

Universidade
Federal do
Pampa

Trabalho Final de Graduação

**OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE:
DESVENDANDO AS NECESSIDADES EM SAÚDE
VIVENCIADAS PELOS USUÁRIOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPSAD) DE SÃO BORJA**

Denise Ribeiro da Fonseca da Pieve

SÃO BORJA

2010

DENISE RIBEIRO DA FONSECA DA PIEVE

**OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE: DESVENDANDO AS
NECESSIDADES EM SAÚDE VIVENCIADAS PELOS USUÁRIOS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPSAD) DE SÃO BORJA**

Trabalho Final de Graduação apresentado
ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito para a obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social

Orientadora: Prof^a. Ms. Fabiana Aguiar de
Oliveira

**São Borja
2010**

DENISE RIBEIRO DA FONSECA DA PIEVE

**OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE: DESVENDANDO AS
NECESSIDADES EM SAÚDE VIVENCIADAS PELOS USUÁRIOS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS (CAPSAD) DE SÃO BORJA**

Trabalho Final de Graduação apresentado
ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito para a obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social

Área de Concentração: Ciências Sociais
Aplicadas

Trabalho Final de Graduação defendido e aprovado em: 9 de julho de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Ms. Fabiana Aguiar de Oliveira
Orientadora
Serviço Social - UNIPAMPA

Prof^ª. Dra Sheila Kocourek
Professora Convidada
Serviço Social - UNIPAMPA

Dedico este Trabalho Final de Graduação aos meus amados pais: Santo e Jussara e ao meu amor Cléber que foram os maiores incentivadores que me apoiaram para que eu concretizasse esse sonho em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido Deus, meu Pai, meu Amigo, meu Instrutor de todas as horas e momentos. Obrigada pela força, pelo ânimo, pela sabedoria e por ter me iluminado em todo o processo de formação.

Aos meus pais - Santo e Jussara – os quais tanto amo e que, sem dúvida, esforçaram-se para me manter financeiramente longe de casa. Obrigada por todas as vezes que vocês trabalharam para que nada me faltasse, por todas as ocasiões em que vocês deixaram de adquirir algo para seus próprios benefícios, priorizando as minhas necessidades. Obrigada mãe, obrigada pai, pelo amor, carinho e incentivo, ao longo desses anos, a fim de que eu conquistasse mais um objetivo em minha vida. Obrigada também pela compreensão, quando devido aos estudos, não pude estar presente em momentos importantes e de alegria para vocês.

Ao meu insubstituível e eterno amor Cléber. Muito obrigada pelo amor, apoio, companheirismo e compreensão. Por tudo que se torna impossível de traduzir em palavras.

A toda minha família, que sempre me apoiou e me incentivou a estudar. Agradeço a atenção e carinho dedicados a mim. Ao tio José e a tia Tereza, por todos os momentos que, incansavelmente, sempre estiveram ao meu lado.

Agradeço ao seu Arlindo e família que, sem me conhecer, deram-me um lugar para morar em Santa Maria, possibilitando, assim, a continuidade de meus estudos.

Aos meus amigos Jonatas, Rosane, Patrícia e Késia, agradeço a acolhida calorosa em sua casa, ainda que pouco me conhecessem. Jamais esquecerei que vocês me deram a chance de estudar para conseguir uma vaga na Universidade Federal do Pampa.

Agradeço aos usuários e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) de São Borja, a oportunidade de efetuar meu estágio curricular em Serviço Social e, com isso, o tão esperado contato com a realidade. Obrigada pela participação na minha pesquisa que deu fruto a esse trabalho final de graduação.

A minha querida orientadora, professora Fabiana Aguiar de Oliveira, agradeço todos os ensinamentos, dedicação, compromisso ético e rigor teórico-metodológico, explícitos nas interlocuções que realizamos, além da extrema competência no processo de orientação. Saiba que aprendi muito com a sua exigência e seriedade que permearam toda a orientação. A realização deste trabalho também é mérito seu.

A minha querida professora Sheila Kocourek, que me mostrou o caminho fascinante da pesquisa. Obrigada pelo acréscimo de conhecimentos e oportunidades de conhecer a realidade por meio da pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos também no processo de estágio curricular. Agradeço por todas as monitorias que me oportunizou a busca de novos conhecimentos para minha qualificação.

Às professoras Caroline, Laura, Eliana, Cristina, Elisângela e Simone por toda dedicação em transmitir os conhecimentos necessários a minha formação. Tenho a certeza de que, pela qualificação e empenho de cada uma, concluo o curso com uma formação qualificada.

Aos funcionários da Unipampa e ao secretário Eduardo, a disponibilidade e atenção no atendimento de minhas dúvidas e solicitações.

Às minhas amigas e colegas de grupo - Liziane, Melissa, Regina, Aline e Maria Salete. Sentirei muita falta dos momentos alegres que passamos juntas, das conversas e risos no carro, a caminho da Universidade, dos lanches no bar, das

reuniões de trabalho, sempre com uma pausa para o lanche, dos almoços no Porto, das festas de aniversário, enfim, dos belos momentos que vivenciamos e que ficarão eternos.

Aos demais colegas, o respeito que sempre tivemos uns com para com os outros. Chegou a hora da despedida... Agora cada um de nós seguirá um caminho. Ficarão os momentos em que passamos juntos, o eco dos nossos risos e as horas dedicadas aos livros, antes de cada seminário, de cada trabalho e de cada prova. Quando nossos pensamentos retornarem ao passado, lembraremos com saudade o tempo que passou e, principalmente, os que por nós passaram. Em breve, concretizaremos outros sonhos, com a lembrança do que fomos e a esperança de sermos mais, certificando-nos de que valeu a pena esses anos de luta. Quando a saudade bater, e esta com certeza virá, basta olhar as fotos e trazer à memória os inesquecíveis cenários do período acadêmico.

Graças à vida, que tantas pessoas me apresentou, contribuindo, assim no meu progresso intelectual e humano.

Eu te agradeço, **DEUS**
Por se lembrar de mim, e pelo teu favor
E o que me faz crescer;
Eu vivo pela fé, e não vacilo;
Eu não paro, eu não desisto,
Eu sou de Deus, eu sou de Cristo.

Você mudou a minha história
E fez o que ninguém podia imaginar
Você acreditou e isso é tudo
Só vivo pra você
Não sou do mundo, não.

A honra, a glória, a força
O louvor a Deus
E o levantar das minhas mãos
É pra dizer que te pertencço, Deus.

[...]

Eu te agradeço, **DEUS**
Que no deserto não me deixou morrer
E nem desanimar
E como aquela mãe, que não desiste
você não se esqueceu, você insiste...

[...]

A honra, a glória, a força
O louvor a Deus
E o levantar das minhas mãos
É pra dizer que te pertencço, Deus.

(Kléber Lucas)

RESUMO

Este Trabalho Final de Graduação fundamentado pelo método dialético-crítico é resultado de uma pesquisa realizada a partir do pressuposto de que os usuários da saúde mental devem ter suas necessidades de saúde atendidas de forma que contemple a sua integralidade. Para isto, trabalha-se no sentido ampliado de saúde, sendo um dever do Estado garantir este direito de qualidade de vida aos cidadãos. Compreendeu-se, que os usuários da saúde mental, dentre eles o dependente químico não deve ser visto de forma isolada, mas precisa ser atendido de forma integral. Por isso tornou-se necessário analisar as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) de São Borja de modo a contribuir com subsídios para qualificação do atendimento tanto do CAPSad quanto da rede de atenção a saúde mental no município na perspectiva da integralidade. Como estratégias para a coleta de dados foram utilizados um formulário que contou com uma amostra de 27 usuários e outro formulário a partir de uma entrevista dirigida em que foram selecionados seis participantes. Os resultados do estudo revelaram o perfil desses usuários da saúde mental e sua relação com a droga, suas principais necessidades em saúde, em destaque para o trabalho e as relações sociofamiliares e por fim o entendimento desses sujeitos de pesquisa em relação à saúde, drogadição bem como o conhecimento sobre os direitos de cidadania. Destaca-se o compromisso ético do assistente social na execução dessa pesquisa para compor propostas de intervenção pautadas na qualidade dos serviços prestados e o comprometimento com a devolução dos resultados como um espaço que oportunize reflexão das demandas apresentadas e a partir disso os serviços de saúde, dentre eles o CAPSad possam atender essas demandas com base na integralidade.

Palavras-chave: Necessidades em Saúde. Integralidade. Saúde mental. Cidadania. Serviço Social

ABSTRACT

This Graduation Final Work is well-founded by the method dialectic-critic and it is a result of a survey made from presupposed that the users of mental health should have their health necessity assisted in a way that contemplates their integrity. For that works in a enlarged sense of health, being an obligatio of State guarantee this right of quality of life to the citizens .We understood that of mental health among them, drug addicted not should be seen in separate but they need to be assisted in a general way. Therefore, it became necessary to analyze the necessities in health lived by users of "Centro de Atenção Psicossocial - alcohol and other drugs (CAPSad) in São Borja in order to cooperate with subsidy to qualification of attendance not only CAPSad but also the net of attention in mental health in this city in the perspective of integrity. As strategies to the collect of data were used a form which counted with a sample of twenty-seven users and other form from an interview driven in which six participants were chosen. The results of the study revealed the profile of these users of mental health and their relation with the drug, their main necessity in health, to emphasize to the work and the relation socio-fasmiliar and finally the understanding of this individual of research in relation to the health,"drogatização", as well as the knowledge on the rights of the citizenship. Pointing out the ethic commitment of the social assistant in the execution of this survey to compose proposals of intervention ruled in the quality of services and the compromise with the devolution of the results as a space which has opportunity of reflexion of the demand and from this, the health services among them, CAPSad may take care these demands with base in the integrity.

Key words: Necessities in health. Integrity. Mental Health. Citizenship. Social Service

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Qual é a sua idade?..... | 58 |
| Gráfico 2: Qual foi o tipo de droga que o levou a procurar tratamento no CAPSad?..... | 58 |
| Gráfico 3: Quantos anos você tinha quando começou a usar drogas?..... | 59 |
| Gráfico 4: Qual é a sua escolaridade?..... | 59 |
| Gráfico 5: Como sua família consegue este dinheiro?..... | 60 |
| Gráfico 6: O que levou você a usar drogas?..... | 63 |
| Gráfico 7: Quem encaminhou você para tratamento no CAPSad?..... | 63 |
| Gráfico 8: Na sua opinião o que contribui para a recaída?..... | 65 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-------|
| Quadro 1: Classificação dos CAPS..... | 34-35 |
| Quadro 2: Número de CAPS no Brasil..... | 36 |
| Quadro 3: Tipo e número de CAPS no Brasil..... | 36 |
| Quadro 4: Tipo e número de CAPS no RS..... | 37 |
| Quadro 5: Síntese do processo metodológico..... | 52 |
| Quadro 6: Síntese das categorias teóricas..... | 56 |
| Quadro 7: Questão 16 do formulário 2 | 80 |

LISTA DE SIGLAS

APAC - Autorização por Procedimentos de Alta Complexidade
CF – Constituição Federal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CEMAE - Centro Médico de Atendimento Especializado
COI - Centro de Orientação Infantil
COJ - Centro de Orientação Juvenil
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Equipes de Saúde da Família
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI - Psiquiatria Democrática Italiana
PEA - População Economicamente Ativa
PSF - Programa de Saúde da Família
RSI - Rede Social Integrado
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SUS – Sistema Único de Saúde
NERp - Núcleo Estável da Rede de planejamento
NER - Núcleo Estável da Rede
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESP – Universidade Estadual de São Paulo
UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 A SAÚDE MENTAL EM DEBATE: DOS MANICÔMIOS À REFORMA PSQUIÁTRICA..... | 16 |
| 2.1 O processo histórico da saúde mental na Europa..... | 16 |
| 2.2 A conformação da saúde e saúde mental no Brasil..... | 20 |
| 2.3 A integralidade na saúde mental..... | 29 |
| 3 O PERCURSO DA PESQUISA..... | 43 |
| 3.1 Situando o Serviço Social no espaço do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) de São Borja: os desafios da integralidade..... | 43 |
| 3.2 O Método e o tipo de pesquisa..... | 47 |
| 3.3 O caminho metodológico da pesquisa..... | 49 |
| 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA..... | 57 |
| 4.1 O perfil e a relação com a droga..... | 59 |
| 4.2 Necessidades em saúde: necessidades básicas e relações familiares..... | 67 |
| 4.3 Conceito de saúde e respeito aos direitos..... | 72 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 82 |
| REFERÊNCIAS..... | 87 |
| APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 93 |
| APÊNDICE B Formulário de Pesquisa 1..... | 94 |
| APÊNDICE C Formulário de Pesquisa 2..... | 96 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho final de graduação é uma exigência para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sendo embasado em uma pesquisa, a qual é extremamente necessária para a superação do empiricismo. Por esse motivo, utilizar pesquisa para trabalho final de graduação é um instrumento que expressa a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Isto significa romper e superar com a visão restrita do ensino desarticulado. Além disto, a pesquisa realizada, com clara finalidade de seu caráter político e ético na devolução dos resultados que devem ser garantidos aos entrevistados e aos setores envolvidos com a temática do estudo, constitui-se em um importante instrumento de intervenção social.

A pesquisa que deu base a este trabalho final de graduação é de caráter exploratório, com abordagem qualitativa e versa sobre a temática do reconhecimento das necessidades em saúde, vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010, sob a perspectiva da integralidade do atendimento em saúde mental. O interesse pela temática relaciona-se à experiência de estágio supervisionado de Serviço Social I e II, vivenciada junto aos usuários do CAPSad, durante os meses de março a dezembro de 2009.

As constantes inquietações emergidas no processo de estágio contribuíram para a elaboração do seguinte problema: Quais as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010? Na busca de formular respostas para este problema, foram estabelecidas algumas questões norteadoras, bem como o seguinte objetivo geral: analisar as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, de modo a contribuir com subsídios para qualificação do atendimento, tanto do CAPSad quanto da rede de atenção à saúde mental, no município, na perspectiva da integralidade. Também pautaram-se como objetivos: identificar o perfil dos usuários que realizavam tratamento intensivo nesse CAPSad; Investigar o conhecimento, acerca de seus direitos e formas de acesso; Conhecer a trajetória de vida destes e a relação com o uso de drogas; Reconhecer como se estabelecem as relações entre usuário e família e verificar o entendimento de saúde destes.

Acredita-se que a pesquisa realizada para dar base a este trabalho final de graduação seja relevante para a Secretaria Municipal de Saúde e para o CAPSad,

considerando-se que esse trabalho trouxe um estudo referente às necessidades em saúde, vivenciadas pelos usuários desse CAPSad. Esse estudo poderá ser aproveitado pelos gestores, na tentativa de pleitear financiamentos para projetos na área, com o objetivo de qualificar e potencializar o atendimento. Contribuirá, também, para que os usuários da saúde mental, dentre estes o dependente químico, sejam compreendidos na sua totalidade, considerando a história de vida e reais necessidades. Além disso, poderá receber um atendimento mais qualificado.

O referencial teórico no qual fundamentou-se a pesquisa foi o método dialético-crítico e suas categorias integrantes: historicidade, totalidade e contradição. No processo de reconstrução da realidade, discutiram-se as seguintes categorias teóricas: integralidade, saúde, e necessidades em saúde e as subcategorias: condições e modos de vida, entendimento de saúde, representação da droga e direitos sociais.

O trabalho está organizado da seguinte forma: no segundo capítulo, a fundamentação teórica explicita o processo histórico da saúde mental na Europa. A partir desse contexto, pode-se observar a forma como os usuários da saúde mental eram entendidos na estrutura da sociedade. Faz-se uma exposição da saúde mental no Brasil, articulada à Reforma Sanitária e aos avanços na política de saúde e também é discutida a integralidade na saúde mental.

No terceiro capítulo, faz-se uma contextualização do CAPSad, apresenta-se esse espaço, pois trata-se do *lócus* da intervenção no estágio curricular de Serviço Social que, a partir desse, emergiram questões que deram origem ao problema de pesquisa já exposto e no qual a pesquisa foi realizada. Expõe-se o detalhamento do percurso metodológico da pesquisa, desde a escolha do método dialético-crítico, o tipo de pesquisa e instrumentos de coleta de dados, até a análise dos resultados e o cuidado ético, necessário à execução dessa pesquisa.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa e sua análise dividida em: perfil dos usuários e a relação com a droga; necessidades em saúde - necessidades básicas e relações familiares, bem como respeito aos direitos e qualidade dos serviços. Esses resultados são analisados com base nos dados empíricos e na fundamentação teórica que sustenta esse estudo; os resultados também são expostos no sentido de responder ao problema de pesquisa.

Na finalização, são tecidas as considerações que expressam uma síntese das principais marcas no campo da saúde mental, acerca da história dessa política

de saúde e a concepção de saúde e de integralidade associada ao conceito de saúde ampliado. Caracteriza um caráter propositivo, no que se refere ao trabalho do assistente social e a sua contribuição na qualificação dos serviços.

2 A SAÚDE MENTAL EM DEBATE: DOS MANICÔMIOS À REFORMA PSQUIÁTRICA

Os usuários da saúde mental, historicamente foram marcados pela desigualdade, preconceito e desvalorização da pessoa, como seres humanos e sujeitos de direitos, dotados de capacidades, sentimentos, necessidades, valores e direitos. Isto ocorreu, principalmente, desde o momento em que o capitalismo emergiu na sociedade como modo de produção. O que se pretende refletir, neste capítulo, é este percurso de (in) visibilidade desses sujeitos, pela sociedade e para a psiquiatria, na qual estes não eram vistos como pessoas, mas como objetos de estudo. No entanto, observam-se, nesse percurso, mudanças no olhar e no atendimento dos usuários da saúde mental, que envolveu uma longa caminhada de lutas.

Nesse capítulo, apresenta-se uma contextualização histórica da saúde mental, desde a Europa na Idade Média até o Brasil na atualidade, com os avanços da legislação e das práticas no campo da saúde articulada à saúde mental. Por fim, discute-se a integralidade no atendimento aos usuários da saúde mental, considerada neste trabalho como categoria relevante e norteadora ao processo de reflexão, acerca das necessidades em saúde dos usuários, no sentido de promover um atendimento integral no SUS. Objetiva-se com essa discussão, bem como na apresentação histórica dessa temática, dar ênfase às seguintes categorias: historicidade, totalidade e contradição fundamentais para a compreensão desse processo.

2.1 O processo histórico da saúde mental na Europa

Na Antiguidade e Idade Média, a “doença mental” era privada; o poder público só fazia intervenção no que dizia respeito a assuntos de direito, por exemplo, validação ou anulação de casamento. Na Grécia e Roma antigas, as famílias com condições financeiras mantinham seus “loucos” em casa, aos cuidados de um assistente contratado. Os desprovidos financeiramente ficavam vagando pelos campos ou pelas cidades, sobrevivendo por meio da caridade pública. O conceito de saúde mental utilizado era restrito aos aspectos exteriores da loucura, ao comportamento observável. (RESENDE, 1997).

Nas sociedades pré-capitalistas, nas quais era desenvolvido o trabalho agrícola e artesanal, respeitavam-se o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador, as diferenças individuais ou diferentes estados de humor do mesmo indivíduo não o desqualificavam. Não por acaso, o trabalho no campo, artesanal e artístico são até hoje propostos como técnicas de tratamento aos usuários da saúde mental. Foi com o término do campesinato e o declínio dos trabalhos artesanais que a loucura aparece como problema social (RESENDE, 1997).

No final do século XV, na Europa, com o início das fábricas, tem-se a primeira forma de divisão social do trabalho. Com o surgimento do lucro, a idéia é que se deve viver para trabalhar. A liberdade individual na realização das atividades foi substituída pela subordinação, por um processo de trabalho vigiado e racionalizado. As pessoas que não conseguiram inserção nas fábricas ficaram pelas ruas das cidades (RESENDE, 1997). Fato que está relacionado a uma das características constituintes do capitalismo, ou seja, a não utilização de toda a mão-de-obra, que cria as condições de competitividade, de controle e de seleção entre a mão-de-obra mais adequada para a criação de valor.

Os usuários da saúde mental passaram a ser tratados, e os demais sujeitos, como objeto do capitalismo, que impõe sua marca na reificação ou coisificação¹ do homem portador de sofrimento psíquico, que passa a ser o “louco”, o “desajustado”. A coisificação é quando o trabalho passa a ser um fardo para o homem e não uma auto-realização. De acordo com Marx, o trabalho é,

[...] um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza, com uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes uma forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo que modifica a própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo de forças naturais (MARX, 1988, p. 202).

O trabalho é o que difere o homem de outros seres vivos, pois, “no fim do processo do trabalho, aparece um resultado que já existia antes, idealmente na

¹ É o ato ou resultado de transformação das propriedades, relações ações humanas em coisas independentes, que não se comportam de forma humana, mas de acordo com as leis do mundo das coisas. A reificação é uma forma de alienação característica da sociedade característica da sociedade capitalista. Em síntese significa tratar o homem e suas objetivações como coisas ou mercadorias (PRATES, 2003, p. 106).

imaginação do trabalhador” (MARX, 1988, p.202). Difere exatamente pela capacidade que o homem tem de imaginar, planejar, projetar o resultado de seu trabalho e pela sua condição teleológica.

