reais. Aqueles que lidam com esses problemas sabem que muitas famílias se desfazem devido à carga da psicose sobre um de seus membros, e que a maior parte destas famílias provavelmente permaneceria unida se pudesse ser aliviada de uma carga tão insuportável (WINNICOTT. 2011, p. 90).

A partir desta reflexão pode-se perceber o quanto é importante que a família da pessoa com transtornos mentais também seja assistida, e o quanto é essencial a troca de informações entre os familiares de doentes mentais, o que torna possível para os familiares conhecer as particularidades da doença, entender que o que ocorre em sua família também ocorre nas famílias de outras pessoas com doença mental, facilitando um melhor entendimento no que se refere a cuidados básicos cotidianos (alimentação, higiene, medicação, etc.).

Observou-se que as famílias que convivem com a doença mental de um dos seus entes enfrentam muitos conflitos devido à carga de signos e mitos que culturalmente foram instaurando-se na história da doença mental. E a sexualidade do indivíduo com doença mental pode ser um dos maiores conflitos nestas famílias, devido à falta de informação ou simplesmente o fato de existir uma negação da existência da sexualidade destas pessoas.

No item a seguir será desenvolvido um debate a cerca da sexualidade da pessoa com esquizofrenia, bem como os danos causados pela negação e também a importância de se tratar deste assunto, junto ao poder de transformação obtido através da informação e da educação sexual.

5.2 - Sexualidade e esquizofrenia:

Neste ponto se dará início ao estudo sobre sexualidade, mencionando aspectos gerais da sexualidade na Esquizofrenia.

[...] A sexualidade é energia que encontra sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e até amor. O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda ávida do indivíduo e depende de suas características genéticas, das interações ambientais, das condições sócio culturais, conhecendo diferentes aspectos fisiológicos como infância, adolescência, idade adulta e senilidade. (O.M.S, 2002 Apud SANTOS. 2010, p.8).

Santos (2010, p.9) utiliza- se deste conceito de sexualidade para afirmar que não é um conceito estático e previsível, mas sim dinâmico, como um todo que envolve a vida do ser humano que evolui ao longo da história sofrendo influências sócio-culturais de determinadas épocas. De acordo com a autora, a sexualidade humana é resultado de um diálogo entre aspectos que envolvem setores fisiológicos, culturais, sociais, emocionais e afetivos.

Já Foucault (1988) traz um processo histórico da sexualidade que perpassa pelo início século XVII, onde vigorava uma franqueza natural - até o século XVIII, com o surgimento de uma fase de repressão sexual em que o sexo se resume exclusivamente à sua função reprodutiva, tendo por modelo de aceitação o casal hétero, e o que sobra acaba por se tornar algo politicamente incorreto, inaceitável e é negado, expulso, banido. Foucault denomina esta repressão de “hipótese repressiva”, que serve para os moldes da sociedade atual e afirma que insistir nesta hipótese possibilita de certa forma relacionar tudo o que está ligado ao assunto sexo/sexualidade a valores mercantis.

Para Foucault (1988), a sociedade burguesa se vê forçada a permitir a existência de alguns fatores relacionados à sexualidade a qual se denomina “sexualidade ilegítima”, e faz destes fatores uma forma de render lucros, já que vivemos em um momento histórico em que o trabalho é muito explorado - e energias desperdiçadas com prazeres são possíveis perdas para o capital. O autor afirma que aquele indivíduo que gasta suas energias com atividades sexuais possivelmente vai render menos em suas tarefas de trabalho, por isso é importante para a sociedade capitalista que se mantenham os discursos repressivos, mantendo o bom rendimento físico do trabalhador, produzindo mais e em menos tempo. Foucault interroga a hipocrisia da sociedade que estaria reprimindo o sexo com uma forma discreta de controle e poder sobre os indivíduos, onde este poder se utiliza de uma série de discursos que se proliferam com muita força, principalmente a partir do Século VIII, por meio de instituições como a igreja, escola, família e consultórios médicos. Instituições estas que não visam proibir ou reduzir a prática sexual, mas sim buscar um controle do indivíduo e, por conseguinte, da população em geral.

Estes discursos úteis, segundo Foucault (1988), visam falar de sexo não apenas como algo a ser tolerado, mas como um assunto a ser administrado e utilizado para “o bem de todos”, no intuito de fortalecer o poder e a potência do Estado como um todo, como forma de regular problemas políticos e econômicos da população como, por exemplo, controlar a natalidade e idade do casamento, ligando a forma com que cada indivíduo utiliza-se da sua sexualidade ao dinheiro, na busca por uma sexualidade economicamente rentável.

Para o autor supracitado, o silêncio, a negação e a censura são uma produção discursiva e é preciso libertar o desejo contra a repressão religiosa e capitalista. Neste contexto a sexualidade passa a despertar o interesse de outros

setores da sociedade. Entre eles encontra-se a psiquiatria, que acaba por estabelecer as perversões sexuais e que passa a chamar as atenções sobre os perigos incessantes do sexo, incitando ainda mais os discursos acerca da sexualidade e fazendo com que cada vez mais que se vigie e reprima a sexualidade.

[...] A instância da regra. O poder seria, essencialmente, aquilo que dita à lei, no que diz respeito ao sexo. O que significa em primeiro lugar, que o sexo fica reduzido, a pô ele, a regime binário: lícito e ilícito, permitindo e proibindo. Em seguida, que o poder prescreve ao sexo uma “ordem” que funciona, ao mesmo tempo, como forma de inteligibilidade: o sexo se decifra a partir de sua relação com a lei. E em fim, que o poder age pronunciando a regra: o domínio do poder sobre o sexo seria efetuado através da linguagem, ou melhor, por um ato de discurso que criaria, pelo próprio fato de se enunciar, um estado de direito. Ele fala e faz a regra. A forma pura do poder se encontraria na função do legislador; e seu modo de ação com respeito ao sexo seria jurídico- discursivo. (FOUCAULT, 1988, p.93).

De acordo com Bilouet (2003), Foucault segue o método marxista para situar o os sistemas punitivos em uma “economia política” do corpo e afirma que o crescimento de uma economia capitalista apela para a modalidade específica do poder disciplinar, poder que age por meio de discursos que com o decorrer do tempo transformaram o sexo em algo feio e visto como errado ou até mesmo algo que deve ser punido, tornando o assunto sexo um tabu. Foucault chama a atenção para uma nova hipótese da sexualidade humana de que as sexualidades são socialmente construídas.

Silva (2010), em sua obra “A liberdade sexual administrada” traz à luz a ideia de uma sexualidade controlada pelos mecanismos sociais, o que vai de encontro com a hipótese de Foucault de uma sexualidade manipulada e construída socialmente. A sexualidade humana pode e deve ser considerada uma forma de poder que ao longo da história vem sendo oprimida na tentativa de se controlar os indivíduos.

Se comparado com o excessivo rigor puritano e intolerância repressiva da moral Vitoriana, o padrão da liberdade sexual atualmente consentido sugere uma ampliação significativa da autonomia dos indivíduos frente às determinações sociais do comportamento e da atitude relativos ao sexo e as instituições que o circundam. Segundo o entendimento comum, a liberdade de dispor do próprio corpo segundo as possibilidades de prazer que ele comporta se tornou condição primordial da existência. (SILVA. 2010, p.37).

Segundo Silva (2010), o sexo está diretamente ligado a valores morais, dado ao fato que atualmente as sociedades vêm vivenciando uma revolução sexual. Este assunto ainda permanece envolto de diversos tipos de preconceitos e tabus que ao longo do tempo foram sendo construídos e desconstruídos, de acordo com os interesses sociais como meio de manipulação e controle social. Segundo o autor, na atualidade a sexualidade dos indivíduos vem sendo coisificada, tratada como mercadoria e para isso se faz necessário que os indivíduos estejam dentro dos padrões impostos pelo capitalismo.

A interpretação estereotipada da realidade tornou-se inerente à produção cultural específica do capitalismo contemporâneo, passando a apresentar como traços naturais, os comportamentos e atitudes dos indivíduos em sua forma já cristalizada. Constituída como síntese das metamorfoses pelas quais passaram a cultura e a moral reguladora da conduta cotidiana dos indivíduos ao longo da história, a sociedade administrada adquire uma aparência mítico-natural; sua estrutura estagnada, além de fidedigna expressão da dominação técnica da natureza, também comporta a problemática relação entre sujeito e objeto processada em seu interior (SILVA, 2010, p.39).

Conforme SILVA (2010), na atualidade existe uma distorção do estado real entre mercadoria e homem, decorrente de uma projeção fetichista da mercadoria que acaba por deteriorar a capacidade de discriminação entre homens e coisas, e fazendo com que as pessoas não só sejam percebidas a partir das mercadorias que possuem, mas também fazendo com que assemelhem sua própria existência à forma das coisas.

Existem estereótipos que estimulam o consumo. Estes são aceitos como indicadores positivos da condição real da pessoa. Ao produzir a necessidade de consumo e ao mesmo tempo determinar o sentido da produção, o Marketing produz um determinado padrão estimulado pela produção cultural que, ao mesmo tempo em que determina e define conceitos, exclui e discrimina aqueles que não se enquadram nestes padrões. De acordo com Billouet (2003, p.156), existe uma sexualidade de classes e uma estratégia capitalista de controle da sexualidade da população para fins lucrativos. Este controle ocorre por meios midiáticos e discursivos, a fim de exercer certa padronização nos indivíduos.

A intensidade corporal cultivada no dispositivo de sexualidade depende em primeiro lugar da afirmação da burguesia, mais do que da servidão do proletário. Só no século XIX, quando ocorriam conflitos epidemias, urgências

econômicas, é implantada a tecnologia de controle que vigia os corpos dos proletários. Reticente, o proletariado acredita que a sexualidade não lhe diz respeito (BILLOUET. 2003, p.157).

Considerando as reflexões acima, pode-se chegar à conclusão que a sexualidade nos dias atuais vem passando por diversas transformações voltadas para o modo de produção capitalista, que define padrões e coisifica os indivíduos, excluindo todo aquele que não se inclui nestes padrões.