A mudança de conhecimento sobre a saúde mental e sua transformação, em uma expressão da questão social, está relacionada a mudanças das condições do trabalho e a ascensão de sua dimensão abstrata na sociedade capitalista, em detrimento à dimensão concreta que é apresentada por (MARX, 1988) como:

[...] a atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é a condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1988, p. 208).

No modo de produção capitalista, a força de trabalho é transformada em apenas uma mercadoria, em um valor de troca, perdendo seu significado social, tornando-se coisa e o trabalhador torna-se descartável. “Na realidade, o vendedor da força de trabalho, como o de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor-de-troca e aliena seu valor-de-uso” (MARX, 1988, p. 218). Essa desconfiguração do ser social à dimensão abstrata do trabalho contemporâneo, ou seja, o dispêndio de energia humana sem considerar as várias formas em que é empregada, dito de outra forma, é o trabalho não mais como objetivação e reconhecimento do ser que o realiza, mas como fardo. Essa dimensão abstrata mascara e faz apagar a sua dimensão concreta, de valor de uso e de trabalho útil. Sendo na qualidade de trabalho humano abstrato que o trabalho cria o valor das mercadorias.

O capitalismo reduz as necessidades do ser social que trabalha, desqualificando-o de maneira que o resultado do trabalho seja um produto estranho ao próprio trabalhador que o produz, isto é, a alienação do trabalhador, ou seja, o não reconhecimento do seu trabalho, a perda de identidade e do sentido da vida. Nesse sentido, as condições objetivas e de exteriorização do trabalho estão relacionadas às formas de sociabilidade, isto é, o capitalismo transforma as diferenças em desigualdades. Isto afeta os usuários da saúde mental, uma vez que eles não exteriorizam características ditas “normais” para os detentores do capital; passam a ser tratados com desigualdade, quando deveriam ser respeitados nas suas diferenças.

Na Europa draconiana, teve-se forte “repressão à mendicância, à vagabundagem, à ociosidade, voluntária ou não” (RESENDE, 1997, p. 24). Na Inglaterra, havia uma lei determinando que os ociosos deveriam ser colocados no tronco por três dias e três noites. Eram punidos com a marcação de seu corpo, com ferro em brasa e até a pena de morte. Na França, os trabalhadores que abandonavam o trabalho eram perseguidos e condenados. Os pais que não mandavam seus filhos para trabalhar nas indústrias eram penalizados com multas e prisões (RESENDE, 1997).

A repressão se complementou com a criação das instituições, as casas de correção e de trabalho e os hospitais gerais que não tinham função curativa, mas tinham por objetivo: “limpar as cidades dos mendigos e anti-sociais em geral, prover trabalho aos desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade, mediante instrução religiosa e moral” (RESENDE, 1997, p. 24). Os usuários da saúde mental eram confinados nos porões das Santas Casas e hospitais gerais, onde eram torturados das mais variadas formas. Eram encontrados dentre os miseráveis, os marginais e os pobres. Inseriam-se, nesse contexto, os trabalhadores, camponeses, desempregados, índios e negros (AMARANTE, 1994).

Observa-se que variadas são as formas de institucionalização, em que o “fechamento” vai além do espaço físico, mas evidencia a fragilidade das relações sociais, nas quais predomina o medo, a submissão e as relações de poder. Esses locais são chamados de “instituição total” que,

[...] pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMANN, 2001, p. 11).

No final do século XVIII, a partir das idéias iluministas, da Revolução Francesa e da declaração dos direitos dos homens nos Estados Unidos, aumentaram as denúncias contra as internações dos usuários da saúde mental. Surgiu também na Europa, no período pós-guerra, a Reforma Psiquiátrica que foi

Um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. A questão central deste período encontra-se referida, ainda, à crença de que o manicômio é uma ‘instituição de cura’ e que torna-se urgente resgatar este caráter positivo da instituição através de uma reforma

interna da organização psiquiátrica (AMARANTE, 2000, p. 22, grifo do autor).

A partir disto, iniciaram-se os movimentos das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e nos EUA, e a Psicoterapia institucional na França. Também a psiquiatria de setor marcou a França e a psiquiatria comunitária ou preventiva os EUA. A Reforma Psiquiátrica Italiana expressou

A necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (AMARANTE, 2000, p. 47, grifo do autor).

A Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) demonstrou “a possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas da violência institucional e, acima de tudo, à não restrição dessas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’ (AMARANTE, 2000, p. 48, grifo do autor). Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica brasileira se inspirou no modelo italiano, que apresentou a experiência de desinstitucionalização e crítica radical aos manicômios. A implantação da reforma psiquiátrica teve como objetivo a desativação gradual dos manicômios e a substituição do modelo de internação por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração dos usuários da saúde mental à comunidade, bem como a sua família.

2.2. A conformação da saúde e saúde mental no Brasil

No Brasil, no início do século XIX, as situações que determinaram a emergência da loucura à condição de problema social não foram exatamente como na Europa, citada anteriormente. O usuário da saúde mental aparece nas cidades no início da urbanização, porém, a urbanização maciça e a industrialização ainda não haviam se instalado completamente no país e já se tinha muitos indivíduos portadores de transtornos mentais circulando pelas cidades. Embora com diferenças da história européia, devido a particularidades do contexto econômico, político e

social do Brasil, considera-se que as formas de tratamento da loucura, bem como a composição das instituições no país, assemelham-se às da Europa, pois,

[...] em ambos os casos, o “doente mental”, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve essa liberdade cerceada e seu seqüestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 1997, p. 29).

Não há registros históricos acerca dos usuários da saúde mental por um longo período no Brasil. Acredita-se que os que eram “pobres e tranquilos” andavam pelas cidades, aldeias e campos, vivendo da caridade. E os que apresentavam comportamentos violentos eram recolhidos às prisões. As Santas Casas de Misericórdia, existentes desde o século XVI, não contavam com usuários da saúde mental em sua diversa clientela. As famílias ricas escondiam seus familiares portadores de transtornos mentais em suas casas e, quando violentos, eram contidos e amarrados (RESENDE, 1997).

A “loucura” no Brasil, depois de ser socialmente ignorada por quase trezentos anos, desperta e passa a ser tratada de forma repressiva. As Santas Casas de Misericórdia passaram a receber os usuários da saúde mental, mas os tratavam de forma diferenciada dos demais. Eles ficavam em porões,

[...] sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (RESENDE, 1997, p. 35).

Aqueles que não conseguiam uma vaga nas Santas Casas restavam-lhes as prisões que dividiam com criminosos. A institucionalização dos usuários da saúde mental foi uma forma de “ocultar” a miséria e a rebeldia dos sujeitos que não tinham condições de produzir e se reproduzir, conforme os novos padrões impostos. Observa-se a exclusão como tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, assim como na Europa. Em relação à exclusão considera-se que,

[...] não se reduz a uma não-integração ao trabalho, pois é igualmente uma não inserção na sociabilidade familiar, uma “dissociação do liame social, ou

seja, uma desafiliação”. Trata-se de duas faces de uma mesma condição que resulta assim de um duplo processo: precarização do emprego e fragilização do liame social. Paralelamente às mudanças do sistema produtivo, que notadamente geraram a degradação do emprego [...] (CASTEL apud DEMO, 1998, p. 24).

Historicamente os usuários da saúde mental enfrentaram grande exclusão, inicialmente por parte do modo de produção capitalista que os exclui do mercado de trabalho e impõe a idéia da exclusão para a sociedade que, posteriormente, também não sabe como conviver com a “loucura” (re) produzindo a estigmatização². Ou seja, nessa trajetória, observa-se também a relação de condicionalidade entre estrutura a superestrutura social, que são as relações sociais e políticas.

No Brasil, a “loucura” só passou a receber intervenção do Estado, com a chegada da Família Real no início do século XIX. A partir de um diagnóstico da situação dos “loucos”, realizado pela sociedade de medicina do Rio de Janeiro, em 1830, pelo qual eles passaram a ser considerados “doentes mentais” e, por isto, receberam um espaço para reclusão e tratamento (AMARANTE, 1994). Histórico que reforça o quanto a psiquiatria e o trato com a “loucura” têm em sua trajetória um processo de asilamento e de medicalização social, pois, como define Castel, uma das formas de exclusão consiste em “construir espaços fechados e isolados da comunidade, no seio da mesma comunidade: guetos, “dispensários” para os leprosos, “asilos” para os loucos, prisões para os criminosos” (CASTEL, 1997, p. 37, grifos do autor).

O marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil foi em 1852, período no qual foi inaugurado o hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, permanecendo a direção do hospital subordinada à Santa Casa de Misericórdia. Deste momento, até a Proclamação da República, os médicos eram excluídos da direção das Santas Casas que eram administradas pela Igreja sem contar com um projeto assistencial científico. Os médicos reivindicavam a direção das instituições para organizá-las com princípios técnicos, além de defender que os hospícios deveriam ser medicalizados e também um lugar para produção de conhecimento (AMARANTE, 1994).

² “O termo estigma pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa marca a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais” (ANDRADE; RONZANI, 2008, p. 26).

No Rio Grande do Sul, considera-se como marco a criação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, nomeado Hospício São Pedro, pois foi a primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre. Fundado em 13 de maio de 1874 e, inaugurado em 29 de junho de 1884, foi o quinto asilo/hospício, implantado durante o Segundo Reinado no Brasil (1841-1889). A criação desse hospício fez parte do processo de saneamento social da capital, deslocando para a periferia as instituições que abrigavam as enfermidades, a morte e todos com “anormalidade comportamental” de convivência comunitária. O isolamento foi o método, tanto na prática terapêutica da reabilitação mental, como na construção do saber médico alienista.

Nesse sentido, o hospício tinha o objetivo de remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar os usuários da saúde mental, porém, na prática, aconteceu apenas a remoção e a exclusão. Esses usuários eram vítimas das camisas de força, jejuns impostos, maus-tratos e até assassinato (RESENDE, 1997).

Após a Proclamação da República, em janeiro de 1890, o Hospício Pedro II desvinculou-se da Santa Casa e passou a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados, ficando subordinado à administração pública. Em fevereiro do mesmo ano, foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Também foram criadas as primeiras Colônias de alienados que tinham como objetivo fazer a comunidade e os “loucos” conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. A implantação dessas colônias, como forma de dar assistência aos usuários da saúde mental, baseou-se em experiências da Europa e configurou-se na primeira Reforma Psiquiátrica brasileira, além disso, foi uma maneira encontrada para desviar as críticas que os asilos vinham recebendo (AMARANTE, 1994).

Em 1903, no Rio de Janeiro, a saúde pública e a psiquiatria se uniram para “sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho, maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade” (RESENDE, 1997, p. 45). Neste mesmo ano, foi promulgada a lei nº 1.132, que reorganizou a assistência aos asilados. Considera-se 1904, com Oswaldo Cruz, o marco do campanhismo³, o qual

³ Nas duas primeiras décadas do século XX, o modelo sanitário-campanhista atuou principalmente no controle de endemias e epidemias. As práticas sanitárias tinham por objetivo o saneamento dos locais de circulação das mercadorias de modo a expandir o setor agro-exportador da economia e garantir a livre entrada dos países capitalistas. Além do saneamento tinha-se o combate às doenças

perdurou por mais de setenta anos e influenciou as políticas sociais, com as seguintes características: centralismo, verticalismo, autoritarismo, clientelismo e populismo nas políticas de saúde (FEGHALI, 1998).

Na década de 20, teve-se uma ampliação do espaço asilar e, em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental. Na década de 30, o cuidado aos usuários da saúde mental permaneceu sob responsabilidade dos asilos. Nesse período, a psiquiatria descobriu o choque insulínico, o cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e lobotomias. Essas técnicas surgiram para substituir o empirismo (AMARANTE, 1994).

Na década de 40, ampliaram-se as vagas do Hospício Nacional de Alienados, o qual recebeu novas instalações e modernos centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias. Também foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). A década de 50 foi marcada pela situação caótica dos hospitais públicos: as instalações e a capacidade dos hospitais não eram suficientes para o crescente número de pessoas internadas. Por exemplo, o Hospital São Pedro, em Porto Alegre, tinha mais de 3.000 internados, mas sua capacidade era para 1.700. Nos hospitais, havia “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios” (RESENDE, 1997, p. 55).

Na década de 60, no Brasil, a saúde pública declinou, e a medicina previdenciária cresceu, principalmente, após a junção do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, e a “doença mental” tornou-se um objeto de lucro.

Na contramão desse modelo, já no período da ditadura militar, em 1972, o Ministério da Saúde, junto aos ministros da saúde dos países latino-americanos, elaborou um documento com os princípios que deveriam nortear a assistência psiquiátrica no Brasil. Recomendava:

[...] a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para reabilitação de crônicos visando a pronta reintegração social do indivíduo (RESENDE, 1997, p. 65).

transmissíveis como: febre amarela, peste, varíola e malária. Isto para manter a imigração e não prejudicar a produção e a exportação do café (FEGHALI, 1998).

Porém, o modelo médico-assistencial privatista que predominou nesse período pautou suas ações no individualismo; passou a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho com função de controle social, principalmente na regulação do funcionamento da produção. Para esse modelo, o importante é a restauração da capacidade físico-produtiva do produtor das mercadorias (FEGHALI, 1998).

No âmbito da saúde mental, observa-se que o Brasil, por muito tempo, falhou ética e politicamente para com os usuários da saúde mental, os quais foram excluídos da sociedade, privados de seus direitos e torturados física e emocionalmente, ao serem considerados invíveis e institucionalizados perversamente. Pelo reconhecimento de sua falha nessa política, implantou-se no país, em 1978, a Reforma Psiquiátrica, que está embasada também nos princípios do SUS, o qual expressa a saúde como um direito fundamental e dever do Estado, destacando o acesso universal na atenção integral e intersetorial em saúde mental.

Na década de 80, no contexto de abertura política, a saúde, em decorrência dos movimentos sociais, dentre eles o Movimento de Reforma Sanitária⁴ e da Psiquiátrica⁵, teve, como aspectos centrais, a politização da saúde, o aprofundamento do nível de consciência sanitária da população, tendo em vista alcançar visibilidade diante do governo, para inclusão de suas demandas e ter o apoio político à implementação das mudanças necessárias do Sistema Nacional de Saúde. Outro aspecto central foi a alteração da norma constitucional, a qual incorporou grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário e, também, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, que visaram ao fortalecimento do setor público. Porém essas medidas tiveram pouco impacto nas melhorias das

⁴ O projeto de Reforma Sanitária caracteriza-se por sua preocupação de que o Estado seja democrático e de direito e que atue em função da sociedade se responsabilizando pela política de saúde. Esse projeto confronta-se com o projeto de saúde articulado ao mercado, o qual está fundamentado na Política de Ajuste que tem como objetivos a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ficando como tarefas do Estado apenas garantir o mínimo aos que não podem pagar, ampliar a privatização, descentralizar os serviços locais e incentivar o seguro privado (BRAVO, 2007).

⁵ A Reforma Psiquiátrica, que se inicia na década de 70, foi e é um processo de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente no que tange as políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições 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 usuários da saúde mental e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

condições de saúde da população, pois de fato a sua operacionalização não ocorreu (BRAVO, 2007).

Na década de 80, a saúde assumiu uma dimensão política vinculada à democracia. Articulados ao Movimento da Reforma Sanitária, os profissionais da saúde defenderam melhores condições de saúde e o fortalecimento do setor público. Este ampliou a discussão em torno da saúde e da democracia; os partidos políticos de oposição promoveram debates no congresso, e os movimentos sociais articulados à sociedade civil realizaram eventos. Estes debateram:

[...] a universalização do acesso a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...] a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos Conselhos de saúde (BRAVO, 2007, p. 96).

No conjunto das mobilizações e problematizações da saúde deste período, destacam-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Iª Conferência Nacional de Saúde mental. Em março de 1986, foi realizada em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema “A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania” e a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”. Participaram da Conferência cerca de quatro mil pessoas. Essa ação representou um marco no que se refere à discussão da saúde, pois foi proposto, além, do Sistema Único de Saúde, a Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

No campo da saúde mental, as Conferências representam um papel crucial de dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico, além de definir as estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica, em interlocução com experiências já em implantação em diversos países do mundo (BRASIL, 2001).

Foi realizada em junho de 1987, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marcou o início da desinstitucionalização no país. Teve como temas: economia, sociedade e Estado - impactos sobre saúde e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do “doente mental”. Neste mesmo ano, aconteceu em São Paulo, o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

(MTSM), que teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual marca o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2005).

Destaca-se, em 1986, o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo. Também foram implantados, neste período, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam 24 horas, no município de Santos, o qual passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado elaborou o Projeto de Lei que regulamentava os direitos dos usuários da saúde mental, bem como a extinção progressiva dos manicômios no país. Em 1990, enfatiza-se a Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os profissionais da saúde mental, organizações, autoridades da saúde, legisladores e juristas perceberam que o atendimento destinado aos usuários da saúde mental não estava de acordo com os objetivos da atenção primária de saúde e reuniram-se em uma Conferência Regional, para tratar da reestruturação da atenção psiquiátrica (BRASIL, 1990).

No âmbito da saúde, de acordo com Bravo (2007), a Constituição Federal de 1988 atendeu muitas reivindicações do Movimento Sanitário, pois foi garantida como um direito universal, representando a expansão dos direitos sociais, civis e políticos. A saúde, juntamente com a previdência social e a assistência social, constituíram o tripé da Seguridade Social⁶. De acordo com o art. 196 da Constituição Cidadã,

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, CF/1988).

Em 1990, com a Lei 8080/90, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem alguns princípios como: a universalidade, a integralidade, a igualdade, a hierarquização, a equidade, a descentralização e a participação social. Além disso, o SUS apresenta uma característica relevante, que é a gratuidade. Neste mesmo ano,

⁶ Art. 194. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social CF/1988).

foi promulgada a Lei nº 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências e dos Conselhos de saúde, bem como das transferências de recursos financeiros na área da saúde.

Com a promulgação destas leis e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, a política de saúde mental, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, consolidou-se como política de Estado e ganhou maior visibilidade. A III Conferência,

[...] confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 10).

Neste período, também foi criado, com recursos federais, o Programa “De Volta para Casa”, o qual incentivou a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos. Observa-se que, por muito tempo, a saúde mental ficou oculta para o poder público, mas, a partir da década de 90, consideram-se grandes avanços, no que tange ao cuidado aos usuários da saúde mental, embora ainda haja muitos aspectos no que se refere à legislação, a fim de que sejam efetivados.

A saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, vem trabalhando não apenas na transformação das concepções de saúde-doença, mas também na luta contra a psiquiatria tradicional. Enfatiza-se que a década de 90 foi marcada pela desinstitucionalização psiquiátrica no país, com a implementação de serviços, criação de associações de usuários e familiares da saúde mental, cooperativas, aprovação de portarias e movimentos engajados na luta antimanicomial.

A Lei Federal 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários da saúde mental, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental; foi sancionada em 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional. Porém, teve algumas substituições no seu projeto original, mas traz um redirecionamento da assistência à saúde mental no país, pois passa a oferecer tratamento em serviços inseridos na própria comunidade. Esse novo norte na atenção tem como proposta o enfrentamento da saúde mental, a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde, discutido pelo movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Entretanto, segundo Bravo (2007), desde o final da década de 80, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária perderam espaço nas instituições, pois o retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde. Também surgiu, nesse período, dúvidas em relação à implementação do projeto de Reforma Sanitária. Conforme a autora, a construção democrática e a mobilização política são vias para conseguir essa reforma, a qual se tornou um desafio para os progressistas da saúde viabilizar na década de 90. Visto que, nesta década, a afirmação da reforma neoliberal defendeu a privatização, diminuição dos direitos sociais trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. Destaca-se a mercantilização das políticas sociais, com ênfase na saúde e na previdência e a ampliação do assistencialismo, com a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social (BRAVO, 2007).

Diante desse contexto político, econômico e social apontam-se alguns desafios para a efetivação da saúde e da saúde mental no Brasil, a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, respectivamente. Sabe-se que o SUS enfrenta muitas dificuldades, devido a sua pretensão de ser uma política universal inserida em um contexto de estreito ajuste econômico. Isto impacta a questão do financiamento, que se torna outra dificuldade para a efetivação da universalidade da política de saúde preconizada em lei. Para que seja efetivada, tem-se o desafio da regulamentação dos recursos financeiros, bem como a fiscalização dos recursos públicos.

Outro desafio é a promoção da participação e do controle social fundamentais para a garantia de direitos. Ainda torna-se imperativo que as políticas públicas trabalhem de forma integrada, considerando a saúde na sua noção ampliada e o trabalho integralizado tanto entre as equipes interdisciplinares no setor específico de saúde, quanto entre as diferentes políticas públicas, além de ser essencial para a garantia de um atendimento integral ao usuário da saúde mental, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, ainda coloca-se como desafio a luta pela emancipação social e cidadania efetiva.

2.2 A integralidade na saúde mental

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, definiu a concepção de Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, como:

[...] um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação) (BRASIL, 1992, p. 7).

A rede de atenção tem por objetivo contemplar a descentralização e hierarquização, desde a atenção básica até a internação hospitalar, além da articulação com as demais políticas públicas e redes sociais⁷. Nesse sentido, a integralidade também deve ser pensada na relação com a rede de proteção social, tanto nas dimensões micro quanto macro e, considerando que as múltiplas tecnologias de saúde estão em vários serviços.

A proteção social, entendida como “[...] uma soma de ações [...], que visa proteger o conjunto ou parte da sociedade de riscos naturais e/ou sociais decorrentes da vida em coletividade” (MENDES; WUNSCH; COUTO, 2006, p. 212), representa a operacionalização em rede de serviços integrada, que ultrapassa o setor saúde. Essa dimensão da integralidade, que articula os diferentes setores e serviços, é que deve ser trabalhada para dar conta das necessidades em saúde dos usuários da saúde mental. A dimensão de “integralidade ampliada” é exatamente essa

[...] articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas. A integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro. [...] **A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede serviços de saúde e outros.** Uma não sendo possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importando sua “complexidade”, sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e

⁷ A rede social é uma espécie de núcleo oriunda da articulação do Núcleo Estável da Rede de planejamento (NERp), do Núcleo Estável da Rede (NER) e dos Recursos Sociais. Essa articulação constitui o sistema de Rede Social Integrado (RESI) [...] que tem como “objetivo estabelecer o espaço necessário para construção de uma ação conjunta, solidária e participativa, visando a solução de problemas que emergem de determinada comunidade” (TURCK, 2002, p. 42).

outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECÍLIO, p. 7, grifo nosso).

Cecílio (2004) ainda menciona a integralidade focalizada numa dimensão micro, ou seja, é aquela trabalhada em um espaço específico de saúde, em que a equipe assume o compromisso em escutar o usuário, a fim de apreender as necessidades de saúde trazidas por eles. Trabalha-se na perspectiva de que, se o usuário vai até o serviço de saúde é porque leva consigo algumas necessidades, as quais busca ser atendidas. Sendo assim,

A integralidade no cuidado aos usuários da saúde mental implica, além da desospitalização e da moradia a reconstrução de histórias de vida, rede social, emprego, lazer entre outras necessidades que se superpõem à atenção possível apenas através da reorganização de serviços (PINHEIRO et. al, 2007, p. 13).

Esses serviços devem ser planejados e executados, a partir da noção ampliada de atendimento à saúde, resultando em ações coletivas, intersetoriais⁸ e interdisciplinares superando o atendimento fragmentado e focalizado. Pois, a integralidade só se concretiza por meio de um trabalho em equipe com seus diferentes saberes, processos de trabalhos e a articulação da rede interna⁹ e social no âmbito da saúde e de outros setores.

Dessa forma, entende-se que a melhoria da qualidade de vida dos usuários se realiza por um sistema de saúde intersetorial, pois quando se aborda o conceito de rede deve ser referido a redes intersetoriais que

Oferecem possibilidades de atuação com diferentes setores e atores, tanto das políticas públicas como da sociedade em geral, ou a rede sociais, que viabilizam enlaces em variadas modalidades e experiências de organização existentes no território (AMARANTE; FREIRE; UGÁ, 2005, p. 119).

A rede de saúde é composta pela atenção básica e especializada. A básica constitui-se pelas ESF (Equipes de Saúde da Família), as quais centralizam a família

⁸ “o processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividade e recursos dos demais setores” (TEIXEIRA; PAIM, 2000, p.59).

⁹ Rede interna pode ser entendida como uma “síntese da experiência e conhecimento profissional dos atores sociais em uma práxis interdisciplinar no atendimento a situações individuais e/ou coletivas que emergem em um determinado contexto social” (TURCK, 2002, p. 32).

no processo de atenção. Possui a territorialização¹⁰, a adscrição dos usuários e o trabalho multidisciplinar como princípios fundamentais. Desenvolve-se entre outras ações, a promoção, a prevenção, o tratamento da saúde e a reabilitação de agravos. A atenção especializada em saúde mental compreende: ambulatório com equipe de saúde mental¹¹, ambulatório especializado em saúde mental¹², hospital dia¹³, urgência e emergência em saúde mental¹⁴, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral¹⁵, os serviços residenciais terapêuticos, que são serviços provisórios de assistência, o Programa “De Volta Para Casa”, que é um auxílio-reabilitação psicossocial para usuários da saúde mental que tiveram internadas em instituições de tratamento por dois ou mais anos ininterruptos, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que serão abordados posteriormente. Segue abaixo uma sistematização da rede de atenção a saúde mental:

¹⁰ O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

¹¹ [...] são serviços de média complexidade e, [...] tem como um dos objetivos, racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduzindo a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares (SECRETARIA DA SAÚDE/RS, 2008, p.23).

¹² [...] deverá desenvolver pela equipe multiprofissional as seguintes atividades: [...] atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socio-terápicas, de orientação, atividades de sala de espera, e atividades educativas em saúde); [...] visitas domiciliares; [...] atividades comunitárias (SECRETARIA DA SAÚDE /RS, 2008, p.24).

¹³ [...] está vinculado ao hospital geral, é o intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolve atividades intensivas por equipe multiprofissional que visa à substituição da internação integral.

¹⁴ [...] são atendimentos realizados em pronto-socorro e/ou pronto-atendimento que atendam 24 horas por dia. Devem ter leitos de observação, podendo o usuário permanecer no local por até 72 horas. Os atendimentos centrais são: [...] episódios agudos dos transtornos mentais, com ou sem sintomas psicóticos, com algum tipo de risco, e que necessitem manejo imediato, podendo haver ou não necessidade de encaminhamento para hospitalização (SECRETARIA DA SAÚDE/RS, 2008, p.28).

¹⁵ é necessário para internações em situações de crises para usuários da saúde mental. As internações são: voluntária quando o usuário aceita internar-se; involuntária acontece quando o usuário não quer a internação, mas a pedido de terceiros e a internação compulsória que é determinada pela Justiça (SECRETARIA DA SAÚDE/RS, 2008).



Fonte: Ministério da Saúde, 2005, p. 26.

O atendimento da saúde mental na área da drogadição também segue essa lógica de atenção em rede. Esta é constituída pelas Unidades de Saúde, Programas de Agentes Comunitários e ESF, CAPS tipo I e ad (álcool e outras drogas) e Hospitais Gerais (internações hospitalares curtas). Até o ano de 2002, a saúde pública não atendia o tratamento e a prevenção no campo de álcool e outras drogas. Somente a partir da criação dos CAPS, os usuários da saúde mental e, dentre eles, o dependente¹⁶ químico passou a receber esse tipo de atendimento específico.

Os CAPS caracterizam-se por serem serviços abertos e localizados na comunidade. Possuem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois com o surgimento desses serviços de atenção à saúde mental, tem-se a possibilidade da organização de uma **rede substitutiva** ao Hospital Psiquiátrico. São serviços de saúde que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e realiza o acompanhamento clínico tendo por objetivo a reinserção social desses usuários, por meio do acesso aos seus direitos civis e sociais e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Conforme Amarante (2005),

¹⁶ Dependência “é o conjunto de sinais ou sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância” (GALDURÓZ, 2008, p. 14).

É nos espaços cotidianos de vida, de construção de relações e interação social que os serviços substitutivos atuam, disseminando-se nos diversos segmentos da sociedade. Nesse contexto, operam-se a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e a transformação cultural propostas pelo processo de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE; FREIRE; UGÁ; 2005, p. 118).

A constituição dos CAPS, como um dos componentes da Rede de Atenção Integral para atendimento aos usuários da saúde mental, é parte integrante do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira que representou um marco na mudança do atendimento aos usuários da saúde mental. A implantação dos CAPS nos municípios é fundamental para que os usuários permaneçam no seu convívio familiar e comunitário, diferentemente das internações nos hospitais psiquiátricos. Nestes, os usuários vivenciavam um processo de exclusão, desde a estigmatização até o cerceamento da liberdade, pois eram afastados do ambiente familiar e comunitário. Os CAPS se diferenciam:

a) quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. b) Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004, p. 22).

QUADRO 1

Classificação dos CAPS

| Tipo | População | Turno | Recursos Humanos | Atividades Desenvolvidas |
|--|------------------------|---|---|---|
| CAPS I atende usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes | Entre 20.000 e 70.000 | dois turnos: 8h às 18h cinco dias semanais | 1 médico 1 enfermeiro 3 profissionais de nível superior 4 profissionais de nível médio | Atendimento individual, de grupo e em oficinas. Visitas Domiciliares Atividades comunitárias um turno – uma refeição dois turnos – duas refeições |
| CAPS II atende usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes | Entre 70.000 e 200.000 | dois turnos: 8h às 18h cinco dias semanais 3º turno até 21h | 1 psiquiatra 1 enfermeiro 4 profissionais de nível superior 6 profissionais de nível médio | Atendimento individual, de grupo e em oficinas. Visitas Domiciliares Atendimento à família Atividades comunitárias um turno – uma refeição dois turnos – duas refeições |
| CAPS III são serviços de | Acima de 200.000 | 24 horas diariamente | 2 psiquiatras 1 enfermeiro | Atendimento individual, de grupo e em oficinas |

| | | | | |
|---|------------------|--|--|--|
| grande complexidade que atende toda população com transtornos mentais graves e persistentes | | | 5 profissionais de nível superior 8 profissionais de nível médio | Visitas Domiciliares Atividades comunitárias um turno – uma refeição dois turnos – duas refeições Acolhimento noturno contínuo, máximo cinco leitos, repouso e/ou observação 24 horas – quatro refeições |
| CAPSi atende crianças e adolescentes | Acima de 200.000 | dois turnos: 8h às 18h cinco dias semanais 3º turno até 21h | 1 psiquiatra ou neurologista ou pediatra 1 enfermeiro 4 profissionais de nível médio 5 profissionais de nível superior | Atendimento individual, de grupo e em oficinas. Visitas Domiciliares Atividades comunitárias um turno – uma refeição dois turnos – duas refeições Desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com áreas de assistência social, educação e justiça. |
| CAPSad Atende pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas | Acima de 100.000 | 2 turnos: 8hs às 18hs: cinco dias da semana, 3º turno até as 21hs | 1 psiquiatra 1 enfermeiro com formação em saúde mental 1 clínico 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais 6 profissionais de nível médio | Atendimento individual, de grupo e em oficinas. Visitas Domiciliares Atividades comunitárias um turno – uma refeição dois turnos – duas refeições. Dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso |

Fonte: SECRETARIA DA SAÚDE/RS, 2008.

Quadro 1: Classificação dos CAPS

A expansão e a consolidação dos CAPS são objetivos principais do Ministério da Saúde, pois a ampliação desses serviços é essencial para a mudança do atendimento à saúde mental no país. Atualmente, existem 1502 CAPS cadastrados no Ministério da Saúde e distribuídos por todos os Estados. No quadro abaixo, observa-se o aumento desses serviços e o número de CAPS implantados no País, desde o ano de 2002 até 2010.

QUADRO 2
Número de CAPS no Brasil

| ANO | Nº DE CAPS NO BRASIL |
|-------------|-----------------------------|
| 2002 | 424 |
| 2003 | 500 |
| 2004 | 605 |
| 2005 | 738 |
| 2006 | 1011 |
| 2007 | 1123 |
| 2008 | 1291 |
| 2009 | 1326 |
| 2010 | 1502 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2007/ 2010 (sistematização da autora).

Quadro 2: Número de CAPS no Brasil.

QUADRO 3
Tipo e número de CAPS no Brasil

| Tipo de CAPS | Nº de CAPS no Brasil |
|---------------------|-----------------------------|
| CAPS I | 706 |
| CAPS II | 402 |
| CAPS III | 46 |
| CAPSi | 117 |
| CAPSad | 231 |
| Total | 1502 |

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, 2010 (sistematização da autora).

Quadro 3: Tipo e número de CAPS no Brasil

Esses dados revelam a ampliação dos CAPS no País, com um aumento de 1078, entre os anos de 2002 a 2010 (junho). E os CAPSad, no Brasil, representam um total de 15%, concentrando-se em São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Ceará, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Mais especificamente no RS, o quadro abaixo demonstra o número e o tipo de CAPS existentes:

QUADRO 4

Tipo e número de CAPS no Rio Grande do Sul

| TIPO DE CAPS | Nº DE CAPS NO RS |
|--------------|------------------|
| CAPSI | 63 |
| CAPSII | 36 |
| CAPSi | 14 |
| CAPSad | 21 |
| TOTAL | 134 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2010 (elaboração da autora).

Quadro 4: Tipo e número de CAPS no RS.

Nesse cenário, observa-se mudança na estrutura do sistema para a atenção à saúde mental, no sentido de alterar a perspectiva da forma de atendimento, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, normatizada pela Lei 10.216/2001, que estabeleceu nova concepção do atendimento aos usuários da saúde mental. Essa lei corroborou as diretrizes do SUS, que garante aos usuários:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; [...]VIII - participação da comunidade [...] (BRASIL, LEI Nº 8.080/1990).

Embora a normatização do atendimento integral ao usuário da saúde mental tenha ocorrido em 2001, a discussão sobre a integralidade em saúde se deu a partir da década de 60, quando surgiram muitos questionamentos em relação às atitudes fragmentadas e reducionistas dos médicos, que tratavam as pessoas de acordo com o funcionamento de seu corpo, afastando o olhar da totalidade dos usuários. Esse olhar limitado fazia com que os médicos não apreendessem as necessidades mais abrangentes de seus pacientes (MATTOS, 2001).

O Movimento da Reforma Sanitária brasileira, ocorrido nas décadas de 70/80, já discutia e “disputava pela ‘atenção’ no lugar da ‘assistência’, pela integralidade no

lugar da polaridade prevenção–cura e pela processualidade saúde–doença, em lugar da promoção versus reabilitação” (CECCIM, FERLA, 2009, p. 2, grifos do autor). A integralidade além de ser uma diretriz do SUS é uma

[...] bandeira de luta, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas [...] se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidaria (MATTOS, 2001, p. 41).

Destaca-se que a saúde é aqui entendida no seu sentido ampliado, resultante da compreensão de seus fatores determinantes (alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, entre outros), como integrante da qualidade de vida. É um direito social, em que todos possam ter assegurado, de acordo com as suas necessidades, a promoção e a proteção à saúde. A saúde, como dever do Estado e direito de todos, foi o reconhecimento de que as necessidades em saúde da população não podem ficar sob responsabilidade do mercado.

Pensar na realização de um atendimento na perspectiva da integralidade implica refletir no processo saúde-doença que, embora sua concepção hegemônica aponte para a busca de tecnologias voltadas à intervenção na doença, com prescrições de medicamentos e procedimentos afins, “representa o conjunto de relações e variáveis, que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade” (ALMEIDA, 1998, p.30).

Além disso,

Saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória, não se está com saúde ou com doença por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma “produção social da saúde e/ou da doença” (ALMEIDA, 1998, p. 31).

A integralidade também consiste na crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais, na horizontalidade dos programas e na organização dos serviços. Estes devem estar organizados para atender amplamente

as necessidades dos usuários (MATTOS, 2001). Um dos sentidos atribuídos ao atendimento integral ao usuário da saúde mental se refere

Ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (PINHEIRO; MATTOS, 2001, apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 224).

Portanto, os fatores que determinam a saúde podem ser traduzidos nas necessidades em saúde, por isso, é impossível compreender essas necessidades se não for considerado que são produtos das relações sociais, econômicas, políticas e culturais. É importante que se compreenda a saúde no sentido de priorizar a vida com qualidade, e não como ausência de doença.

Destaca-se que as necessidades em saúde, estão organicamente relacionadas à definição ampliada de saúde, conceito explorado acima. Nessa afirmação, consideram-se: o acesso à água tratada, boas condições de moradia, alimentação, saneamento básico, inserção no mercado formal de trabalho, acesso à tecnologia, autonomia no modo de viver e o estabelecimento de vínculos com os profissionais da saúde (CECÍLIO, 2001). É importante reconhecer que essas necessidades são determinadas social e historicamente. As necessidades estão voltadas à produção de vida, à potencialização do sujeito e de seu modo de viver. A integralidade em saúde estabelece uma ruptura com a hegemonia do pensamento cartesiano dicotômico do problema/solução e enfermidade/cura, e o atendimento deve superar a intervenção na patologia e sinalizar um empoderamento dos usuários, no sentido de seu valor social.

Além disso, o conceito de necessidade em saúde pode ser considerado como um conjunto de necessidades humanas básicas, pois “o básico expressa algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que ela se acrescenta” (PEREIRA, 2007, p. 26).

Considera-se para este trabalho, conforme Mattos (2001), três sentidos para a integralidade: no trabalho profissional, no modo de organizar os serviços de saúde e nas respostas governamentais a demandas específicas de saúde. De acordo com esse autor, um dos sentidos da integralidade que pode ser considerado é a saúde

integral, caracterizada pela recusa em reduzir o usuário ao sistema biológico. A integralidade deve ser defendida nas práticas dos profissionais da saúde, que devem ser capazes de desvelar outras demandas que o usuário necessita e não apenas atender aquela que ele expõe, no momento em que é atendido. A partir disso, destaca-se ainda outra concepção de integralidade, a qual

Corresponde a necessidades de ações efetivadas no âmbito do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção e recuperação da saúde sejam **garantidas de forma integrada, em todos os níveis de complexidade do sistema, numa visão interdisciplinar que incorpore o conceito ampliado de saúde e possibilite a participação popular** (ALBUQUERQUE, 2003, apud SIQUEIRA, 2007, p. 15, grifo nosso).

Desse modo, o saber e o fazer, em relação à saúde da população, são tarefas que implicam a união de várias disciplinas do conhecimento humano e o trabalho das diversas profissões da área da saúde e da saúde mental, tais como o Serviço Social, bem como a ação articulada entre os diversos setores, que é essencial para a efetivação do SUS. O Serviço Social é uma profissão que luta pela defesa intransigente da garantia dos direitos humanos e, nesse âmbito, o direito à saúde, conforme as normativas do SUS, que estão em perfeita sintonia com o projeto ético-político do assistente social, enfatiza-se: “a expansão dos direitos de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a justiça social e o papel do Estado na provisão da atenção social são pontos em comum que merecem destaque” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 222).

Os assistentes sociais que estão inseridos nos serviços de saúde, dentre estes o CAPS, recebem demandas dos usuários, marcadas pelas diversas expressões da questão social¹⁷ que se manifestam nas situações de saúde somadas e/ou por vezes co-relacionadas a outras questões com as quais os usuários convivem, por exemplo, a dependência química e os sofrimentos psíquicos. Essas condições fazem com que muitos usuários sejam excluídos do acesso à saúde.

¹⁷ [...] entendida como desigualdade (expressa na drogadição, no desemprego, na violência, na exclusão, na precarização, na fome, na prostituição etc..) e também como resistência (isto é, todas as formas de resistência a desigualdade social, principalmente coletiva, por exemplo, conselhos, projetos, sindicatos, políticas, associações, redes, entre outros) (IAMAMOTO, 2007).

Uma das exigências do assistente social é desvendar as demandas¹⁸ que se apresentam no cotidiano profissional, a partir de inserção nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, para identificar as necessidades sociais, culturais, políticas e econômicas desses usuários, reconhecendo-as como expressões da questão social. Por esse motivo, a integralidade deve ser defendida como valor expresso no trabalho de cada profissional, na maneira como eles respondem às demandas dos usuários. Para que o assistente social priorize o atendimento às necessidades dos usuários, tem que planejar seu trabalho de modo que interfira nos determinantes no processo saúde-doença, bem como no resgate da saúde, enquanto direito social. A seguir, serão expostas algumas estratégias para o assistente social que trabalha na área da saúde, tais como:

Planejamento: [...] é um instrumento de luta, de negociação, de registro de prática [...] é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em “recurso vivo”, podendo, assim contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho, ou seja, promover a saúde. [...] Organizar e realizar a atenção aos direitos e o acesso ao Serviço Social, a partir da demanda dos trabalhadores [...] Realizar e publicizar estudos socioeconômicos [...] Identificar e priorizar as necessidades sociais de saúde e demandas dos usuários para além das demandas espontâneas [...] Valorizar a demanda espontânea [...] Priorizar como assegurado na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, independente do tipo de unidade, sem prejuízo do tratamento e da reabilitação (VASCONCELOS, 2006, p. 258-259).

Além dessas estratégias para intervenção na área da saúde, destacam-se os parâmetros para a atuação do assistente social nessa área. Sistematizados no ano de 2009, o documento foi elaborado para dar direção ao trabalho desse profissional. Os parâmetros estão articulados com os princípios do Código de Ética do assistente social, sintonizado com os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Com o olhar atento às necessidades do usuário, o profissional estará articulando prevenção, por meio de questionamentos e orientações, com a assistência que trata da prestação do serviço para a demanda posta. Nesse sentido, a integralidade se expressa quando os profissionais compreendem o conjunto de necessidades em saúde que o usuário apresenta, por isto, as suas atitudes e postura são fundamentais.

¹⁸ As demandas constituem-se, portanto, na aparência da realidade social, não expressando as reais necessidades dos sujeitos demandantes (SIMIONATTO, 1998, p. 15).