Levando em conta os processos acima vivenciados pela sexualidade humana, é de fundamental relevância que se traga um estudo sobre a sexualidade e suas particularidades em indivíduos com Esquizofrenia. Santos (2010) reconhece que a sexualidade é um processo que se constitui ao longo do ciclo da vida dos indivíduos e trata-se de um movimento complexo, com contornos diferentes para homens e mulheres, e chama atenção para a importância de se tratar do assunto sexualidade-esquizofrenia. É importante esclarecer que o curso da doença influencia na forma como o indivíduo desenvolve suas capacidades psicoafetivas, sendo determinantes na construção das relações afetivas e de intimidade.

Estas reflexões proporcionam a maturação de idéias sobre sexualidade nos indivíduos com Esquizofrenia. Com a descrição de estudos sobre sexualidade de com pessoas com esta patologia, a autora traz a idéia de que o aparecimento da doença precocemente interferirá nas relações que o indivíduo estabelece com seus pares e como se sente homem ou mulher. Porém, o processo de construção da sexualidade dos indivíduos com Esquizofrenia é semelhante ao das pessoas saudáveis. Santos (2010) aponta um fato importante que pode causar maiores conflitos ao nível pessoal e racional da pessoa com Esquizofrenia: esta realidade é chamada pela sexologia de realidade erótica.

Ainda de acordo com Santos, a expressão e compreensão dos gestos, a capacidade de agir, as diferenças entre fantasia, realidade e desejos, são fortes exigências para pessoas com esta patologia. Os indivíduos com esquizofrenia podem vivenciar a realidade erótica de forma confusa, encontrando dificuldades em distinguir fantasia, desejos e condutas e podendo gerar nestes indivíduos um comportamento considerado constrangedor.

Para a autora, os indivíduos com esquizofrenia possuem critérios morais restritos e expressam certo receio nos relacionamentos sociais e emocionais, além

da própria sintomatologia da doença aliada à desigualdade social, que contribui para que estes indivíduos não tenham um desenvolvimento sexual satisfatório.

[...] Os sujeitos que apresentam um quadro crônico apresentam deterioração da sua atividade sexual, acompanhada de outras alterações particularmente ao nível mental e psicossocial. No entanto, os crônicos com boa evolução, apesar de estarem interessados na vida sexual, apresentam dificuldades emocionais em expressar essas mesmas necessidades, impedindo o sucesso nas relações sociais e afetivas (SANTOS, 2010, p.16).

Para a autora, vivenciar a sexualidade envolve saber comunicar-se consigo mesmo e com os outros, o que exige comunicação verbal e corporal, e no caso dos indivíduos com esquizofrenia, estas dimensões encontram-se afetadas pela doença. De acordo com Autori (2009), existe uma crença criada pela psiquiatria para justificar as práticas de castração desenvolvidas e aplicadas nos manicômios, que afirma que a sexualidade do indivíduo considerado “louco” é uma disfunção do seu corpo ou um processo patológico que o diferencia dos padrões de normalidade socialmente exigidos.

Autori faz uma crítica às instituições que se utilizam de condutas para manter o usuário calmo e cooperativo, o que torna o ambiente institucional um lugar mórbido que tutela o indivíduo, regulando sua vida e o seu destino e o reduz à condição de objeto, esvaziado sua subjetividade e sua humanidade e o reduzindo apenas a um corpo. A autora denomina esta prática como sendo uma violência velada, poder disciplinar travestido de boas intenções. Estas medidas disciplinares de gratificação ou punição ordenadoras do comportamento aliadas a uma medicação normalmente em quantidade superior ao necessário viola direitos e utiliza-se de um método de “cura”, que é sinônimo de domesticização. A partir das considerações acima, pode-se compreender que a sexualidade tem papel fundamental na vida social dos indivíduos tanto saudáveis quanto com doença mental, e que no decorrer da história a sexualidade vem sendo reprimida tanto num processo social que envolve indivíduos saudáveis quanto ao que diz respeito aos indivíduos com doença mental.

Ainda conforme Autori, o indivíduo com doença mental traz um histórico cultural dos modelos hospitalocêntricos vivenciados anteriormente à Reforma Psiquiátrica, quando as pessoas com doença mental ainda eram trancafiados em

hospitais psiquiátricos e passavam por processos de dessexualização⁹. A instituição responde à atividade sexual de seus pacientes de forma bastante determinada.

O autor traz a concepção de que se inicia com operações discursivas menos violentas, diálogos para convencer que o sexo não deve ser realizado nas dependências do hospital, se o “diálogo” (monólogo) não é eficaz existem medidas disciplinares, contenção física e medicamentosa. Os psicofarmacos que tem ação “dessexualizantes” são muito utilizados para evitar a violência explícita, cala-se o sujeito sem se sujar as mãos. Já que não se pode mais usar da violência física, medicaliza-se o indivíduo de modo que este não tenha desejos ou sequer comando sobre o próprio corpo, o que para a autora é considerado uma prática manicomial e vai contra os princípios da Reforma Psiquiátrica. O preço para o paciente, porém, é muito alto e o remédio, quando usado em quantidade inadequada, pode impedir na paranóia a construção narrativa do delírio e uma possível estabilização psíquica. Os sintomas extirpados não deixam pista nem sinal para a escuta da subjetividade.