Nos espaços sócio-ocupacionais em que o assistente social se insere, a integralidade se realiza exatamente pelo compromisso ético-político e competência técnica no seu modo de responder às demandas dos usuários. Os aspectos éticos “não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articuladas à competência teórica/técnica e à capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais” (BARROCO, 2004 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 227). O assistente social busca diariamente, no seu trabalho, ampliar e garantir direitos para melhores condições de saúde dos usuários.

O assistente social tem como referencial para seu trabalho o projeto ético-político, adotado pela categoria que permite a esse profissional conhecer e ter capacidade de apreender o movimento da realidade social. Essa capacidade se materializa a partir de uma formação generalista, com muito comprometimento, fundamentado nos eixos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, orientado por uma visão crítica de homem e de realidade , com perspectiva totalizante, que compreende o contexto sócio-histórico do campo da intervenção e coloca ao profissional a manutenção da formação continuada e permanente.

3 O PERCURS DA PESQUISA

Um trabalho final de graduação é um “documento que representa o resultado de estudo, devendo expressar conhecimento do assunto escolhido, que deve ser obrigatoriamente emanado da disciplina [...]” (UNIPAMPA, 2010, p. 7). Para a obtenção do conhecimento, torna-se fundamental recorrer à ciência e, por meio da pesquisa científica, é possível desvelar a realidade e avançar em direção ao objeto de estudo. Nesse sentido, faz-se necessário apresentar um breve histórico do local em que se realizou a pesquisa, além de dar visibilidade ao caminho metodológico da mesma, para posteriormente apresentar os resultados alcançados nesse percurso.

3.1 Situando o Serviço Social no espaço do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) de São Borja: os desafios da integralidade

Fundamentado pelo método dialético-crítico, que orienta este estudo, considera-se imperativo reconhecer os processos históricos dos espaços sócio-ocupacionais, nos quais se insere o assistente social, identificar e analisar criticamente suas demandas e, por meio de uma postura investigativa, entender a questão social enquanto objeto de estudo e de intervenção. Nesse sentido, contextualizar o solo sócio-histórico em que a pesquisa foi realizada, trata-se de uma exigência para a compreensão e explicação do objeto de estudo, no que tange à transversalidade das categorias - historicidade e totalidade.

Ao chegar para realizar o estágio curricular em Serviço Social no CAPSad, no período de março a dezembro de 2009, procurou-se saber da história do lugar. Observou-se que não havia registros sistematizados das atividades que eles desenvolveram e nem da própria história da instituição. Descobriu-se que, inicialmente, era um programa chamado “Cuca Legal” e, somente no início de 2009, passou a ser chamado de CAPSad. Diante de poucas informações registradas, iniciou-se uma investigação com os profissionais e com os usuários, para compor esta história. Procurou-se também a ex-coordenadora, que forneceu muitas informações, pois ela foi a responsável pela elaboração do projeto de implantação deste CAPSad.

Segundo informações da psicóloga, no ano de 2004, o Centro de Atenção Cuca Legal, financiado pelo Estado em parceria com o município, iniciou suas

atividades em São Borja. O Estado destinou recursos para a compra de materiais e, o município, em contrapartida, disponibilizou os profissionais. Esse serviço priorizava o tratamento para dependentes químicos - álcool e outras drogas - e também os usuários que sofriam de depressão. Localizava-se nas dependências do Hospital São Francisco, cujo horário de funcionamento era de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h.

Em 2005, a psicóloga assumiu a coordenação do Programa. Nesse período, segundo ela, a equipe técnica era formada por quatro profissionais (terapeuta ocupacional, psicóloga, recepcionista e uma funcionária para fazer a limpeza e cuidar da cozinha). No ano de 2007, foi ampliada a equipe técnica, com a chegada de enfermeiro, clínico geral, professor de educação física, professor de educação artística e uma merendeira.

Em julho de 2005, a coordenadora recebeu o comunicado de que o Programa seria extinto, para transformar-se em Centro de Atenção Psicossocial, com atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). A implementação dos CAPSad, está prevista na normativa do Ministério da Saúde (Portarias 189 e 336 de 2002), inclusive com recursos garantidos, a fim de que se possa oferecer tratamento adequado aos usuários da saúde mental, dependentes de álcool e outras drogas.

Dessa forma, segundo a coordenadora, deu-se início, no ano de 2006, a um processo de “convencimento” do poder público na esfera municipal que, inicialmente, mostrou-se resistente. Mas, após a aceitação por parte do gestor municipal de saúde, no mesmo ano, foi elaborado o projeto para implantação do CAPSad em São Borja, e encaminhado para a 10ª coordenadoria em Alegrete, que encaminhou para a Secretaria Estadual de Saúde, sediada em Porto Alegre e, posteriormente, para o Ministério da Saúde, o qual só aprovou no final de 2007.

Após o governo estadual cortar o recurso que destinava ao programa “cuca legal”, em 2006, a prefeitura municipal assumiu as despesas, para que as pessoas que recebiam o tratamento não ficassem sem atendimento. Entretanto, no final do ano de 2007, o município teve a intenção de suspender os recursos designados ao programa “cuca legal”. Devido a isto, a coordenadora do Programa realizou uma reunião com os usuários e seus familiares para informá-los da situação e possível término do Programa. Diante do apresentado, os usuários e familiares foram à prefeitura e à câmara de vereadores, a fim de reivindicar o funcionamento do

programa “cuca legal”. Após essa mobilização, aprovou-se a manutenção do “cuca legal”.

Segundo informações da coordenadora, no início de 2008, o Ministério da Saúde destinou um recurso no valor de 50 mil reais para a implantação do CAPSad. Com esse dinheiro, foi realizada uma reforma na estrutura física do local, comprado um carro e também equipamentos para a ampliação da cozinha. No início de 2009, ocorreu uma mudança na coordenação do CAPSad, assumindo a coordenação outro profissional também da área da Psicologia. Nesse período, o CAPSad aguardava o credenciamento no Ministério da Saúde e, por esse motivo, ainda não estava recebendo recurso financeiro para sua manutenção diária. Para que o CAPSad funcionasse diariamente, o município destinava recursos ao provimento das refeições dos usuários, para custear as despesas mensais, além de pagar os vencimentos à equipe técnica.

Após a realização do credenciamento, em outubro de 2009, no Ministério da Saúde, o CAPSad de São Borja, foi reconhecido pelo governo federal, que destina mensalmente recursos para o seu funcionamento. Isto acontece por meio do repasse aos municípios dos gastos realizados nos tratamentos, pagos à Secretaria Municipal de Saúde por APACs, que são Autorização por Procedimentos de Alta Complexidade (CRUZ; FERREIRA, 2009).

Essa trajetória histórica, revela um percurso de luta e mobilização de técnicos, usuários e familiares, para a materialização de outra lógica de atendimento à saúde mental, nos moldes da reforma psiquiátrica, por meio de serviços substitutivos. Atualmente, o CAPSad faz atendimento a pessoas com transtornos mentais, causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. É uma unidade de atenção diária que conta com uma população encaminhada pela rede básica de saúde, serviços especializados e procura espontânea. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, e são oferecidas no local três refeições: café da manhã, almoço e lanche da tarde.

Todas as pessoas que procuram o serviço são acolhidas¹⁹, sem qualquer tipo de distinção ou exigência. A equipe presta atendimento individual, grupal, terapêutico e medicamentoso. O projeto do CAPSad tem como objetivos:

¹⁹ Segundo Kenneth, et. al. (2006), o acolhimento é percebido como importante na construção da postura dos profissionais baseada em receber, escutar e tratar humanizadamente as famílias e suas

Prestar atendimento em regime de atenção diária; Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados; Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; Coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004b).

A equipe multidisciplinar do CAPSad, atualmente, é formada por: psicóloga, psiquiatra, clínico geral, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, professor de educação física, agente operacional de saúde, auxiliar de limpeza e cozinheira.

A estrutura física é a seguinte: sala de recepção, sala para atendimento psiquiátrico e clínico, sala para atendimento psicológico, sala para a terapeuta ocupacional, ambulatório, refeitório, duas oficinas, sala para a realização das reuniões, dos grupos e de televisão, sala para desintoxicação, com banheiro e dois leitos, cozinha ampliada e equipada para o fornecimento das refeições (café, almoço e lanche), área de serviço, corredor em que são expostos os trabalhos artesanais, desenvolvidos nas oficinas pelos usuários, vestiário para a cozinheira e para a funcionária da limpeza, sete banheiros, duas salas que servem para depósito de material e três salas que, no momento, encontram-se vazias.

Essa estrutura física está de acordo com as exigências do Ministério da Saúde, 2004, p. 296, que exige no mínimo:

[...] sala de espera e recepção; área de apoio administrativo; consultórios; área para atividades em grupo; 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso; refeitório; posto de enfermagem.

O CAPSad ainda possui um amplo espaço externo; nele há uma horta, na qual usuários plantam diversos tipos de saladas, legumes e temperos. O dinheiro arrecadado, a partir da venda desses produtos, é destinado a uma “caixinha” em que

demandas. O acolhimento implica, também, na responsabilização dos profissionais pela condução da proposta terapêutica e na co-responsabilização das famílias pela sua saúde.

eles juntam o dinheiro para, posteriormente, realizarem viagens e confraternizações. No pátio, tem um campo de futebol para a realização de atividades esportivas e de integração com outros CAPS.

Além do CAPSad, compõe essa rede de serviços de saúde mental, um Centro Médico de Atendimento Especializado (CEMAE), treze unidades de saúde na área urbana e duas localizadas na área rural e, também, o Hospital Ivan Goulart, que disponibiliza seis leitos psiquiátricos e oito leitos para usuários de álcool e outras drogas, totalizando 14 leitos disponíveis ao atendimento de usuários da saúde mental. Entretanto, ainda se identifica fragilidade quanto a um trabalho em rede, desde a perspectiva de uma rede interna quanto da rede social na atenção integral a esses usuários e seus familiares. Há dificuldades locais para a estruturação e articulação da rede, além da necessidade de potencializar a capacitação e qualificação dos profissionais que trabalham com os usuários da saúde mental. Isto, sem dúvida, são desafios para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental no município.

3.2 O método e o tipo de pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa com os usuários do CAPSad de São Borja, utilizou-se o método dialético-crítico que analisa, desvela e busca compreender e explicar a realidade, por meio de suas categorias integrantes: a historicidade, a totalidade e a contradição. O marxismo é uma

[...] abordagem que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos [...] a dialética trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos (MINAYO, 2007, p. 24).

A historicidade é o desvelamento do movimento histórico constitutivo da realidade, que visa reconstruir a partir de sucessivas aproximações dos fenômenos e das estruturas. A totalidade é a compreensão não fragmentada da realidade, é a busca pela interconexão entre os fatos a serem considerados, e a contradição constitui-se na categoria central da dialética, é a luta dos contrários, é a partir desta que se tem a possibilidade de transformar a realidade desejada (GADOTTI, 1983).

O método,

[...] nos auxilia com instrumentos que possibilitam não só realizar a leitura crítica da realidade social, mas, e isto é fundamental, com subsídios para propor e intervir no real. Este método, associado a um conjunto teórico de fôlego, que se inspira no próprio movimento da realidade, histórico, contraditório, multicasual, aporta, além de categorias explicativas da realidade, elementos que nos permitem explicar a profissão como processo de trabalho com seus movimentos condicionados e protagonistas (PRATES, 2006, p. 2).

Na teoria e no método marxiano,

A pesquisa é intrinsecamente relacionada e voltada para a realidade social e para ações concretas com vistas à transformação, a superação dos estudos contemplativos por investigações comprometidas com os temas e sujeitos envolvidos no estudo (PRATES, 2004, p. 124).

A pesquisa na área do Serviço Social, fundamentada pelo método dialético-crítico, que visa à transformação da realidade, tem a intencionalidade e o compromisso com a transformação social. Esse método está respaldado pela Teoria Social Crítica, que estuda, analisa e problematiza as relações sociais, vinculadas ao sistema capitalista, o qual se fundamenta na geração de desigualdade. Sendo esta uma das expressões da questão social, a qual se origina do conflito entre o capital e o trabalho e que se constitui objeto de intervenção do assistente social (PRATES, 2003). Esse método possui perspectiva teleológica que

[...] 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, 2004, p. 124).

Considerando que este estudo, ao ser fundamentado pelo Referencial Dialético-Crítico, a articulação entre os dados quantitativos e qualitativos é uma condição. Sendo assim, mesmo o estudo dando ênfase qualitativa, também foram coletados dados quantitativos, que serão analisados de forma articulada e contextualizada.

Esta pesquisa pode ser caracterizada como qualitativa, pois a abordagem “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2001, p. 79). Ou seja, procurou trabalhar aspectos objetivos e subjetivos e serviu para a apreensão dos modos de vida dos sujeitos. Além disso, a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2007, p. 23).

O caminho investigativo, percorrido no processo de pesquisa qualitativa do tipo exploratória, apresenta o seguinte ciclo:

[...] é um peculiar processo de trabalho em espiral que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto que, por sua vez dá origem a novas interrogações [...] pode ser dividido em três etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material empírico e documental (MINAYO, 2007, p. 26).

Conforme Minayo (2007), a fase exploratória é o tempo dedicado à produção do projeto, à definição do objeto, ao desenvolvimento teórico-metodológico, à escolha dos instrumentos de operacionalização da pesquisa, à elaboração do cronograma de ação e à escolha do lugar e da amostra qualitativa. O trabalho de campo é colocar em prática a construção teórica elaborada anteriormente, e análise do material são os procedimentos para a interpretação dos dados empíricos, é a articulação com a teoria que embasa o projeto. E a “análise qualitativa é a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações” (MINAYO, 2007, p. 27).

3.3 O caminho metodológico da pesquisa

A pesquisa científica procura ultrapassar o senso comum, por meio do método científico, o qual permite que a realidade social seja reconstruída enquanto objeto do conhecimento, por meio de um processo de categorização que une dialeticamente o teórico e o empírico. O planejamento da pesquisa é o primeiro momento para a realização desta. E Deslandes (2007) o define como:

[...] a síntese de múltiplos esforços intelectuais que se contrapõem e se complementam: de abstração teórico-conceitual e de conexão com a realidade empírica, de exaustividade e síntese, de inclusões e recortes, e, sobretudo, de rigor e criatividade (DESLANDES, 2007, p. 31).

Nesse sentido, cabe ressaltar o caminho metodológico utilizado para estudar a temática: o reconhecimento das necessidades em saúde, vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, no período entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010, sob a perspectiva da integralidade ao atendimento em saúde mental.

A pesquisa social “é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade [...] ela vincula pensamento e ação” (MINAYO, 2007, p. 16). É o processo que utiliza a metodologia científica para adquirir novos conhecimentos acerca da realidade social. A metodologia de pesquisa “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2007, p. 14). Isto quer dizer que a metodologia inclui, ao mesmo tempo, o método, as técnicas e a criatividade do pesquisador. “Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade”. (MINAYO, 2007, p. 15). Enfatiza-se também a transversalidade da revisão bibliográfica em todo o processo da pesquisa, que tem por objetivo “[...] colocar o pesquisador em contato com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 185).

A presente pesquisa tem como problema: Quais são as necessidades em saúde²⁰ vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, no período entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010?

Para responder a este problema, foram elaboradas questões norteadoras que “são problematizações auxiliares que compõe a formulação central [...] elas devem sintetizar o conjunto de variáveis que identificamos como fundamentais para explicar nosso problema de pesquisa” (PRATES, 2004, p. 127). As questões foram as seguintes:

a) Qual o perfil dos usuários que fazem tratamento intensivo no CAPSad de São Borja?

²⁰ Necessidades em Saúde podem ser consideradas o acesso a água tratada, boas condições de moradia, alimentação, saneamento básico, inserção no mercado formal de trabalho, acesso a tecnologia, autonomia no modo de viver e o estabelecimento de vínculos com os profissionais da saúde (CECÍLIO, 2001).

b) Qual o conhecimento que esses usuários têm acerca de seus direitos e formas de acesso?

c) Qual a trajetória de vida dos usuários do CAPSad de São Borja, com relação ao uso de drogas?

d) Quais as condições de vida dos usuários do CAPSad?

e) Como se estabelecem as relações entre o usuário e a família?

f) O que os usuários do CAPSad de São Borja entendem por saúde?

A partir dessas questões que nortearam a pesquisa, teve-se como objetivo geral: Analisar as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do Centro CAPSad de São Borja, de modo a contribuir com subsídios para qualificação do atendimento, tanto do CAPSad quanto da rede de atenção à saúde mental no município, na perspectiva da integralidade.

Tendo-se em vista a sua complementação, foram elaborados quatro objetivos específicos:

a) Identificar o perfil dos usuários que realizam tratamento intensivo no CAPSad de São Borja;

b) Investigar o conhecimento desses usuários acerca de seus direitos e formas de acesso;

c) Conhecer a trajetória de vida desses usuários e a relação com o uso de drogas;

d) Reconhecer como se estabelecem as relações entre usuário e família;

e) Verificar o entendimento de saúde dos usuários do CAPSad de São Borja.

Para dar melhor visibilidade à proposta da pesquisa, além de se enfatizar a importância da articulação de todo procedimento metodológico, apresenta-se a seguir um quadro-síntese, que dará visibilidade aos objetivos da pesquisa com base nos pressupostos metodológicos:

QUADRO 5

Síntese do processo metodológico

TEMA
INTEGRALIDADE

52

DELIMITAÇÃO DO TEMA

Reconhecimento das **necessidades em saúde** vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010 sob a perspectiva da integralidade do atendimento em saúde mental.

PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja, no período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010?

OBJETIVO GERAL

Analisar as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do CAPSad de São Borja de modo a contribuir com subsídios para qualificação do atendimento tanto do CAPSad quanto da Rede de atenção a saúde mental no município na perspectiva da integralidade.

Método
Dialético-
Crítico

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conhecer a trajetória de vida desses usuários e sua relação com o uso de drogas

O.E
Verificar o entendimento de saúde dos usuários do CAPSad de São Borja

O.E
Identificar o perfil dos usuários que realizavam tratamento intensivo no CAPSad de São Borja

O.E
Investigar o conhecimento desses usuários acerca de seus direitos e formas de acesso

Q.N
Qual o perfil dos usuários que fazem tratamento intensivo no CAPSad de São Borja?

Q.N
Qual o conhecimento que esses usuários têm a cerca de seus direitos e formas de acesso?

Q.N
Qual a trajetória de vida dos usuários CAPSad de São Borja com relação ao uso de drogas?

Q.N
Quais as condições de vida dos usuários do CAPSad?

Q.N
Como se estabelece as relações entre o usuário e sua família?

Q.N
Qual é a relação entre a dependência química e aspectos familiares?

Q.N
O que os usuários do CAPSad de São Borja entendem por saúde?

FORMULÁRIO 1

Análise de
Conteúdo

FORMULÁRIO 2

Fonte: Sistematização da autora
Quadro 5: síntese do processo metodológico

Primeiramente realizou-se uma revisão bibliográfica a respeito da temática. Na seqüência, definiu-se o universo da pesquisa, ou seja, “o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características” (GIL, 2007, p. 99), isto é, a totalidade de pessoas de determinado lugar, composto por 115 usuários que realizavam tratamento no CAPSad, entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010. Desse número de 115, 30 usuários realizavam o tratamento de modo intensivo (todos os dias da semana), 25 semi-intensivo (três vezes por semana) e 60 não intensivo (menos de três vezes por semana).

A amostra da pesquisa, isto é, “um subconjunto da população, que estabelecem as características desse universo” (GIL, 2007), foi composta por 30 usuários, acompanhados, a critério da equipe, de forma intensiva. Porém, no período da coleta de dados, tinham-se 27 usuários em tratamento de modo intensivo, os quais responderam ao questionário²¹.

Para responder ao formulário²², a partir de uma entrevista dirigida com dados qualitativos, selecionaram-se seis usuários, a partir da amostragem por acessibilidade ou por conveniência. Nesta “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”(GIL, 2007, p. 104).

A princípio seria entregue aos 27 usuários um questionário que “é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 203). Porém, ao aplicar o pré-teste, que tem a “finalidade de evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão, etc..” (GIL, 2007, p. 137), verificou-se a dificuldade que os usuários demonstraram para ler²³ o questionário. Desta forma, a

²¹ Apêndice B

²² Apêndice C

²³ Esta dificuldade de leitura se revela no dado que será apresentado posteriormente em que 89% dos usuários tinham o 1º grau incompleto.

pesquisadora passou a entrevistá-los, de acordo com as questões já elaboradas no instrumento, transformando-o em um formulário com questões fechadas.

Posteriormente, foram realizadas seis entrevistas dirigidas, ou seja, “é um diálogo preparado com objetivos definidos e uma estratégia de trabalho” (CHIZZOTTI, 2001, p. 57). Na entrevista foi utilizado um formulário, o qual “é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coletas de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 214), isto possibilitou conhecer melhor os seis usuários entrevistados por meio de suas narrativas orais.

A participação dos usuários se deu de forma espontânea, e foram respeitados os sujeitos que não tiverem vontade de participar. Aqueles que participaram tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²⁴, que autorizava a utilização dos registros da entrevista para fins desta pesquisa. Além disto, para preservar o sigilo da identidade pessoal e social dos sujeitos, estes foram identificados como: usuário 1, usuário 2, usuário 3, etc.. Assim, manteve-se o compromisso ético da pesquisadora e o respeito para com os usuários participantes da pesquisa.