Uma instituição funciona como uma engrenagem onde se estabelecem rotinas que se repetem sem que haja nenhuma problematização. As práticas que são exercidas sustentam a idéia de que não há muito a ser feito e tudo o que foge a rotina tem que ser abolido. Desta forma foi sendo estabelecida uma cultura de castração do indivíduo com doença mental e com o esvaziamento de sua subjetividade, sua humanidade se reduz apenas a um corpo que suportará processos disciplinares que visam o reconstruir como sujeito, não como indivíduo.

Negar a pessoa com doença mental o direito de exercer, conviver e principalmente conhecer sua sexualidade é negar a ele o direito e ter uma identidade de existir como indivíduo completo e possuidor de direitos. Autori (2009) ainda afirma que a atividade sexual insiste, mesmo quando a instituição usa todo seu poder para impedi-la, ela é uma reação a subtração do sujeito, deste modo por meio da sexualidade o sujeito busca resgatar sua humanidade.

⁹ Castração química por meio de medicamento ou através de discursos repressivos.

6 – EDUCAR PARA: UM RELATO A PARTIR DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo irá apresentar e problematizar o projeto de intervenção denominado “Educar para Prevenir”, que foi desenvolvido no CAPS I. Dr Caio Escobar nos meses de agosto e setembro, tendo como público alvo os usuários dos serviços intensivos e semi-intensivos do CAPS, que abrange adultos com idade na média de 18 a 65 anos e que se encontram em estado de sofrimento psíquico. O projeto é originário das observações geradas de vivências presenciadas durante o período de estágio supervisionado I, e através da técnica de escuta sensível que se deu por meio de estratégias para fortalecer vínculos com os usuários e possibilitar a troca de informações e experiências vivenciadas no cotidiano dos usuários. Utilizou-se também a leitura de documentos e prontuários que vieram a contribuir para o desenvolvimento de documentos de estágio, como diários de campo e análise institucional, o que contribuiu no reconhecimento da demanda que mais necessita de intervenção.

Ao passar por esta etapa teve-se maturidade acadêmica para desenvolver um projeto de intervenção buscando atender uma demanda específica, que foi identificada como resultado de um processo dialético de desvendamento da realidade com o intuito de conhecer para atuar na busca pela garantia e acesso dos direitos sociais assegurados a estes cidadãos. A necessidade de propôr e desenvolver um projeto de intervenção voltado para a educação sexual surgiu a partir das observações realizadas durante o convívio com os usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial I), ao longo do processo de estágio supervisionado I. Pode-se acompanhar de perto o cotidiano dos usuários do CAPS e observar em muitos dos casos que um número significativo de pacientes tem uma vida sexual ativa, alguns tem filhos, e muitos já sofreram abuso sexual.

A observação possibilitou identificar situações de risco vividas pelos usuários do CAPS I Caio Escobar, ligadas à cultura de invisibilidade que circunda as pessoas que sofrem de doença mental. Dentre estas observações identificaram-se diversos fatores que contribuem para justificar a importância do desenvolvimento de um projeto que trate do assunto sexualidade e situações de risco nas relações sexuais. Um ponto de extrema relevância a ser observado é a questão da confusão mental causada pela doença, os indivíduos não conseguem identificar as situações de abuso, o que oportuniza o abusador a aproveitar-se deste fato e corrobora para que

o abusador se utilize disto como vantagem, uma vez que a vítima não percebe a violência como um ato inadequado.

Neste sentido percebeu-se que é de extrema importância falar sobre o assunto sexo com os usuários do CAPS I Dr. Caio Escobar, tornar o assunto cotidiano e normal, desvendar mitos esclarecer dúvidas, possibilitar aos usuários acesso à informação como um direito, como está prescrito na Constituição Federal, artigo 5º, inciso XXXIII:

Dos direitos e deveres individuais e coletivos: Todos tem o direito a receber dos órgãos informação do seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível a segurança da sociedade e do Estado I (BRASIL, 1988, artigo 5º inciso XXXIII).

Aproximar a saúde mental e a sexualidade corrobora com a garantia de direitos que estão sendo encobertos pela invisibilidade que recai sobre o assunto e denota uma falha na assistência a saúde mental no que se refere à promoção de saúde. Outro ponto de grande relevância que observou-se está relacionado às famílias das pessoas com doença mental: por vezes os familiares tentam esconder o doente mental do resto do mundo por ter vergonha dos seus atos e pela própria carga de preconceito que é instituída culturalmente a estes indivíduos. Desta forma, os familiares costumam resguardar a pessoa com transtorno mental de tal maneira que acabam escondendo-os do restante da sociedade, privando o indivíduo do convívio social, assim os tornando mais vulneráveis às situações de risco e dificultando ainda mais o acesso aos direitos sociais.

Outra característica peculiar que se pode perceber dentre os familiares de indivíduos com doença mental é a negação da sexualidade destes indivíduos, o que contribui para o risco de torná-los possíveis vítimas de abusos sexuais, já que ao negar não se toca no assunto e conseqüentemente, ao não se falar do abuso sexual e da necessidade de se ter uma educação sexual, se omite o direito dos indivíduos a se proteger e negociar o sexo seguro, além de, acima de tudo, entender o que é o abuso sexual.

Percebeu-se uma certa normalidade entre as pessoas com doença mental com relação a atitudes como masturbar-se em lugares impróprios, buscarem relacionar-se entre si, ou até mesmo achar normal qualquer tipo de abuso, já que são em muitos dos casos privados de uma educação sexual. Estas famílias de

cuidadores em muitos dos casos não estão preparados para lidar com este assunto, visto que muitos não tiveram sequer acesso a uma educação básica, devido às condições de vida de extrema pobreza, o que é muito comum entre os usuários do CAPS I.

Um outro fator foi percebido ao tocar no assunto com os familiares: notou-se ser comum a negação da sexualidade do doente mental, e isto está atrelado ao fato de que a família costuma tratar estes sujeitos como crianças ou então buscar justificativa no fato de que os doentes mentais não se enquadram nos padrões de beleza “exigidos pela sociedade”, já que estamos vivenciando um momento histórico de culto ao corpo perfeito e estes sujeitos em geral não se enquadram nestes padrões, sendo considerados pelos cuidadores como corpos desprovidos de desejo e de serem desejados.

Desta forma, compreendendo a situação dos usuários do CAPS I de falta de informações relacionadas à sexualidade, identificou-se a necessidade de se realizar uma intervenção que ao mesmo tempo em que possibilite aos usuários informações e educação sexual possa estar atuando na garantia de direitos sociais a estes cidadãos.

A finalidade do projeto de intervenção aplicado durante o Estágio II foi a promoção à saúde, à proteção social e ao auxílio na vivência de uma sexualidade saudável. O esclarecimento sobre sexualidade e possíveis contaminações por DSTs pode corroborar com a diminuição dos casos de abusos e possíveis contaminações a que esta parcela da sociedade vem sendo exposta. Possibilita a pessoa com doença mental ter autonomia em realizar suas próprias escolhas e defender-se de situações de risco. Falar sobre sexualidade não é apenas falar sobre sexo, é também falar sobre o desenvolvimento do corpo e tem importância no enfrentamento à violência sexual, no combate a possíveis infecções por DSTs. Falar sobre sexo e informar os pacientes sobre este assunto é garantir o direito da pessoa com doença mental a ter uma identidade, é possibilitar o acesso ao direito à Saúde.

Ballone (2008), com relação à orientação sexual, acredita que deveria ser incluída na educação geral das pessoas com doença mental a estimulação sensorio motora, intelectual e das capacidades adaptativas ao meio social, de modo natural. Com os tratamentos e terapias aplicadas nos CAPS, a melhora significativa que estes usuários apresentam mediante a política de portas abertas e a inclusão social que as pessoas com doença mental vêm alcançando, possibilita aos usuários a

capacidade de viver integrados nas comunidades e, portanto, acabam expostos a riscos, o que implica na urgência de políticas públicas voltadas a efetivar direitos e programas voltados para a saúde mental.

6.1 – Objetivos do projeto:

O objetivo do projeto é construir com os usuários do CAPS I e suas respectivas famílias um espaço de diálogo e reflexão sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais, a fim de contribuir com a promoção da saúde e prevenção de abusos sexuais, esclarecendo e informando os usuários sobre seus direitos como cidadãos e através da informação auxiliar aos usuários o acesso a tais direitos.

Os objetivos específicos do projeto foram:

- Oportunizar discussões e reflexões sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais e a importância da educação sexual,
- Refletir sobre a importância dos cuidados com o corpo bem como sobre os direitos relacionados à realização de exames preventivos que possibilitam o diagnóstico de doenças e os seus respectivos tratamentos.
- Problematicar com os familiares dos usuários do CAPS Caio Escobar os cuidados necessários no que diz respeito à influência de valores culturais e religiosos que contribuem para a omissão e o silenciamento no que diz respeito às situações de violência sexual e/ou que possibilitam a exposição às situações de risco e vulnerabilidade.

6.2 - Metodologia:

A metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos nas atividades foi desenvolver, tanto com os usuários do CAPS I quanto com as suas famílias, as atividades que compreenderam abordagens individuais com vista a refletir com os mesmos sobre o uso de preservativos, negociação de sexo seguro, além de esclarecer sobre direitos existentes relacionados a exames médicos preventivos e tratamentos para DSTs em caso de necessidade, com disponibilização

de contraceptivos e preservativos. Foram utilizados nas intervenções alguns materiais informativos ilustrativos (Cartilhas de educação sexual para adolescentes), com linguagem de fácil acesso, e utilizou-se de linguagem verbal de fácil compreensão para facilitar a comunicação. Foram valorizadas neste processo as informações obtidas dos usuários, valorizando aquilo que o mesmo sabe sobre o assunto.

Para tornar possível a realização das tarefas foi necessário um período de aproximação e estabelecimento de vínculos, que realizou-se por meio de estratégias de aproximação em que foi possível, através da inserção e participação da estagiária nas oficinas e atividades ofertadas, ganhar a confiança dos usuários facilitando e assim a realizar da intervenção. Utilizou-se da escuta sensível e foram valorizadas as falas e experiência relatadas pelos usuários. Com relação ao trabalho que foi desenvolvido com a as famílias, destaca-se que aproveitou-se de uma sistemática já existentes de reuniões, o que possibilitou as abordagens .