Por fim, destaca-se a dimensão ética desta pesquisa que, após a obtenção dos resultados, estes serão devolvidos por meio da apresentação oral e também com a entrega de uma cópia do trabalho final de graduação no CAPSad. De acordo com Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa é uma construção coletiva, é um exercício político, pois trabalha com os significados das vivências dos usuários em estudo, além disso, tem um sentido social, por isso os resultados devem ser devolvidos a eles, afirmando-se, dessa forma, o compromisso ético do pesquisador em relação ao pesquisado. Esse compromisso garante o protagonismo dos sujeitos e favorece a centralidade.

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo, que objetiva “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2001, p. 98). A análise de conteúdo,

²⁴ Apêndice A

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

Esta análise procura,

[...] conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens [...] ela visa o conhecimento das variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares (BARDIN, 2009, p. 45-46).

Conforme Bardin (2009), a análise de conteúdo pode ser organizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase da organização que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. A fase de exploração do material “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”. E, por último, os resultados “são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN, 2009, p. 127). Os dados quantitativos receberam tratamento estatístico para melhor visualização dos resultados. O quadro a seguir é uma síntese das categorias teóricas que fundamentam esse estudo:

Quadro 6
Síntese das categorias teóricas

| I N T E G R A L I D A D E | CATEGORIAS TEÓRICAS | SUBCATEGORIAS TEÓRICAS | INDICADORES | CATEGORIAS DO MÉTODO |
|--|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| | NECESSIDADES EM SAÚDE | Condições de vida | Perfil | HISTORICIDA DE |
| | | | Escolaridade | |
| | | | Renda familiar | |
| | | | Moradia | |
| | | | Trabalho | |
| | | Modos de vida | Relações familiares | TOTALIDADE |
| | Serviços de saúde/política de saúde | Qualidade/ Impacto do serviço | | |
| | SAÚDE | Entendimento de saúde | CONTRADI ÇÃO | |
| | | Representação da droga | | |
| Direitos sociais | | Conhecimento e formas de acesso | | |

Fonte: Elaboração da autora.

Quadro 6: Síntese das categorias teóricas

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo, serão expostos os resultados da pesquisa, a partir de uma reflexão e contextualização destes, com intuito de responder ao problema de pesquisa, bem como seus objetivos. Inicialmente será revelado o perfil do usuário intensivo do CAPSad e sua relação com a droga. Esses dados se evidenciaram a partir da participação de 27 entrevistados. Posteriormente, será apresentado o desvendamento das necessidades em saúde, vivenciadas por seis usuários que participaram de uma entrevista dirigida, com base em um formulário com dados qualitativos. Essas necessidades estão relacionadas ao contexto familiar dos usuários e o seu modo de vida²⁵. Por fim, serão apresentados o entendimento de saúde desses usuários e o conhecimento acerca de seus direitos.

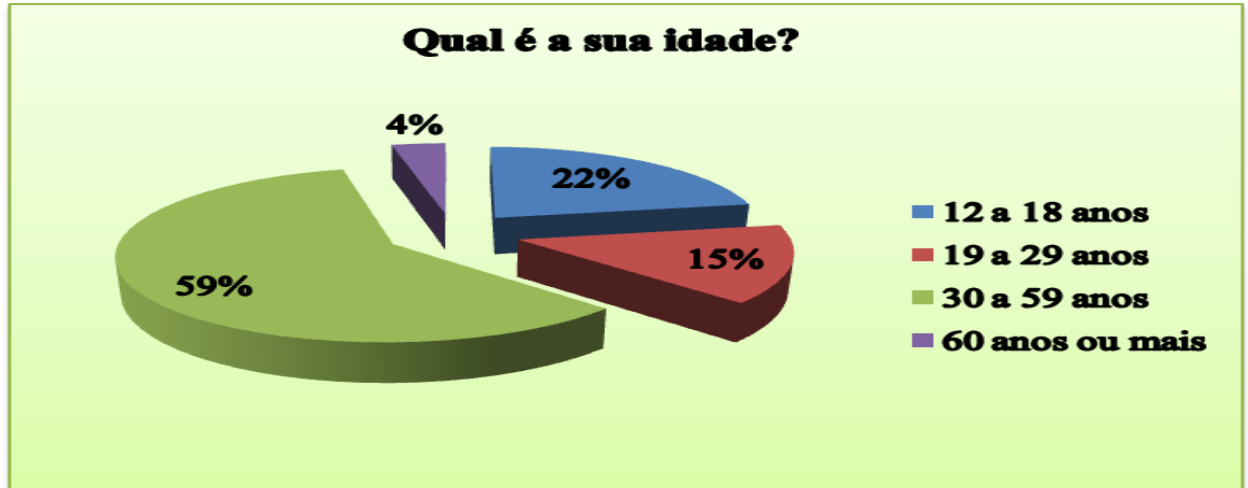
4.1 O perfil e a relação com a droga

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa, coletados a partir de um formulário respondido por 27 usuários que realizavam tratamento intensivo no CAPSad de São Borja, no período entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010. Os dados compõem um perfil geral dos usuários, que registra a identificação, condições de vida e a relação com a droga.

Referente ao **perfil**, os dados revelam que 70% eram do sexo masculino, 74% solteiros, 18% casados, 4% viúvo e 4% divorciado; 63% declararam ser católicos e 37% de outras religiões. Quanto à cidade de origem, 56% dos usuários que realizavam tratamento intensivo são naturais de outras cidades.

Relacionando-se a **idade** com o **tipo de droga** consumida e, também quanto ao **início do uso**, pode-se observar em primeiro lugar que os usuários do CAPSad são adultos, identificando-se, após, adolescentes, de acordo com o gráfico a seguir:

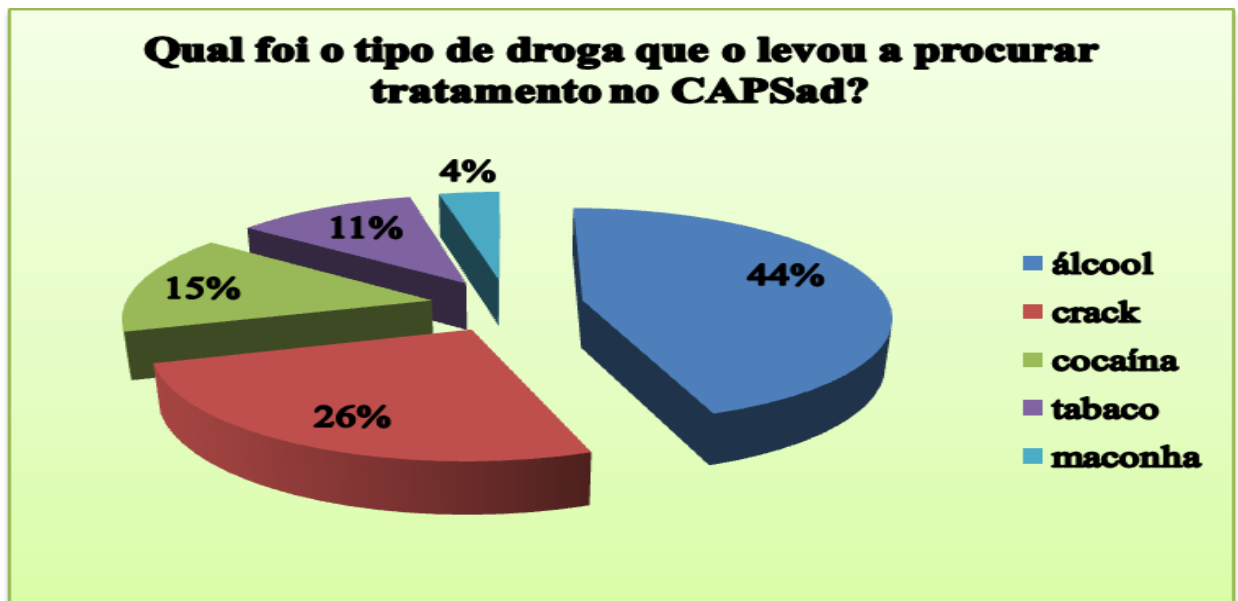
²⁵ Modo de vida envolve sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas (MARTINELLI, 1998, p. 23)



Fonte: elaboração da autora

Gráfico 1: questão 2 do formulário 1

Quanto ao tipo de droga que o levou a procurar pelo atendimento do CAPSad, revelou-se em primeiro lugar o consumo de álcool, após, consumo de crack, conforme o gráfico abaixo:



Fonte: elaboração da autora

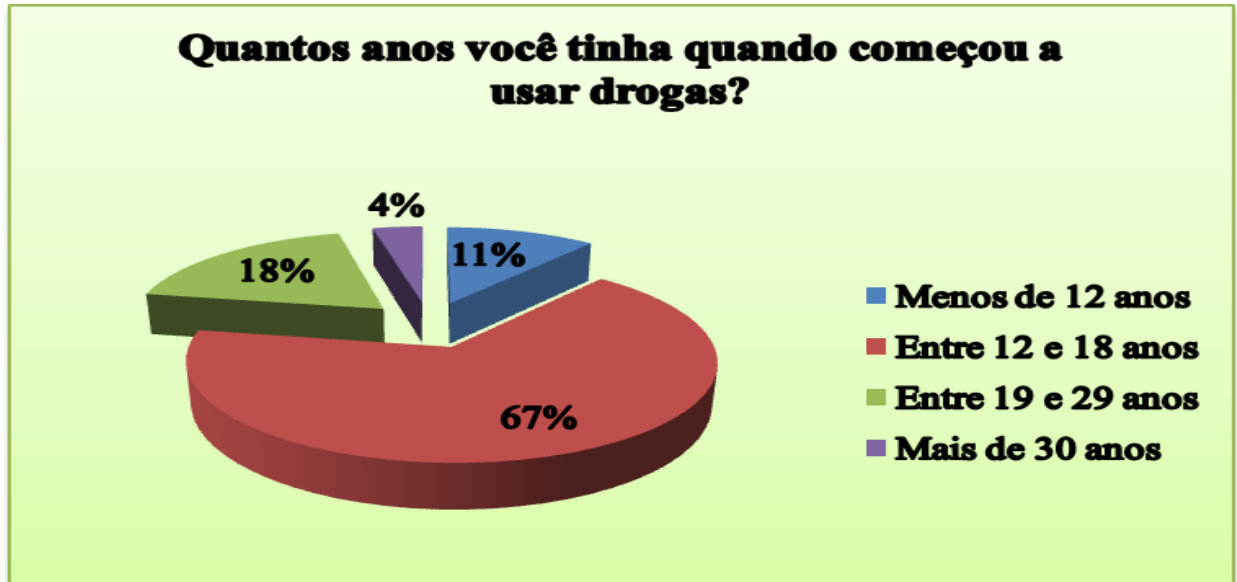
Gráfico 2: questão 10 do formulário 1

Observou-se que o álcool é a droga mais utilizada pelos usuários, na faixa etária adulta. Em contrapartida, o crack aparece sendo consumido mais pelos usuários que tem uma faixa etária, em média, de 12 anos a 30 anos de idade. Sendo ainda, uma droga mais letal e que vem expandido o consumo entre os jovens.

O consumo de crack (droga ilícita) iniciou-se nos anos 90, no Brasil, e tem se expandido rapidamente em todo o país. Alguns motivos que justificam o aumento do consumo podem ser pelo efeito rápido e intenso, menor custo em relação ao pó de

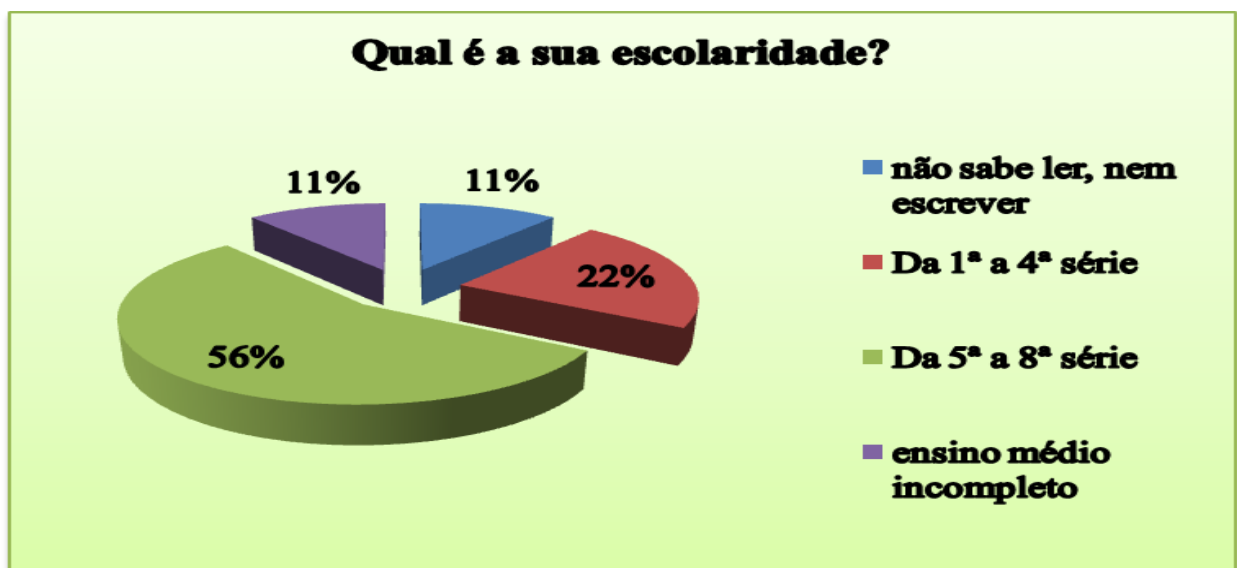
cocaína, é de fácil utilização e tem maior aceitação pela maneira como é consumido (fumado), algumas vezes misturado ao tabaco e a maconha (ANDRADE, 2008).

Destaca-se que 67% dos usuários **iniciaram a fazer o uso de drogas** na adolescência, enquanto 11% fizeram o primeiro uso ainda na infância. Conforme o gráfico a seguir:



Fonte: elaboração da autora
Gráfico 3: questão 15 do formulário 1

No que se refere à **escolaridade**, 78% tinham apenas o ensino fundamental incompleto, 11% não sabiam nem ler nem escrever e, somente 11% tinham o ensino médio, apesar de incompleto (como representa o gráfico a seguir).

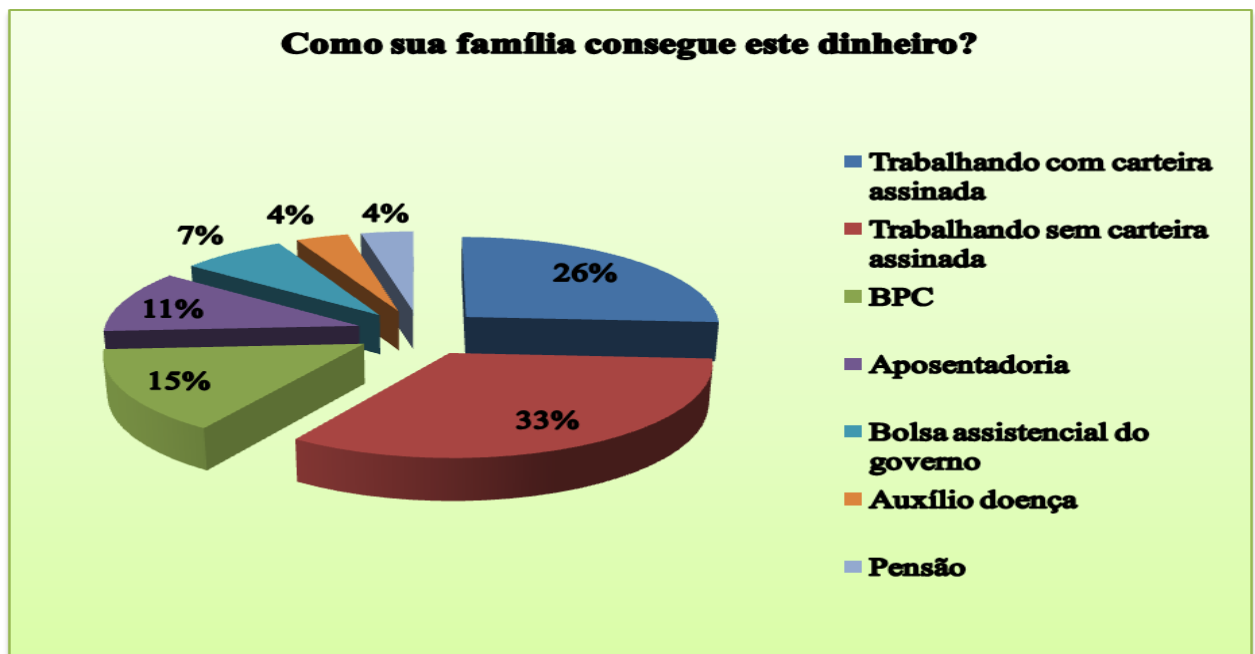


Fonte: elaboração da autora
Gráfico 4: Questão 5 do formulário 1

Esses dados podem estar relacionados ao início do uso de drogas, pois 78% dos usuários fizeram o primeiro uso em idade escolar, no período em que cursavam o ensino fundamental. Sendo assim, pode-se considerar que a baixa escolaridade também está relacionada ao início do uso de drogas, pois, de acordo com relatos dos próprios usuários, quando entram para o mundo das drogas acabam abandonando os estudos.

No que se refere à **composição familiar**, 67% residiam com algum familiar, 52% afirmaram ter filhos; destes, 43% tinham dois filhos, 29% apenas um filho e 28% de três a cinco filhos.

Em se tratando da **renda familiar**, constatou-se que 59% tinham uma renda familiar de até R\$ 465,00 e 7% não possuíam renda alguma. Além disso, 55% conseguiam a renda por meio de trabalho informal, de acordo com o gráfico a seguir:



Fonte: elaboração da autora
Gráfico 5: questão 9 do formulário 1

Essa condição de renda também pode estar relacionada à baixa escolaridade, pois o modo de produção capitalista tem como característica a competitividade, isto revela que, se os qualificados não garantem vaga de emprego no mercado formal, menos chances surgem aos que não possuem qualificação. Conforme Simionato (1998),

A não recolocação no mercado de trabalho está ligada diretamente aos níveis educacionais da população. Essa situação é agravada pela nova Lei

de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, com redução da educação básica para a fundamental como direito social, gratuita e de obrigação do Estado. Reduz-se a necessidade do governo federal, transferindo para estados e municípios a maior parte dessa tarefa [...] (SIMIONATO, 1998, p. 18-19).

Os que atualmente não estão qualificados para o mercado formal de trabalho, ficam à mercê da exploração no trabalho informal, sem as garantias do direito previdenciário, que só pode ser acessado mediante contribuição. Ou seja,

[...] as necessidades cada vez maior de especialização para ocupar os postos de trabalho vem apontando uma segmentação no interior da classe trabalhadora dividida, agora, entre aqueles indivíduos que estão no mercado formal de trabalho e, portanto, com o acesso aos direitos sociais e trabalhistas e aqueles que tem acesso à trabalhos precários, de natureza temporária sem qualquer garantia de direitos (SIMIONATTO, 1998, p. 17-18).

Esse quadro vem se agravando, principalmente nas condições do capitalismo, após a crise na década de 1970, com o impacto da reestruturação produtiva na objetividade e na subjetividade da classe que vive do trabalho. Durante esta década, apresentou-se no cenário internacional, uma crise²⁶ econômica gerada pelo próprio modelo de acumulação capitalista, que se originou da superprodução decorrente da competição internacional.

Dentre as respostas a esta crise, tem-se a flexibilização dos salários dos empregados em troca da garantia de permanecer no seu emprego. Além de causar aumento da violência, desemprego e pauperismo. A ampliação do número de pessoas sem ingresso no mercado formal de trabalho e a falta de proteção trabalhista vivenciada são fenômenos que contribuem para a concentração de renda para alguns setores, deixando outros desempregados e excluídos, causando impacto no crescimento da pobreza e no aumento do exército industrial de reserva. Além disso, pode-se afirmar que essas condições é o próprio “trabalho da des emancipação, na medida em que os trabalhadores não possuem quaisquer direitos sociais e trabalhistas” (SIMIONATTO, 1998, p. 18), interferindo diretamente nas condições de saúde desses usuários, inclusive na saúde mental.

²⁶ As crises são constitutivas do sistema capitalista, sendo mais uma de suas contradições e ocorre quando a mercadoria produzida não se converte em mais-valia, isto é o lucro, o excedente gerado (NETTO, 2006).

Segundo Antunes (2007), durante a segunda metade da década de 80, ampliaram-se as inovações tecnológicas e ocorreram grandes transformações no mundo do trabalho. Foi nesse período que os trabalhadores vivenciaram uma forte crise, que atingiu a materialidade, a subjetividade e a forma de ser da classe trabalhadora. Nesta década, entra em cena, no universo fabril, a automação, a robótica e a microeletrônica. Estas se desenvolvem nas relações de trabalho e de produção do capital. O processo de gestão da força de trabalho assume a versão flexível, na tentativa de maior lucro e melhor resultado econômico.