A proposta de metodologia do projeto, na medida em que se foram pondo em prática as intervenções, teve que ir sendo adaptada devido às dificuldades que foram aparecendo no decorrer das mesmas.

6.3 - Limites e possibilidades na intervenção sobre a sexualidade no CAPS I

Inicialmente pensava-se em realizar as intervenções com grupos. No entanto, percebeu-se que existia certa dificuldade de concentração com grupos, visto que o assunto em si causa certo alvoroço e os usuários não estão habituados a falar sobre sexo por se tratar de um assunto envolto de tabus e preconceitos. Foi então que se optou pelas abordagens individuais com os usuários e como já existe um vínculo formado, as conversas foram muito proveitosas.

Outra dificuldade encontrada foi com relação ao material informativo e os preservativos que foram utilizados na intervenção: os materiais utilizados foram cedidos pela secretaria da saúde, mas ao fazer o pedido o responsável pelo SAE (centro de atendimento especializado) mostrou-se resistente para ceder os materiais (cartilhas, preservativos), por se tratar de pacientes do CAPS I. Foi possível perceber um certo preconceito da parte do cidadão em questão, que demonstrou

certo desdém com relação aos usuários do CAPS e inclusive mandou que se utilizasse a verba do CAPS I para comprar os materiais.

Foi necessário que a coordenadora do CAPS I e a Assistente Social entrassem em contato com a secretaria da saúde, requerendo o acesso a estes materiais que por direito são para toda a comunidade, sem distinção. As campanhas de prevenção as DSTs são uma iniciativa do Ministério da Saúde para que estas possam ser acessadas por toda a população, fazendo valer o princípio da Reforma Sanitária, que traz a saúde como um direito universal.

Superada a dificuldade relacionada aos materiais da campanha DSTs, mais uma dificuldade teve de ser enfrentada: no que se refere ao assunto sexo, o grande desafio é vencer o tabu que cerca o assunto e, por se tratar de indivíduos com transtornos mentais graves, os mitos em torno do assunto sexualidade ficam ainda mais acentuados, além de existir o fato da negação da sexualidade destes sujeitos.

A aceitação da família por se tratar do assunto sexualidade foi uma das principais dificuldades, visto que muitos vêem este assunto como incentivo a práticas imorais. Utilizando-se de um referencial teórico elaborado a partir de muito estudo, aos poucos foi se justificando junto à instituição, familiares e usuários a devida importância de se trabalhar a questão da sexualidade no CAPS I. Com os familiares dos usuários foi possível realizar a intervenção em grupo, e a dificuldade foi manter foco no assunto, assim como será narrado abaixo, através de informações retiradas do diário de campo.

Os mais jovens são os primeiros a tocar no assunto e aos poucos os mais velhos vão se introduzindo na conversa. O primeiro a dar seu relato foi um pai de família na média de 40 anos, que recentemente descobriu que a esposa é esquizofrênica. Ele falou que as informações que estava tendo sobre sexo iriam servir para orientar seus filhos, já que sua mulher está doente e não terá condições de falar de sexo com as crianças. Relatou que tinha um casal de filhos adolescentes e que estava sendo difícil enfrentar a situação, que precisa trabalhar, cuidar da esposa e dos filhos e tinha medo de não estar dando atenção necessária aos seus filhos (PINTO, 2013).

No decorrer da intervenção e durante as conversas com os familiares dos usuários, aos poucos eles acabam por desabafar suas dificuldades e fragilidades vivenciadas no dia-a-dia. O fato é que a cultura de invisibilidade que circunda as pessoas com doença mental acabam por atingir também seus familiares, que

quando têm uma oportunidade de serem ouvidos, aproveitam para contar suas mazelas na tentativa de serem vistos e ouvidos .

Aos poucos nas falas dos usuários vai se percebendo o tanto que eles têm a dizer e a herança cultural de cada pessoa vai se revelando na maneira como expõem suas opiniões. Aos poucos a questão social nos salta aos olhos por meio de declarações de pessoas que na grande maioria das vezes querem apenas ter um espaço em que possam ser ouvidas e falar por si próprias.

De certa forma, ao criar um espaço com o propósito de intervir na demanda referente a direitos relacionados à sexualidade dos usuários do CAPS I Dr Caio Escobar, criou-se um onde por muitas vezes se fugiu ao tema sexualidade, mas criou-se também um vínculo com os usuários e familiares que possibilitou uma troca de experiências que enriqueceu - e muito - este momento do estágio.

Para desenvolver o projeto de intervenção, avaliou-se primeiramente qual a demanda a ser atingida e percebeu-se que um número significativo de aproximadamente 60 usuários do CAPS I apresentava problemas relacionados a abusos sexuais ou doenças sexualmente transmissíveis, estes sendo pessoas com Esquizofrenia. Objetivou-se então desenvolver um projeto de intervenção voltado para a educação sexual de modo que pudesse atingir a todos os usuários e não apenas as pessoas com esquizofrenia. Para isto, foi necessário realizar um estudo relacionado à sexualidade e Esquizofrenia para delimitar o tema, devido à variedade de transtornos mentais que afetam a população de usuários do CAPS.

Um dos desafios foi fazer com que a intervenção fosse aplicada também com as famílias dos usuários, possibilitando o despertar de uma reflexão sobre a sexualidade do doente mental a fim de trabalhar a aceitação e estimular o debate entre cuidador e usuário sobre o assunto sexo, buscando incentivar os próprios familiares a trabalhar a educação sexual com os usuários. E por fim apresentou-se a proposta de prosseguimento do projeto para a equipe de funcionários do CAPS.

Para realização de projeto objetivou-se desenvolver atividades que envolvessem material didático como vídeos informativos de campanhas contra DSTs, o uso de cartilhas ilustrativas, palestras com psicóloga e reuniões envolvendo a equipe de funcionários.

Os recursos necessários para realizar tais atividades foram humanos: 1 estagiaria, 1Psicologa, 1 Assistente Social, 1 Auxiliar de enfermagem. Os recursos materiais necessários foram à quantia de 20 caixas de preservativos, 60 cartilhas

informativas sobre DSTs, uma televisão e um DVD para exibição de vídeos informativos do Ministério da Saúde sobre educação sexual.

O projeto de intervenção Educar para prevenir, embora tenha encontrado dificuldades e ao decorrer das intervenções tenham ocorrido mudanças até mesmo na metodologia, alcançou o objetivo ao despertar nos usuários a curiosidade sobre o assunto e trazer na fala de familiares respostas positivas com relação à proposta do projeto. Na última reunião com os familiares, houve o relato de uma senhora, mãe de um usuário que anteriormente havia contado que seu filho queria namorar e ela não permitia, pois tinha que protegê-lo. A mesma senhora relatou na reunião que teria ficado mais confiante com relação ao filho e teria feito um quarto separado para o rapaz, permitindo que o mesmo recebesse em casa sua namorada, agora que ela já sabia como falar para ele usar preservativos, já que o medo da mãe era que o filho engravidasse a companheira.

E por fim e não menos importante é o fato de que a equipe de funcionários do CAPS concordou em seguir adiante com a proposta e incluir educação sexual nas atividades da instituição. Os resultados das intervenções puderam ser notados nas falas dos usuários: “realmente meu filho tem estado mais calmo depois que eu arrumei para ele um quatinho com banheiro nos fundos de casa e deixei ele trazer a namorada que também é do CAPS... Ele nunca mais se avançou em mim” (SIU).

A fala de uma mãe de dois filhos esquizofrênicos, ao relatar que o filho apresentou grande melhora depois que ela o permitiu que namorasse e tivesse uma vida sexual ativa e saudável, mostrou os bons resultados do projeto. A senhora afirma que tem deixado os preservativos sempre em lugar de fácil acesso para os filhos e que pretende organizar um quarto com privacidade para o filho mais novo também. Os resultados também mostraram-se na maior frequência em que os usuários têm procurado por preservativos.

Pode-se considerar que um dos resultados mais importantes extraídos do período da intervenção foi o vínculo que foi criado com os usuários, permitindo que o estagiário pudesse desmistificar seus próprios medos e preconceitos relacionados à doença mental, além de estimular a busca pelo conhecimento relacionado ao Serviço Social e saúde mental.

O projeto foi de grande valia principalmente para o crescimento do estagiário como profissional. O CAPS I Dr Caio Escobar é um lugar de suma importância para a vida destes cidadãos, que fazem uso dos seus serviços. A principal observação

realizada nos períodos I e II de estágio está relacionada a uma fala incomum entre todos os familiares que se teve contato: todos afirmam que o CAPS I possibilitou a eles viver melhor, com mais dignidade, e sentirem-se pertencentes a um lugar.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver um trabalho final de graduação voltado para a Saúde Mental e sexualidade tem grande relevância primeiramente por que se trata de um assunto que ainda não foi debatido, mas que merece total atenção ao poder abrir precedentes para novos estudos acadêmicos voltados para o tema. Ao desenvolver este trabalho, primeiramente pensou-se na garantia de direitos e na a prevenção de doenças e acesso a campanhas de prevenção, exames clínicos, e eventuais tratamentos em caso de precisão. No entanto, ao se estudar o tema, percebeu-se que a questão da sexualidade vai muito além de simples campanhas de redução de danos.

Trata-se de direito à liberdade do indivíduo, direito à identidade, à subjetividade da personalidade de cada um, trata-se de uma maneira de atuar como mediador, na tentativa de eliminar práticas herdadas dos modelos hospitalocêntricos onde se castrava o sujeito por meios medicamentosos simplesmente para evitar o incômodo de ter que lidar com a sexualidade. Este trabalho tem grande relevância, pois percebeu-se que a questão da negação da sexualidade afeta todas as esferas da sociedade, naturalmente de formas diferentes. A hipótese repressiva de Foucault faz todo o sentido, já que este tema é pouco debatido não só no Serviço Social, mas também em outras diversas áreas do saber.

No entanto pode-se concluir que as experiência relatadas no Trabalho de Conclusão De Curso, sobre o estagio supervisionado I e II que se realizou no CAPS I Dr. Caio Escobar, atendeu as expectativas no que diz respeito à diversidade de demandas pertencentes à questão social que foram identificadas, possibilitando um processo de amadurecimento acadêmico. Também foi de grande validade no que se refere ao crescimento pessoal do acadêmico como futuro Assistente Social, uma vez que deu ênfase a uma reflexão acerca de uma parcela da sociedade marcada por estereótipos e pela invisibilidade, oportunizando um aprendizado diferenciado e extremamente rico nesta etapa da graduação.