Conforme Reis (2008), a População Economicamente Ativa (PEA), na América Latina, corresponde a 239 milhões de pessoas, ou seja, 42,4%. Mais de 23 milhões estão desempregados e, aproximadamente, 103 milhões trabalham na informalidade. A falta de emprego formal atinge 126 milhões de trabalhadores, ou seja, 53% da PEA, sendo as mulheres e os jovens os mais atingidos.

Um estudo realizado pela UFRJ (2006), citado por Prates (2008), indica que a automação é responsável por 10 milhões de desempregos no Brasil e outro estudo, realizado pela UNESP / Marília-SP, sinaliza que há um novo proletariado precarizado, e mais de 50% da PEA está no mercado informal.

Esses dados vêm ao encontro da pesquisa realizada com os usuários do CAPSad de São Borja, a qual revelou que 55% dos usuários estão inseridos no mercado informal. A existência desses trabalhadores desempregados serve aos capitalistas como vantagens e estratégias, pois resulta na diminuição dos salários de seus empregados e o aumento da exploração da força de trabalho, já que muitos estão na fila, esperando por uma vaga de emprego²⁷.

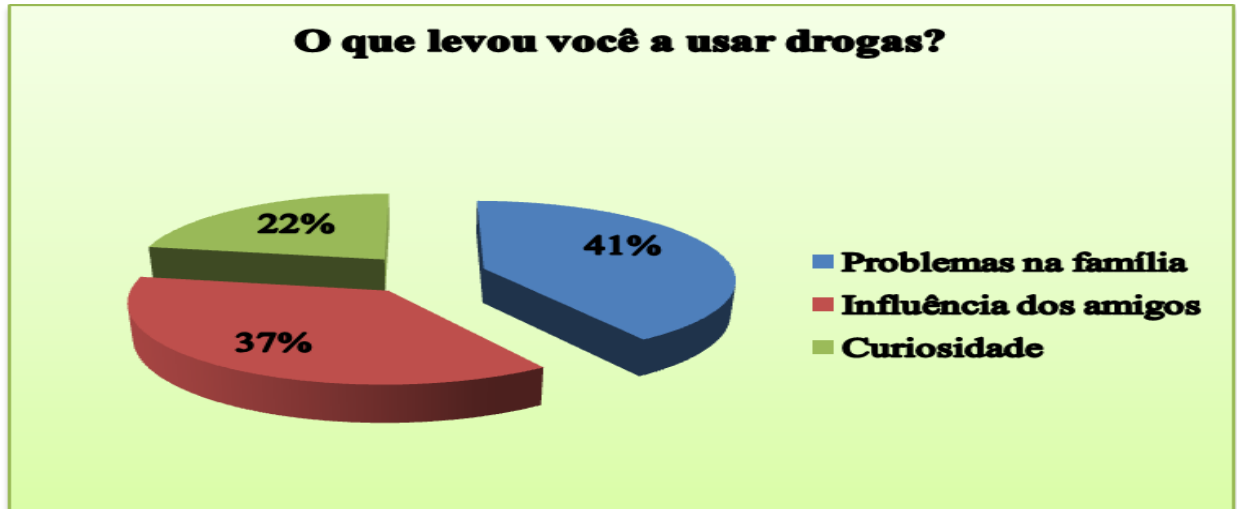
Os **principais motivos apontados**, na entrevista, **para o uso** de drogas foram: quatro disseram que começaram a usar drogas por **conflitos familiares**, dentre eles: brigas com os pais, padrastos e avós, que pode se reforçado através dos relatos dos entrevistados:

“[...] brigas em casa, o pai brigava muito comigo antes. Iniciei a usar maconha com 13 anos, depois cocaína e depois o crack” (Usuário 2).
 “[...] problemas na família, brigas do pai com a mãe todo dia” (Usuário 6).

²⁷ [...] o emprego passa a ser o critério que define a significação social dos indivíduos. Com o estabelecimento da divisão do trabalho, o homem vive numa base de troca. Isso lhe garante, por meio do exercício do emprego, os bens e serviços de que necessita, pois recebe em troca um salário com o qual compra o que é necessário para sobreviver ou, pelo menos, o que seja possível adquirir para viver (WOLECK, p. 8).

“[...] problemas na família, porque é um refúgio para tudo” (Usuário 1).

Outros fatores relevantes foram a **influência dos amigos** e a **curiosidade**, conduzindo ao uso, como se evidencia no gráfico a seguir:



Fonte: elaboração da autora
Gráfico 6: questão 16 do formulário 1

Entretanto, observa-se que, ao mesmo tempo em que aparecem os conflitos familiares, apontados como principal motivo para o uso de drogas, a maioria procura o tratamento por influência de algum familiar, (conforme gráfico abaixo).

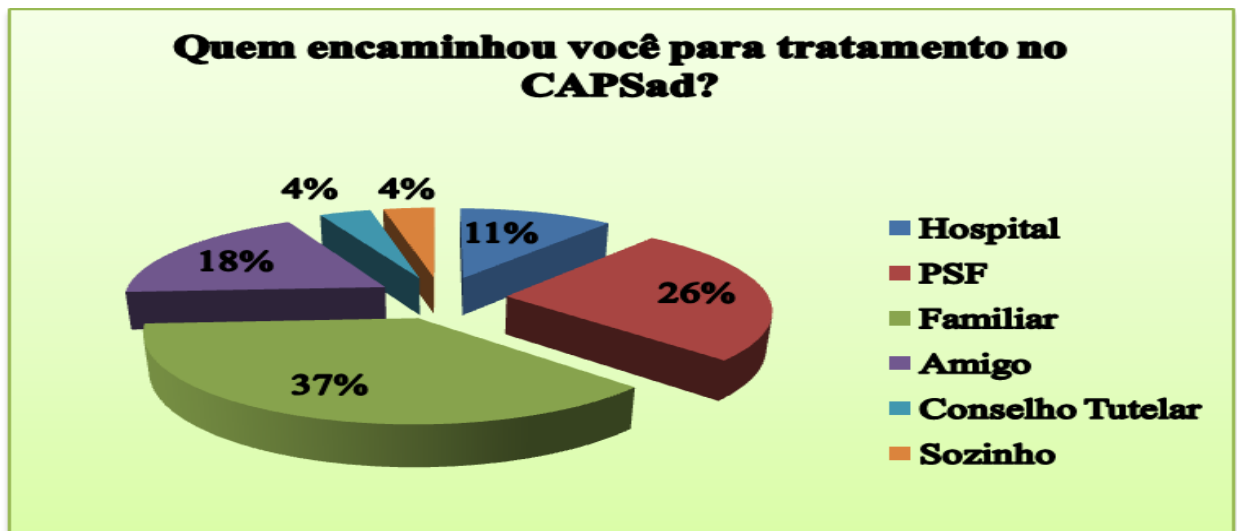


Gráfico 7: questão 14 do formulário 1
FONTE: elaboração da autora

Nota-se, nesse sentido, que a família é uma instituição social, dinâmica e contraditória, que tem uma relevância direta na vida desses usuários. Apresenta-se como um lugar de troca, de construção de pertencimento e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões.

[...] a família que exclui é também a família que poderá acolher. A família “problemática” é também a família que carrega a “solução”. [...] Assim pode-se pensar a família como um espaço de risco, e também como contexto de proteção, sem que haja exclusão ou separação das partes (DIOS, 1999, p. 83).

Sendo assim, a dependência química é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e familiares. Traz sofrimento psíquico e crises à própria família que busca o tratamento para seu integrante, envolvido na dependência. Conforme Silva (2009, p. 11), “as principais queixas e sentimentos da família são: cansaço, impotência, culpabilização, estresse, raiva e medo”, demonstrando que as famílias também necessitam de atendimento, destacando que a integralidade envolve essa atenção.

A família é uma instituição social historicamente condicionada e determinada nas suas formas de inserção, nos diferentes tipos de sociedade. A família brasileira, na atualidade, vem sofrendo um processo de modificação na sua organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos). De acordo com Sales (2007, p. 69), “a situação de vulnerabilização das famílias das classes trabalhadoras viu-se, assim, aprofundada pelas conseqüências de uma drástica redução dos investimentos sociais, a partir dos anos 80, e pela ausência de políticas sociais integradas”. As transformações que permeiam a instituição familiar também estão diretamente relacionadas às transformações societárias. Essas mudanças causam alguns desafios, como a forma de lidar com o desemprego, com a violência, com a insegurança, com a sobrecarga de trabalho e também com a dependência química. Esta, por vezes, vem para “aliviar” a tensão do dia-a-dia. Observa-se, ainda, que nem todas as famílias estão preparadas para prover os cuidados ao seu familiar, usuário da saúde mental.

No mundo atual, a crise econômica e as transformações ocorridas no contexto do trabalho, resultam em mudanças na dinâmica familiar e alteram de forma significativa a representatividade dentro da família, inclusive para as mulheres. Além disso,

A família sofre alterações também de natureza cultural, o que não deixa de ser um produto mesclado daqueles processos, mas com capacidades de neles interferir. Dentro disso, tem-se a ruptura de velhos padrões de vida

familiar, com transformações significativas nos papéis de gênero e nas obrigações para com jovens e velhos. O rearranjo da sua estrutura em decorrência de fatores econômicos e culturais vem gerando um formidável vazio institucional, na medida em que é escasso o suporte social para além da família. Este quadro aponta, assim, uma crise geral do modo de cuidar dos dependentes e de promover a interdependência no mundo de hoje enquanto responsabilidades outrora básicas da família (SALES, 2007, p. 70).

Dessa forma, é fundamental a participação do Estado, bem como dos serviços destinados a esses usuários, pois na medida em que a família também é incluída na abordagem dos serviços realizados pelos diferentes profissionais, dentre estes, os assistentes sociais, passa a entender melhor os aspectos sociais relacionados à dependência química e à saúde; torna-se, portanto, mais sensível a aceitar seu familiar, apoiando-o e incentivando-o ao tratamento, bem como a permanecer neste.

A importância do acompanhamento familiar também pode ser subsidiada pelos dados sobre os **fatores que incidem e levam a situações de recaída**, pois identificou-se que dos 44% que afirmaram ter recaído, 42% apontaram, como principal motivo para essa situação, alguns problemas na família, seguido de 33%, que justificaram a falta de trabalho. Conforme o gráfico abaixo,

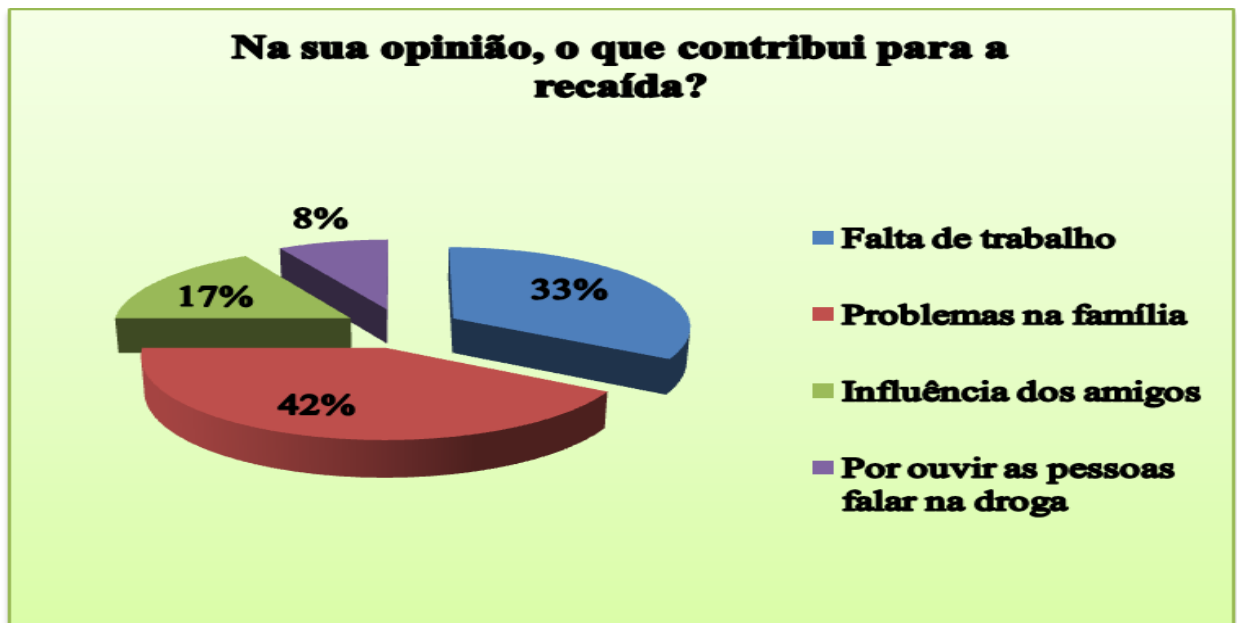


Gráfico 8: questão 20 do formulário 1
 FONTE: elaboração da autora

Dos 27 entrevistados, 33% estavam em tratamento há menos de trinta dias, 26% de um a três meses e 15% de um a dois anos. Quanto ao tipo de tratamento,

41% já estiveram internados no hospital e/ou clínica, em decorrência do uso de drogas. Destes, 46% foram encaminhados para internação pelo CAPSad, 18% foram pelo incentivo da família e 18% foram sozinhos. Esses dados evidenciam que ainda há uma predominância no atendimento hospitalar, o que pode ser entendido como uma certa fragilidade na rede de atenção integral ao usuário da saúde mental.

Considerando essa realidade, o assistente social situa sua intervenção nas tramas das relações sociais em diferentes campos e saberes. É um

Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais. Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho. Profissional comprometido com os valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social (DIRETRIZES CURRICULARES, 1999, p. 1).

Na área da saúde, o assistente social cada vez mais deve saber trabalhar em equipe, para isto precisa ter clareza de suas competências e atribuições privativas, expressas na Lei de Regulamentação da profissão, nos art. 4º e 5º, respectivamente. O trabalho desse profissional torna-se essencial nos CAPS, devido às suas competências, tais como:

[...] encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população [...] Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais [...] Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades [...] (CFESS, 2009, p. 18).

O artigo 5º da Lei, que regulamenta a profissão, apresenta as atribuições privativas do assistente social e, na área da saúde, destaca:

I - Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
II - Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social [...] (CFESS, 2009, p. 18).

A partir da formação generalista do assistente social e o comprometimento desse profissional com os princípios do seu Código de Ética, bem como das normas que balizam a sua intervenção, acredita-se que esse profissional tem muito há contribuir na área da saúde. Principalmente no que refere à qualificação de seu trabalho, formalizado na intencionalidade de assistência, com clareza de finalidade e de sua função primordial que é garantir direitos.

4.2 Necessidades em saúde: necessidades básicas e relações familiares

Na perspectiva de aprofundar alguns dados qualitativos sobre as condições de vida e as relações familiares, que foram categorias impactantes com relação aos fenômenos que envolvem o uso de droga, e que estão atrelados diretamente às necessidades em saúde, os itens que seguem se referem à etapa do estudo, junto a seis usuários que participaram de uma entrevista dirigida, a partir de um formulário com questões abertas, elaborado na intenção de responder ao principal objetivo dessa pesquisa.

Em relação aos entrevistados, cinco usuários residiam em casa própria de algum familiar e apenas um morava no abrigo municipal. Dos que conviviam com algum familiar, dois residiam com parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmãos), dois com avós e um morava sozinho.

No que diz respeito ao **trabalho**, quatro dos entrevistados afirmaram não ter emprego, um é aposentado e um às vezes trabalhava informalmente. Sendo assim, no que se refere às **necessidades em saúde** dos usuários, o trabalho aparece como uma das principais necessidades enfrentadas por eles, pois três disseram que precisavam de trabalho, conforme um dos depoimentos:

[...] não to trabalhando, já trabalhei como babá e gostava de trabalhar, queria trabalhar, tipo, eu gosto de escrever, de cuidar de crianças, queria ser psiquiatra (Usuário 1 - formulário 2/3).

Viver em uma sociedade capitalista, na qual tudo gira em torno do comércio, de mercadorias e do lucro, ter um emprego passou a ser fundamental para o “reconhecimento do valor dos propósitos humanos. Numa sociedade assim, não ser

empregado é sinônimo de ser imprestável ou excluído” (WOLECK, p. 9). Por isto, a necessidade de ter um emprego predominou entre os usuários, como forma de se sentirem úteis e com valor social. Dentre os usuários que afirmaram precisar de um trabalho, um deles mencionou que, além do trabalho, também **precisava de uma casa e do tratamento para a dependência química**. Ao referir-se precisar “de uma casa e do tratamento”, observa-se que são necessidades objetivas do campo dos direitos sociais, preconizados na Constituição Federal de 1988, no seu art. 6º, que diz o seguinte: “são direitos sociais a educação, a *saúde*, o *trabalho*, a *moradia*, o lazer, a segurança, a previdência social, a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados [...]” (C.F 1988, grifos nossos).

Um dos entrevistados ainda aponta como principal necessidade a de ter **boas amizades**, nas palavras do usuário: “[...] amizades boas, eu quero ter de novo, quero recuperar, mas é difícil” (Usuário 6 – formulário 2/3). Essa necessidade relaciona-se, também, com a autonomia²⁸, condição básica para o atendimento das necessidades de saúde. A autonomia é o inverso da dependência, pois, uma vez que o usuário depende da droga para viver, pessoas e coisas que eram importantes são substituídas pela droga, processos sociais que são intensificados nesta sociedade marcada pela coisificação. Por isto, o dependente químico fica subordinado à droga, perdendo o seu poder de escolha até mesmo das amizades, como é mostrado na referência feita pelo usuário.

Outro usuário relata que tem necessidade de: “arrumar a casa da minha avó e **comprar comida**” (Usuário 5 – formulário 2/3). Esse relato é de um adolescente; percebe-se pela atitude dele uma inversão de responsabilidades, pois de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à **saúde**, à **alimentação**, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (LEI 8.069/1990, grifos nosso).

²⁸ A autonomia significa, ao mesmo tempo, a capacidade de reproduzir-se na complexidade da historicidade e da cotidianidade das mediações de poder e das energias e recursos próprios e de representar-se criticamente [...] na recusa da alienação, da tutela e do controle (FALEIROS, 2006, p. 62).

Ainda em relação às necessidades em saúde vivenciadas pelos entrevistados, identificou-se também a **ausência de serviços de qualidade** no município, e um dos sujeitos fez o seguinte relato:

[...] dificuldade no meu caso é o tratamento de saúde, todos os anos eu gosto de fazer uma bateria de exames, mas aqui em São Borja é muito lento e sempre dá bom, mas eu não sei, porque tem algumas restrições, não sei se com os aparelhos ou com os profissionais, agente vê tanto caso negligente, gente que sai daqui e descobre que esta doente em outra cidade. Tenho essa preocupação porque gosto de *prevenir, eu trabalho com a prevenção da minha saúde, eu cuido da minha alimentação, do meu físico, faço exercícios, cuido diariamente* (Usuário 3 – formulário 2/3).

Conforme esse depoimento observa-se que um usuário, dentre os dois que revelaram ter um entendimento ampliado de saúde, demonstrou preocupação quanto à forma como a saúde é tratada no município, aponta dificuldades no atendimento no que se refere à realização de exames e diagnósticos dados pelos médicos. Ainda relata que observa negligência por parte dos profissionais, pois afirma que muitos descobrem doenças graves, a partir de consultas em outras cidades. Observa-se, também, uma relação entre o conteúdo do que deve ser **qualificado na questão saúde**, de forma geral, com o conceito de saúde vinculado à ausência de doença, e ainda, ao entendimento dos entrevistados acerca da precariedade do atendimento assistencial realizado no município.

Em se tratando do **relacionamento dos usuários com seus familiares**, observou-se que há muitos conflitos, o que corrobora com o principal motivo para o uso de drogas, bem como para a recaída. Ambos os aspectos foram apontados anteriormente. Sendo assim, dentre seis entrevistados, apenas dois relataram ter um bom relacionamento com seus familiares, um destes também afirmou relacionar-se bem com seus avós, porém não mencionou o nome dos pais e afirmou brigar muito com seus primos, que também moram juntos na casa dos avós.

A seguir, um entrevistado fez um relato que traduz uma vida permeada por conflitos e desentendimentos familiares, demonstrando, assim, as **configurações de famílias com vínculos fragilizados**:

[...] eu não divido nada com a mãe [...] **não é bom ficar com a mãe**, ela acorda chata incomodando agente. Eu não converso com ela, porque ela sai as 13horas para trabalhar e volta só as 19hs **e como eu tomo remédio eu durmo**. Com a minha irmã não converso muito e com o meu padrasto

também não converso, só um oi ou quando ele pergunta alguma coisa, **porque seu falo um pouquinho mais alto que ele, ele fala se eu tomei o remédio**, tenho nojo daquele homem, ele fica debochando de mim. **Com o meu pai converso, mas ele prefere a mulher dele do que eu né**, faz três anos que ele se separou da minha mãe, **antes quando ele morava com a mãe eu não usava drogas, nem pensava em cigarro, nem bebia nada**, mas depois que o meu tio se passou comigo e a mãe não acreditou em mim, então eu tive que casar pra me livrar, eu tinha treze anos foi aí que eu comecei a usar drogas para ter coragem de continuar com **aquele homem que eu não gostava**, ele tinha 30 anos, depois me separei [...] O meu pai eu vejo quando vou na casa dele (Usuário 1 – formulário 2/5).