A observação e reconhecimento das demandas apresentadas no campo de estágio aos poucos foram se materializando em um desafio dialético crítico de desvendar a realidade concreta dos usuários, realizando um movimento de reconhecimento das categorias teóricas nas categorias empíricas e vice-versa, bem como prevê o método o marxiano.

[...] o método dialético crítico contempla no processo investigativo o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas, o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade e a articulação entre dados quantitativos e qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade (PRATES. 2003, p.2).

Segundo Prates (2003), a teoria e o método marxiano são encantadores justamente pela profundidade da pesquisa intrinsecamente relacionada e direcionada para a realidade social e pela concretude das ações que visam sua transformação. Foi fazendo uso deste método que se identificou uma demanda não muito lembrada - e nem por isso menos importante -, que tem a necessidade de ser transformada.

Deste modo, concluiu-se esta etapa da graduação podendo afirmar que se teve o máximo de aproveitamento das oportunidades disponibilizadas pelos profissionais em transmitir suas experiências e foram valorizadas ao máximo as informações obtidas no campo de estágio, para a produção do conhecimento no que se refere ao trabalho do Assistente Social em um CAPS I e na atuação profissional dentro das equipes multiprofissional.

8 - REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BALLONE, G J. **Sexualidade das pessoas Portadoras de Deficiência Mental**. In: PSIQ Web. Disponível em: < www.psiweb.med.br/revisto> Acesso em Dez.2013.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise Institucional da Prática**. São Paulo:Cortez, 2011.

BILLOUET, Pierre. **Foucault**. Tradução Beatriz Sidou; revisão técnica Carlos José Martins. São Paulo: Liberdade, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de atenção à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção a Saúde**. Departamento de Atenção Básica- Brasília Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 17 Dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. De 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental**. Conferencia Regional dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas, Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 20 de Nov. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários**: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 20 de Nov de 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete Do Ministro. **Portaria nº,03.090, de 23 de dezembro de 2002.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html> Acesso em: jan de 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: Dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental na Atenção Básica.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1> Acesso em: 15 Dez 2013.

CCHR, Comissão Dos Cidadãos Para os Direitos Humanos Psiquiatria. **Uma Indústria da Morte,** documentário, Dobby Stereo Digital,2006.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Programa de Volta para Casa.** Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/programa.html>> Acesso em: 15 Dez. 2013.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Serviços Residenciais Terapêuticos.** Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/residencias.html>> Acesso em: 14 Dez. 2013.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura.** Perspectiva: São Paulo, 1978.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Gerail,1988.

GOFFMAN. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho na formação profissional**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LIMA, Márcio José Silva. **História da loucura na obra “o alienista” de machado de Assis: discurso, identidades e exclusão no século xix**. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/12_MarcioJoseSLima_HISTORIA%20DA%20LOUCURA%20NA%20OBRA.pdf> Acesso em 18 Dez de 2013.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissões no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 17, n. 3, set./dez. 2006.

Marcio José Silva Lima, História da loucura na obra “o alienista” de Machado de Assis: discurso, identidades. Caos – **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. Página. 141 – 153. Número 18 – setembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em 20 de Nov de 2013.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt3090_23_12_2011.html> Acesso em: Jan. 2014.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, out. 2007.

PANOZZO, Vanessa Maria. **Tese de doutorado**. Faculdade de Serviço Social, pontifícia Faculdade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, dez de 2009. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2468> Acesso em Nov.2013.

PEREIRA João Fraize, **o que é loucura**, 1º ed 1982, 3º Ed, 1984 Editora Brasiliense S.A São Paulo Brasil. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_2068/0FPCHPYXWS.pdf> Acesso em: set. de 2013.

Perez, Angelica. A importância dos exercícios físicos para a saúde mental disponível em: <<http://saudedamente.com.br/a-importancia-dos-exercicios-fisicos-para-a-saude-mental/>>. Acesso em março de 2014.

PRATES, Jane Cruz. **O Planejamento da Pesquisa social**. Publicado na revista Temporalis. N°7. Porto Alegre, ABEPSS, 2003.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos Serviços substitutivos de Saúde Mental**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008> Acesso em Set. 2013.

ROSA, L. C. dos S.; PEREIRA, I. C. G.; BISNETO, J. A.; VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Teresa da Conceição Ferreira. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.recoverynetwork.labrp.com/docs/teresasantostese.pdf> acesso em 06/>. Acesso em Out.2013.

SPEROTTO, Neila. **Instrumentalidade do Serviço Social**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009

TAVALD, Marcelo. Exclusão no século XIX: marcas sociais da insanidade os efeitos do estigma para ex internos. **Revista Artemis**. Volume 7. Dezembro de 2007, p.68 - 78. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/2151>> Acesso em: Nov. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto N, S. **Introdução a Pesquisa em Ciências sociais- a pesquisa qualitativa em educação: O positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT , d.w. **A Família e o Desenvolvimento Individual/** D.W. Winnicott
tradução Marcelo Brandão Cipola. 4 ed. São Paulo, SP. Martins Fontes, 2011, 247 p.