Esse depoimento de uma adolescente de 16 anos revela fragilidade e conflitos no seu ambiente familiar. A **falta de diálogo** e relacionamento com a mãe torna-se ainda mais evidente, quando ela relata que sofreu **violência psicológica**²⁹ e quase sexual pelo próprio tio, mas sua mãe não acreditou nas suas “queixas”. Esse relato demonstra o não cumprimento da Lei que assegura os direitos da criança e do adolescente, pois de acordo com o Art. 5º do ECA:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de **negligência**, discriminação, exploração, **violência**, crueldade e **opressão**, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, LEI 8.069/1990, grifo nosso).

A violência sofrida pela adolescente fez com que ela, apenas com treze anos, saísse de casa e fosse morar com um homem mais velho, sem qualquer sentimento de relação amorosa homem/mulher. Relatou que, para conseguir conviver com esse homem, passou a usar drogas, pois foi uma maneira que encontrou para **“fugir de seus problemas”**.

Um usuário fala do **afastamento de sua família**, mas diz da saudade que sente:

[...] vai fazer quatro anos que não falo com ninguém da minha família. Eles moram na Argentina (400km) e eu faz doze anos que to no Brasil. Meu pai já morreu [...] Eu estava no Paraná, eu nunca queria tratamento só queria beber, tava numa boa. Sinto saudade da minha família (Usuário 4 - formulário 2/5).

²⁹ Violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, Lei n. 11.340, 2006).

Outro entrevistado faz um discurso que relaciona também o **impacto da droga nas relações familiares**, conforme relato

[...] a vida da pessoa que usa droga, em casa a família toda fica transtornada. O meu pai me chamava de drogado, vagabundo. Um dia eu levantei a mão pra dar nele, eu disse eu não vou te matar porque tu é meu pai. [...] Mas agora eu gosto deles, na verdade eles falavam para meu bem, mas eu não entendia né. Mas só que ele me chamava de vagabundo, isso eu não gostava, porque eu sempre trabalhei e no pesado. Não tenho medo de trabalho. Esses dias me deu fissura, mas só que a minha vó não entende, o cara fica nervoso, irritado, daí eu dizia me deixa sozinho. Daí a minha vó dizia, tu já voltou a usar. Eu fico com raiva, porque eu não gosto que desconfiem de mim. Eu gosto de ficar sozinho, e de escutar música bem alto. (Usuário 6 - formulário 2/5).

Verifica-se, por meio da fala desse entrevistado, a clareza das conseqüências da droga na família. Mas, percebe-se quanto a família desconhece a dependência química, tanto que não a reconhece como doença e a fragilidade na identificação das potencialidades dos sujeitos. Por esse motivo, identificam-se expressões de estigmatização³⁰, relacionando à falta de trabalho como sinônimo de “vagabundo”. Sendo assim, é de extrema relevância que a família também seja assistida pela política de saúde mental, pois a partir dos relatos observou-se que ela se coloca como fundamental para a prevenção, recuperação e promoção da saúde de seus integrantes. Como expresso no relato: “[...] a minha relação com a minha mãe antes eu brigava com ela, mas **agora a minha mãe é tudo pra mim**. O meu pai **agora que estamos nos acertando**, mas antes eu saía de casa por causa dele”. (Usuário 6 – formulário 2/5)

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que o mau relacionamento do usuário com seus pais foram motivos para o uso de drogas, agora, a partir do tratamento para a dependência química e a mudança de relacionamento, o resgate dos vínculos familiares resultaram em apoio e incentivo na recuperação da saúde do usuário, impacto de são objetivos e princípios do CAPS.

³⁰ “O termo estigma pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa marca a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais” (ANDRADE; RONZANI, 2008, p.26).

A respeito da relação dos usuários com a comunidade, todos afirmaram que não têm nenhum problema e que nunca notaram preconceito dos vizinhos com eles, pelo uso de drogas, como expresso na fala seguinte: “boa, alguns sabem que eu usava droga, porque eu fumava na frente de casa, mas eles sempre me trataram bem” (Usuário 6 - formulário 2/6). Entretanto, observa-se pelos dados dos 27 usuários que responderam ao formulário do perfil, que quase 50% relataram ter tido algum envolvimento com a polícia, por roubo, por brigas e por tráfico de drogas, fatos que afetam de alguma forma a comunidade.

Com essas entrevistas, observa-se que as **principais necessidades em saúde** vivenciadas pelos entrevistados são: **a falta de trabalho, moradia e alimentação, o tratamento para a dependência química, a ausência de qualidade nos serviços prestados de saúde e também a falta de autonomia.** Embora os entrevistados não tenham relacionado com o **conceito de saúde, devido à falta de apropriação deste**, essas necessidades traduzem alguns dos determinantes e condicionantes da saúde, preconizadas na Lei 8.080/90, que serão aprofundadas e discutidas no próximo item.

Nesse sentido, entende-se que o assistente social é um profissional importante para o desvendamento, bem como ao reconhecimento dessas necessidades, uma vez que ele tem como pressuposto a investigação social como instrumento para a apreensão e análise da realidade. Dessa forma, ele pode contribuir com serviços baseados na integralidade, que se constitui no esforço dos profissionais da saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível os usuários. Além disso, a atenção integral é um direito que está relacionado ao domínio desses fatores que condicionam a saúde, bem como às oportunidades de intervir adequadamente.

4.3 Conceito de saúde e respeito aos direitos

A Constituição Federal de 1988 representou um marco no que tange à Seguridade Social, que articulou a saúde, a assistência social e a previdência social. Estabeleceu a saúde como um direito universal, a assistência social para quem dela necessitar e a previdência social acessada mediante contribuição. De acordo com o Art. 196 da C.F/1988,

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

Na Lei Orgânica do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Art. 2º da Lei 8.080/1990). Além disso,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, Art. 3º, LEI 8.080/1990).

Essa proposta do SUS veio alicerçada na concepção ampliada de saúde, isto é, quando se aceita que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela condição biológica do organismo humano. O texto constitucional normatizou o acesso universal, igualitário e com atendimento integral como dever do Estado e os determinantes das condições de saúde articulam o social e o econômico.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 destaca o atendimento integral, o qual é central para o direito real à saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” traduz a radicalidade da proposta frente ao modelo de atenção à saúde, implantado, no Brasil, até esse período, baseado na medicina curativa e na atenção à doença.

No entanto, o entendimento de saúde expresso pelos pesquisados, em sua maioria, está distante dessa concepção expressa na Constituição Federal de 1988 e na lei orgânica da saúde de 1990. Dessa forma, no que se refere ao **significado de saúde** para os usuários, dos seis entrevistados, três mencionaram uma noção mais ampliada de saúde, no entanto, a maioria destes, a partir de uma concepção muito vaga e, apenas um, com uma perspectiva mais articulada ao conceito amplo, conforme depoimentos:

[...] é cuidar bem de si (Usuário 6 – formulário 2/9).

[...] é viver bem, trabalhar e ter uma família (Usuário 1 – formulário 2/9).

[...] é tudo aquilo que faz com que agente fique em harmonia psíquica, paz de espírito, tranquilidade quando o médico é bom, interessado, saúde física e mental, esporte, lazer, alimentação, água, limpeza da casa, higiene (Usuário 3 – formulário 2/9).

Um dos entrevistados não conseguiu expressar o conteúdo, quando disse apenas: “é estar bem” (Usuário 2 – formulário 2/9). E dois mostraram-se completamente limitados, ainda se restringindo à ausência de doença, como fica explícito nas falas: “É estar bem, não estar doente” (Usuário 4 – formulário 2/9). “É parar de usar drogas” (Usuário 5 – formulário 2 /9).

Por meio dos relatos, fica evidente a falta de entendimento da concepção atual de saúde, normatizada na Lei 8080/90, fato que pode estar associado também à falta de clareza de alguns profissionais acerca da concepção ampliada de saúde no seu cotidiano de trabalho, sendo que essa realidade foi um fato observado no campo de estágio, realizado no período de março a dezembro de 2009. Cecim e Ferla corroboram ao referirem que,

Ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnicizados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde-doença constituído por história natural, com o hospital tomado como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado, com atendimento individual e com grande consumo de procedimentos. Um imaginário assim configurado está presente na formação, sendo produto construído e embasado em interesses corporativos e particulares (CECIM, FERLA, 2009, p. 5-6).

No que se refere à **representação da droga** para os seis entrevistados, ao questioná-los sobre o significado da droga, observou-se um momento de profunda reflexão, pois eles falaram o que **a droga representava antes do tratamento e o significado atualmente, depois do tratamento.**

Três dos seis sujeitos responderam que **antes significava o esquecimento dos problemas e das pessoas**, dois representava “alegria” e um deles disse significar coragem que também é uma forma de enfrentar as dificuldades que se apresentam em suas vidas, como mostra as próprias falas dos usuários:

[...] Refúgio para todos os problemas. Festa [...] (Usuário 1- formulário 2/11).
 [...] esquecimento dos problemas enquanto ta drogado [...] (Usuário 2 - formulário 2/11).
 [...] antes eu ficava alegre, eufórico, ele me liberava, eu era um pouco tímido [...] (Usuário 3 - formulário 2/11).
 [...] antes significava felicidade [...] (Usuário 4 - formulário 2/11).
 [...] antes era bom, o cara pensava em fazer altas besteiras [...] (Usuário 5 - formulário 2/11).
 [...] antes eu usava para esquecer as coisas, as pessoas, me afastar de todo mundo, eu tando com a droga, não queria saber de ninguém, esquecer dos problemas [...] (Usuário 6 formulário 2/11).

Atualmente todos relataram significar destruição, frustração e algo ruim, que acaba com a vida, conforme relatos:

[...] depois destruição (Usuário1).
 [...] agora é nada, é ruim (Usuário 5).
 [...] hoje significa destruição da família, do meu corpo, eu quase morri por causa do crack (Usuário 6).

Em relação aos **direitos**, somente um mencionou ter lido algumas legislações e reconhece o tratamento como direito, além de dizer que sabe como acessar os seus direitos. E dois falaram saber sobre direitos à herança, conforme relatos:

[...] sei que tenho direito a herança (Usuário 4– formulário 2/7).
 [...] a minha mãe tem obrigação de ficar comigo porque tenho 16 anos. [...] eu tenho direito na casa porque foi meu pai que construiu, eu vou completar 18 anos e eu quero a minha parte, já que ela não quer que eu more com ela (Usuário 1 – formulário 2/7).

Três dos entrevistados relataram **não saber nada sobre direitos**, também não identificaram o tratamento no CAPSad como um direito na área da saúde, conforme relato: “não sei nada de direitos” (Usuário 2 — formulário 2/7).

Esta apreensão denota o **desconhecimento dos usuários sobre seus direitos**, isto pode ser explicado, dentre outros aspectos, pela herança de assistencialismo, efetivado pela troca de favores que reafirma ainda mais a tutela e a subalternidade. Pois, **à medida** em que há um profundo desconhecimento dos direitos, não há reivindicação e, conseqüentemente, o agravamento da pobreza e da exclusão social (COUTO, 2006). Além disso, a questão da saúde no Brasil, anteriormente a CF/1988, estava condicionada a uma cidadania regulada à carteira de trabalho. Mas, com a CF 1988, o acesso de forma gratuita e universal da saúde

pode-se dizer que vem influenciar na afirmação dos usuários como sujeitos de direitos que materializa outra noção de cidadania (BRAVO, 2007).

Outro motivo pode ser pelo baixo grau de escolaridade dos usuários, mostrados anteriormente, uma vez que a educação, a qual é também um direito social, relaciona-se ao conhecimento, pois se acredita que,

[...] as fronteiras recíprocas entre ensino e cidadania se imbricam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir uma potência que coloca um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania e todo ato de cidadania configura uma potência ao saber (CECCIM; FERLA, 2009, p. 10).

Além disso, os direitos sociais historicamente foram suprimidos enquanto responsabilidade do Estado para com a sociedade. Conforme Bobbio (1992, p. 32), “os direitos do homem são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas produzem”. Foi a partir de grandes lutas que a história dos direitos sociais vem se modificando, pois o reconhecimento pelo Estado se efetivou mais especificamente na Constituição Federal de 1988 em positivar os direitos sociais à população, entretanto,

[...] o instrumento legal, por si só, não da conta de impor o novo nessa relação. Este novo é estabelecido pelo movimento social, pelas reivindicações dos trabalhadores, pela presença das classes subalternas na luta por verem reconhecidos seus interesses [...] É preciso ter claro que a simples existência de garantias legais não se traduz em garantias de direitos sociais (COUTO, 2006, p. 56).

Dessa forma, é necessário que os cidadãos conheçam os seus direitos e suas formas de acesso, para que possam lutar pela efetivação da lei no cotidiano, de acordo com suas necessidades. É justamente a defesa intransigente dos direitos humanos e a luta por uma sociedade justa e igualitária, que materializa o projeto ético-político do assistente social, considerando-se que, além de possuir uma Lei que regulamenta o seu exercício profissional, ainda possui um Código de Ética (1993) balizador de seu trabalho, no qual se destacam alguns princípios fundamentais como:

[...] o reconhecimento da liberdade como valor ético central; a defesa intransigente dos direitos humanos; a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida; o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; o compromisso com o constante aprimoramento intelectual; a opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional e o exercício do Serviço Social sem discriminação (CFESS, 2009, p. 19).

Para que o assistente social desenvolva seu trabalho de forma competente na área da saúde, deve estar articulado com os movimentos dos trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS; facilitar o acesso dos usuários, sem discriminação, aos serviços de saúde, estes entendidos como direitos; construir nos espaços sócio-ocupacionais a participação dos usuários e dos trabalhadores da saúde nas decisões e buscar capacitação permanente, além de sistematizar o trabalho desenvolvido e realizar investigações. O profissional de Serviço Social tem o desafio de defender a democracia, as políticas sociais e saber trabalhar de forma articulada com outros profissionais. (CFESS, 2009).

No que se refere ao direito, a **qualidade dos serviços** prestados pelo CAPSad, cinco usuários afirmaram gostar do atendimento e disseram que as atividades propostas **atendem suas necessidades**. Como explicitam os depoimentos:

[...] o atendimento é bom, gosto das oficinas, das aulas, do companheirismo da equipe, que tem muito carinho pela gente, isso me deixa muito bem, me motiva a permanecer, tenho uma boa relação com a equipe (Usuário 3 — formulário 2/12).

As atividades atendem as minhas necessidades, gostei da festa que teve de final de ano, de jogar bola, gosto dos artesanatos, de me envolver em alguma coisa, aqui todos são bem legais (Usuário 6 — formulário 2/12).

Outro entrevistado diz o seguinte:

[...] aqui tu vê cada caso, chega gente nova, mais histórias, tu vê gente que vem sem nada, vem horrível pra cá, daí tem uma noção de como tu pode tá, entendeu [...] eu se não quisesse parar, não viria pra cá, mas é que a mãe me estressa e daí eu uso droga. Se eu pudesse morar aqui, eu morava. Eu

queria ficar internada aqui [...] gosto de **jogar bola**, gosto de **escrever**, mas aqui agente não escreve muito, quero fazer tudo ao mesmo tempo. Eu venho pra cá porque eu quero fazer alguma coisa, mas daí eu começo e na paro [...] tenho **boa relação com o pessoal daqui**, o atendimento é bom, tem que ter estômago para agüentar essa gente que vem aqui, é que tem gente que não respeita, eles vêm preocupado com a comida que vão comer, ainda reclamam da comida que dão, não fazem nada, tem gente que me irrita aqui dentro, se eu pudesse encher a facada e a balaço eu dava (Usuário 1 – formulário 2/12).

Apenas um relatou que apesar de ter um bom relacionamento com a equipe técnica, diz o seguinte: “acho que as atividades daqui **não atendem minhas necessidades**, porque adianta só aqui dentro, porque me envolvo, mas lá fora não adianta nada” (Usuário 2 — formulário 2/12).

Com essa realidade para a realização da integralidade no atendimento ao usuário da saúde mental, é necessário que os diferentes profissionais trabalhem de forma articulada e envolvendo um trabalho em rede. Nesse sentido,

[...] O Serviço Social tem uma função única, importante e insubstituível no Sistema de Saúde Mental no Brasil [...] é o profissional de Serviço Social que atende ao modelo previdenciário. Sem ele não há como manter a associação entre Saúde, Previdência Social e Assistência Social quebrando a constitucionalidade do sistema (BISNETO, 2006, p. 118).

Mas o trabalho, em sua totalidade, realizado no CAPS, vem apresentando um **impacto do tratamento** na vida dos usuários, pois todos os entrevistados reconheceram uma significativa mudança nas condições e nos modos como vivenciam os processos de saúde e doença, conforme os relatos:

[...] eu me sinto melhor, porque se eu sair pra rua e não voltar pra casa vai me dar uma depressão, um desespero. E não me animo fazer coisas que fazia antes. Porque agora se eu falo uma mentira pra mãe, eu fico com aquilo na cabeça e nem a droga não ta fazendo mais com que eu esqueça, eu fico mal (Usuário 1 – formulário 2/15).

[...] a mãe mudou pra melhor comigo, melhorou pra mim, antes eu andava sujo, depois que comecei a me tratar não, parece que abriu meus olhos, comecei a olhar pra mim (Usuário 2).

[...] claro, aprendo muito com a equipe, uma cultura boa, porque agente como alcoólatra fica inútil e aqui agente aprende a viver na sociedade, eu tenho o interesse de cada dia melhorar mais (Usuário 3).

[...] sim e grande, porque consegui lugar para morar e também ninguém vai me dar serviço se eu andar cheirando a cachaça. 100% me ajudou (Usuário 4).

[...] sim, me sinto melhor agora. A minha família esta me apoiando, mudou muito, porque antes eu saía de casa para usar droga e agora não (Usuário 5).

[...] muitas mudanças que eu nem esperava, por exemplo, voltei a jogar bola, amizades boas aqui, to me identificando mais com a minha família. Agora todos me tratam diferente, **ninguém me olha atravessado**, me sinto melhor, mais leve, já to vendo que a minha vida vai mudar, graças a Deus. Esse ano vai ser bom pra mim (Usuário 6 – formulário 2/15).

Identifica-se, então, **impactos positivos nas relações familiares e comunitárias**, nos **cuidados pessoais** que estão relacionadas com melhora na “aparência” física, a elevação da **auto-estima** e também na busca pela **autonomia**. Esses impactos mostram a importância dos serviços substitutivos na comunidade que, embora ainda tenham muito que melhorar, principalmente ao que se refere à realização de um atendimento integral, vem trazendo contribuições significativas aos usuários. Sabe-se que para que o atendimento seja realizado, na perspectiva da integralidade, a equipe técnica deve conhecer as necessidades em saúde dos usuários, bem como trabalhar na saúde, considerando os fatores que a determinam.

Ainda que a maioria dos usuários considerem que o CAPSad atende suas necessidades, dos seis entrevistados, cinco fizeram **sugestões para melhorar o atendimento disponibilizado pelo CAPSad**. Isto é fundamental para que a relação dialética conscientização/participação seja desenvolvida por relações cotidianas. Pois, a experiência de vida é fundamental para que os usuários construam suas percepções e também **exercam o seu direito de participar da gestão dos serviços e reivindicar** melhores condições de atendimento às suas necessidades em saúde.

Deste modo, a pesquisa teve também essa intencionalidade de servir como meio de dar visibilidade às necessidades e sugestões dos usuários, no que se refere a suas contribuições para melhor atendimento de suas necessidades. Busca-se, com esse instrumento de pesquisa, fomentar espaços de reflexão e de participação dos usuários na gestão pública, princípio da seguridade social brasileira e, evidentemente, da política de saúde.

No quadro seguinte, estão algumas sugestões indicadas pelos usuários, no sentido de melhorar o atendimento:

QUADRO 7

Sugestões dos usuários para a melhora do atendimento disponibilizado pelo CAPSad

| USUÁRIO | SUGESTÕES |
|----------------|---|
| Usuário 1 | “Estabelecer horário para as atividades e atitudes mais rígidas”. |
| Usuário 2 | “Ter curso profissionalizante (informática, inglês) e levar atividades para casa, para ocupar a cabeça”. |
| Usuário 3 | “Nas reuniões de grupo abordar e explorar temas que contribuam com nós lá fora e propor alternativas para a não recaída no final de semana”. |
| Usuário 4 | “Ter mais serviço, mais atividades que envolvesse mais, um estudo mais forçado, sugeriu, por exemplo: cortar a grama.” |
| Usuário 6 | <p>“Tinha que ter um professor de educação física e fazer uns jogos de futebol”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O pessoal deveria ser organizado por tarefas, alguém tem que ter uma tarefa sempre. - Ter monitor homem”. |

Fonte: elaboração da autora
 Quadro 7: questão 16 do formulário 2

Em relação à qualidade dos serviços prestados, o assistente social tem como princípio fundamental o “compromisso com o constante aprimoramento intelectual”, bem como o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população” (CFESS, 2009, p. 27). Essa postura ética assumida pela categoria, mesmo em meio às relações de poder, que jamais podem ser esquecidas a serviço de quem ele está comprometido. Deve atender com competência os usuários, de forma que contemple a integralidade destes. Pois, o Serviço Social no campo da saúde mental já superou e

Rompeu (no sentido dialético, rupturas com continuidades) com as práticas antigas (Serviço Social clínico, Serviço Social psiquiátrico norte-americano, Serviço Social clássico, Serviço Social com visão higienista do COI/JOI), acompanhando o movimento do Serviço Social brasileiro. A incorporação metodológica do Projeto Ético-Político é uma necessidade e uma imposição conjuntural, pois esta área sofre das mesmas injunções de outras onde o Serviço Social atua, apesar de o viés “psi” procurar encobrir com uma névoa as relações entre as particularidades e a universalidade do Serviço Social no Brasil (BISNETO, 2006, p. 114).

Portanto, os profissionais que trabalham na saúde devem ter clareza das suas atribuições específicas, de quando termina a sua prática e começa a do outro. O trabalho tem que ser coletivo e complementar e não de disputa de espaços e fragmentação do saber. Os limites da formação profissional, como a acomodação, a falta de compromisso para com os princípios da Reforma Sanitária, a desarticulação

das equipes, a falta de capacitação, de recursos humanos e materiais, a terceirização dos serviços, a precarização do trabalho só contribui para o fortalecimento do projeto privatista. Por isso, os profissionais devem superar esses limites, começando pela constante capacitação que as políticas sociais exigem, bem como a educação permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração desse trabalho final de graduação, foi possível compreender como os usuários da saúde mental eram tratados anteriormente. Observou-se que a história da saúde mental mostra uma trajetória marcada pela exclusão, pelo estigma e pela negação dos direitos, além de serem completamente esquecidos, por longo período, pelas políticas públicas e pelo não reconhecimento da integralidade no atendimento, sendo vistos apenas de forma focalizada, sem que fossem contextualizados no âmbito familiar e comunitário.

Enfatiza-se que a saúde não é aqui considerada como um fenômeno meramente biológico e individual, mas é resultante dos processos sociais, econômicos, culturais e ambientais vivenciados pelos usuários, o que remete à discussão das condições capazes de propiciar uma atenção integral à saúde. Dessa forma, o trabalho do assistente social na área da saúde mental, assim como em outras áreas, não pode ser isolado, mas deve ser articulado a outros processos de trabalho que integram o processo coletivo do trabalho em saúde. Essa lógica está pautada no direito e na cidadania, ou seja, no direito a ter direitos. Isto significa que a saúde não pode ser reduzida à atenção médica, mas a uma organização em torno das necessidades em saúde dos usuários. Entretanto, observou-se que a história da saúde e da saúde mental não se revela articulada nesse sentido.

No que se refere ao capítulo que aborda os resultados da pesquisa, no sentido de responder quais são as necessidades desses sujeitos, no âmbito das suas condições e modos de vida, identificou-se uma fragilidade no entendimento de saúde **ampliado** e na concepção de direitos por parte dos entrevistados.

O conceito de saúde, garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988 e na Lei 8080/90, abrange desde o atendimento individual ao familiar e comunitário, a garantia de políticas sociais, além das setoriais e um movimento político e organizado pela saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Contudo, o problema não é a garantia da saúde na legislação, mas a pesquisa apontou alguns entraves para a sua efetivação na realidade dos usuários inseridos no CAPSad., principalmente na perspectiva de um atendimento integral para suas necessidades em saúde.

A pesquisa sinalizou como principais resultados a identificação do desconhecimento dos usuários em relação aos seus direitos e a falta de apropriação

da noção ampliada de saúde normatizada há mais de vinte anos. Apesar desse longo período, percebeu-se que os entrevistados ainda se referem à saúde no sentido de ausência de doença. Além disso, não relacionaram com as suas necessidades em saúde, as quais foram apontadas como: carência de trabalho, moradia e alimentação, falta de autonomia, bem como a ausência de serviços qualificados na área da saúde.

A maior parte dos usuários do CAPSad não possui emprego; dependem da renda familiar, da qual fazem parte pessoas com precárias condições sócio-econômicas, a maioria trabalhando na informalidade ou dependendo de programas sociais. Isto está relacionado às transformações no mundo do trabalho, com o avanço tecnológico no processo produtivo, havendo uma redução significativa na contratação da mão-de-obra, bem como a precarização, a flexibilização e a exploração da força humana de trabalho. Esse novo reordenamento das condições de trabalho e a instabilidade comprometem essencialmente a vida pessoal e a condição social e de saúde da classe trabalhadora. Além de o desemprego ser inerente ao modo de produção vigente, não absorvendo toda mão-de-obra para a reprodução do capital, há um aumento do desemprego, após a década de 1970, devido à reestruturação produtiva, gerando um contingente de trabalhadores excludentes.

Conforme os resultados da pesquisa, constataram-se algumas dificuldades para a implementação da integralidade, na área da saúde mental. No cotidiano institucional, observou-se a não-ligação das políticas sociais, que atendem aos fatores determinantes e condicionantes da saúde, tornando-se frágil o atendimento integral aos usuários. Observou-se, também, que a política de saúde e saúde mental ainda tem muito que avançar, no entanto, é importante reconhecer, a partir da historicidade e da trajetória dessas políticas, que houve significativos avanços, principalmente, no que se refere ao acesso da saúde e à mudança nos tipos de serviços para atendimento ao usuário da saúde mental, assim como o acesso de muitos usuários a programas no âmbito da política de Assistência Social.

Com base na apresentação dessas necessidades em saúde dos usuários, observa-se a relevância da realização de um trabalho coletivo, bem como o fortalecimento da rede de proteção. Confirma-se também maior intervenção do Serviço Social nessa área, pois o assistente social tem como pressuposto e princípio balizador informar e garantir direitos.

Para que haja a garantia efetiva dos direitos à integralidade, deve-se orientar o trabalho dos profissionais, a organização das políticas e também considerar os usuários da saúde em sua totalidade, compreendê-los não de forma restrita quanto a sua “doença”, mas como sujeitos de direitos, que fazem parte de um contexto familiar, social, cultural, político e econômico. A fim de que a atenção integral seja materializada, os profissionais devem estar sintonizados com os princípios do SUS e, com isso, terem clareza do conceito ampliado de saúde. Somente a partir disso, bem como da qualificação permanente e o entendimento das necessidades em saúde, relacionados aos condicionantes e determinantes do processo social de saúde e doença, os profissionais atenderão os usuários, com base na perspectiva da integralidade.

Nesse sentido, torna-se primordial a qualificação dos recursos humanos para o entendimento ampliado de saúde e de integralidade. Para isto é importante que os serviços de saúde firmem parcerias com instituições de formação, tal como a UNIPAMPA, com o propósito de disponibilizar momentos de capacitação a esses profissionais.

É evidente que o profissional, ao trabalhar de forma individual, tem pouca efetividade nos resultados e está propenso ao fracasso. Por isso, formaliza-se a construção de um trabalho integrado e interdisciplinar entre profissionais, mas, sobretudo, entre os serviços que compõem a rede, superando a intervenção pontual, assim buscando-se um trabalho mais intersetorial.

Trabalhar na área da saúde mental implica a ruptura com o isolamento social, atualizado pelo modelo Médico Assistencial Privatista, na atualidade, denominado de modelo voltado ao mercado, predominantemente biomédico, medicalizador do social e focalizado nas patologias. É pela troca entre os saberes profissionais e por informações sobre as necessidades em saúde da população que se caminha para um atendimento integral, reconhecendo e garantindo o acompanhamento, a reabilitação, a inserção social, o exercício da liberdade e da cidadania do usuário da saúde mental, nos diversos espaços em que se insere o assistente social.

Atualmente, pelo aumento do número de dependentes químicos e, principalmente, pelo uso do crack, a sociedade, incentivada pela mídia, quer mais vagas de internações para os usuários da saúde mental, especificamente o dependente de drogas. Essa atitude de recorrer à internação como “solução” para a política de saúde mental desconsidera a compreensão de atendimento integral

desses usuários, além de contrariar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ampliação de leitos não resolve se não houver ações intersetoriais, articuladas entre os serviços de saúde e demais políticas sociais.

Diante desse contexto, o poder público deveria investir no fortalecimento dos CAPSad, na qualificação e capacitação dos recursos humanos, bem como na contratação de mais profissionais, para que assim o CAPSad, como integrante da rede de atenção à saúde mental, possa responder às demandas dos usuários, com base nos seus objetivos.

A respeito do trabalho dos profissionais, apesar do esforço de alguns em realizarem seu trabalho num sentido mais integral, constatou-se a predominância de práticas rotineiras, limitadas à demanda institucional. Isto pode estar relacionado, dentre outros fatores, à falta de recursos humanos, fato que sobrecarrega os demais profissionais, que acabam não dando conta de toda demanda. Também se aponta como fundamental a contratação de profissionais qualificados, ao invés de contar e esperar somente pelo voluntariado. Isto faz com que os gestores se isentem da responsabilidade de realizar concursos públicos visando à contratação de profissionais para o quadro.

A partir da realidade apreendida por meio desse estudo, confirmou-se o quanto é importante a inserção do assistente social na área da saúde, considerando-se que este é o profissional que luta pela inclusão social, respeito, garantia de direitos, tendo a liberdade como valor central e o compromisso em disponibilizar um atendimento de qualidade o qual responda às necessidades em saúde, vivenciadas pelos usuários, de modo que contemple a atenção integral desses sujeitos. Essa postura profissional traduz os princípios que norteiam o trabalho do assistente social.

Ao finalizar este trabalho, compreende-se que, além de ser um recurso para os usuários e para a instituição, também se torna um produto de grande valia para o amadurecimento tanto pessoal quanto profissional da acadêmica. O processo de formação mostrou a importância da pesquisa, como base para a desvelamento da realidade e a intervenção desta na aprendizagem e convivência com a realidade do usuário, com os colegas em sala de aula, com as inquietações surgidas a partir dos seminários e debates. O conhecimento implica ter a capacidade e competência para fazer a leitura dinâmica e dialética da realidade.

Destaca-se que ao concluir o curso de Serviço Social, encerra-se apenas a primeira etapa de estudos, uma vez que a capacitação deve ser continuada e

percebe-se que ainda há muito para aprender, já que a realidade está em constante movimento.

Inicialmente, ao ingressar na universidade para fazer o curso de Serviço Social, acreditava-se que ser assistente social resumia-se em ajudar os outros, ajudar aqueles que estavam numa condição “inferior”. Com o passar do tempo, após muitos contatos com livros e outros recursos didáticos, interpreta-se que ser assistente social é uma grande responsabilidade; é assumir a luta pela garantia dos direitos e por uma sociedade justa e igualitária; é ter o compromisso de dar visibilidade às expressões da questão social; é intervir de forma competente, séria e com muita ética e respeito aos usuários que recebem os serviços do assistente social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. **(Série Saúde & Cidadania)**

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Asilos, alienados e Alienistas: Pequena psiquiatria no Brasil**. In, AMARANTE, Paulo Duarte de carvalho. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1994.

_____. Paulo; FREIRE, Flávia Helena M. de A; UGÁ, Maria Alícia D. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ANDRADE, Tarcisio M. de. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. SUPERA, capítulo 1, módulo I, 2008.

_____. Tarcisio M. de. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. SUPERA, capítulo 1, módulo I, 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 12 ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora Universidade Estadual de Campinas, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição revista e atualizada, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei Maria da Penha**: Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007 (acesso em 04/05/09 às 20h35min).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Cáp. 5. **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise prática do Serviço Social em Saúde Mental**. In Serviço Social e Sociedade, nº 82, ano XXVI. São Paulo: Cortez, 2006.

CASTEL, Robert. **As armadilhas da exclusão** In BÓGUS; YASBEK e WANDERLEY. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de saúde como Conceito Estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In MATTOS, Ruben Araujo de; PINHEIRO, Roseni (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CFESS/CRESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, março de 2009.

CHIZOTTI, Antonio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CRESS. **Coletânea de Leis**. Porto Alegre, 2009.

DEMO, Pedro. **Charme da exclusão social**. São Paulo, 1998.

DIOS, V.C. **Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua**. Em Carvalho, D.B.B. & Silva, M.T. (orgs.). Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI – Cadernos do PRODEQUI 1. Brasília: MS/COSAM; UnB/ PRODEQUI; UNDCP. 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FEGHALI, Jandira. **Saúde**: uma prioridade estratégica. Revista Princípios, Nov/1997 e jan/1998, nº47. Rio de Janeiro.

GALDURÓZ, José C. F. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil**: peculiaridades regionais e populações específicas. SUPERA, capítulo 2, módulo I, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva. 5ª edição, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional, espaços, ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade**. Texto base da palestra proferida na XXX Encontro Nacional do CFESS-CRESS. Minas Gerais, 2001

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6ed. São Paulo: Atlas, 2006.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KENNETH, R. de C. J.; et al. **Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica.** In: Pinheiro, R.; Mattos, R. M. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, IMS, ABRASCO, 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In MATTOS, Ruben Araujo de; PINHEIRO, Roseni (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, 2001.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política.** Volume I. Rio de Janeiro, 1988.

MENDES, J. M. R; WUNSCH, D; COUTO, B. R. **Verbete proteção Social.** In: CATTANI, A. D; HOLZMANN, L. Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre: editora: UFRGS, 2006.

NETTO, José Paulo; Braz, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria R; MIOTO, Regina C. T. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais** In MOTA, Ana Elizabete et. Al, (orgs). **Serviço Social e Saúde.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

PINHEIRO, R. et al. Demanda à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade. In PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (orgs). **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005, p. 65-76.

PINHEIRO, R.; GULIJOR, Ana Paula; JUNIOR, Aluísio G. da S; MATTOS, Rubem A. (orgs). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

PINTO, Antônio L. de T; WINDT, M. C. V. dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Constituição Federal de 1988.** 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

PRATES, Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. (Tese de Doutorado).

_____. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana**. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

_____. **Planejamento da Pesquisa Social**. Temporalis, ano 4, nº 7, Porto Alegre: 2004.

_____. **O método e o potencial interventivo e político na pesquisa social**. In: Revista Temporalis nº 9. Brasília: ABEPSS, 2006.

_____. **O mercado de trabalho para o assistente social e o SUAS**. Artigo apresentado durante o 2º Seminário de Política Social no MERCOSUL: Seguridade Social, Participação e Desenvolvimento, realizado em Pelotas, 18/11/2008.

REIS, Carlos Nelson dos. **A globalização e suas implicações na saúde e no trabalho nos blocos regionais: O Mercosul**. Conferência de abertura. Simpósio de Saúde do trabalhador. COLSAT-Mercosul. Porto Alegre, PUCRS, abril de 2008.

ROJAS COUTO, Berenice. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 2ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SECRETARIA DA SAÚDE/RS. **Guia de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2008;

SIMIONATO, Ivete. **Serviço Social e processo de trabalho**. Florianópolis/Sc, 1998.

SIQUEIRA, Maria Zenaide. **A prática profissional do Serviço Social e a integralidade na assistência em saúde**. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007. (Dissertação de mestrado).

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. **Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida**. Revista de administração pública, Rio de Janeiro: vol. 34, nº6, nov/dez de 2000.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 5ª ed. Vozes: Rio de Janeiro, 1997.

UNIPAMPA. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos acadêmicos** - conforme normas da abnt. 2010.

VASCONCELOS. Ana Maria de. **Serviço Social e Políticas Democráticas na Saúde** In MOTA, Ana Elizabete et. Al, (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

WOLECK, A. **O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica**. Disponível em <http://www.icpg.br/arigos/rev.01-05.pdf>. Acesso em 7 de junho de 2010.

www.saude.gov.br. Acesso em maio/junho e julho de 2009.

www.ministeriodasaude.gov.br. Acesso em novembro de 2009.

www.ministeriodasaude.gov.br. Acesso em maio de 2009.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa “Análise das necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) de São Borja” que objetiva analisar as necessidades em saúde vivenciadas pelos usuários do CAPSad de modo a contribuir com subsídios para qualificação do atendimento tanto do CAPSad quanto da Rede de atenção a saúde mental no município.

Esta pesquisa possui o intuito de identificar o perfil e as condições de vida dos usuários do CAPSad de São Borja, conhecer a trajetória de vida e o contexto familiar desses usuários, além de investigar acerca do conhecimento deles sobre os seus direitos e formas de acesso e analisar o que eles entendem por saúde. Sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você participará de uma entrevista que está organizada sobre a aplicação de um questionário com diversas perguntas.

O projeto foi desenvolvido para o Trabalho Final de Graduação I do curso de Serviço Social, orientado pela prof^a Ms. Fabiana Aguiar de Oliveira e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. Os dados coletados serão utilizados para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidos sob a guarda do Curso de Serviço Social da UNIPAMPA.

Para preservar o sigilo da identidade pessoal e social dos sujeitos, eles serão identificados como: usuário 1, usuário 2, usuário 3, etc.. Assim será mantido o compromisso ético do pesquisador e o respeito com os sujeitos que participaram da pesquisa. A devolução dos resultados será por meio da exposição dos mesmos aos usuários a partir de uma apresentação expositiva e dialogada, além disso, será deixado no CAPSad uma cópia do relatório final do projeto.

Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido pelo telefone (55) 3430-4339, ou pelo endereço: Rua Ver. Alberto Benevenuto, 3200 Bairro: Passo, São Borja – RS – Brasil CEP 97670-000 e-mail: saoborja@unipampa.edu.br

Eu, _____ aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

APÊNDICE B – Formulário de Pesquisa 1**01) Você é natural de?**

São Borja Outra localidade no Estado. Qual? _____

02) Qual é a sua idade? _____

03) Qual a sua situação civil?

Solteiro Casado Possui companheira

Separado Divorciado Viúvo

04) Qual é a sua religião?

católico evangélico espírita nenhuma outra

05) Você frequentou a escola até?

não sabe ler nem escrever ensino médio incompleto

Da 1ª a 4ª série ensino médio completo

Da 1ª a 8ª série outros _____

06) Você tem filhos?

não sim. Quantos? _____

07) Você mora com quem? _____

08) Qual é a renda atual da sua família?

até R\$ 465,00 de R\$ 465,00 até R\$ 930,00

de R\$ 930,00 até R\$ 1.395,00 mais de R\$ 1.395,00

09) Como sua família consegue este dinheiro?

trabalhando com carteira assinada através de bicos (faxinas, capinas)

trabalhando sem carteira assinada (vendedor ambulante, camelô)

bolsa assistencial do governo aposentadoria outros Auxílio doença

10) Qual foi o motivo o levou a procurar tratamento no CAPSad?

álcool cocaína crack maconha tabaco outro

11) De que forma você veio ao CAPSad?

Vontade própria pela família Por ordem judicial

Por indicação de amigos Outros _____

12) Como você conseguia a droga?

compra de traficante trafica para consumir dos amigos dos familiares

13) Quanto tempo está em tratamento no CAPSad?

- () há menos de 30 dias () de 1 a 6 meses
 () de 7 meses a 1 ano () de 1 a 2 anos () mais de dois anos

14) Quem encaminhou para tratamento/ acompanhamento no CAPSad?

- () hospital que esteve internado () médico da unidade básica de saúde
 () familiar () Veio sozinho ao serviço CAPS
 () outro: Qual? _____ () a namorada/companheira

15) Quantos anos você tinha quando começou a consumir drogas?

- () menos de 12 anos () entre 12 a 18 anos () entre 19 a 29 anos () mais de 30 anos

16) O que levou você a consumir drogas?

- () problemas na família () influência dos amigos () curiosidade () outros _____

17) Você já teve recaída?

- () não () sim. Quantas? _____ Em que período? _____

18) Você já esteve internado?

- () não () sim. Quantas vezes? _____ Local? _____

19) Quem encaminhou para a internação?

- () serviço de saúde unidade básica () CAPS () emergência hospitalar
 () outro Qual? _____ () familiar

20) Na sua opinião, o que contribui para a recaída?

- () falta de oportunidades de trabalho () problemas na família
 () preconceito da sociedade com dependente químico
 () outros _____

APÊNDICE C – Formulário de Pesquisa 2

CONDIÇÕES DE VIDA

- 1) Como são as suas condições de vida no local em que você reside?
- 2) Quais as principais necessidades que você enfrenta? Por quê?
- 3) Quais as suas condições de trabalho?

VÍNCULOS FAMILIARES

- 4) Com quem você reside?
- 5) Como se estabelece as relações entre você e sua família?
- 6) Como se estabelece suas relações com a comunidade?

RESPEITO AOS DIREITOS

- 7) O que você sabe sobre seus direitos? e na área da saúde?
- 8) Você sabe como acessar seus direitos?

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- 9) O que você entende por saúde?
- 10) Quais os principais motivos que o levaram a usar drogas?
- 11) O que é o uso de drogas para você?
- 12) As atividades realizadas no CAPSad atendem as suas necessidades?
- 13) Do que você mais gosta no CAPSad?
- 14) Como é a sua relação com a equipe técnica e com os demais no CAPSad?

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO SERVIÇO

- 15) Você identifica mudanças na sua vida depois do início do tratamento no CAPSad? (pessoal e familiar)
- 16) O que poderia ser feito diferente do que está sendo realizado, para melhor atendê-lo (a)?