

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIANE LUIZE DE OLIVEIRA

**A CRIAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO DE AJUDA MÚTUA:
“UMA EXPERIÊNCIA EM CENA”**

**FLORIANÓPOLIS
2004/2**

MARIANE LUIZE DE OLIVEIRA

**A CRIAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO DE AJUDA MÚTUA:
“UMA EXPERIÊNCIA EM CENA”**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social, do Departamento
de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientador: Prof. Kátia de Macedo Rebello.**


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 08/12/04

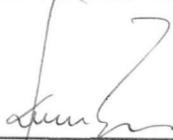
FLORIANÓPOLIS
2004/2

MARIANE LUIZE DE OLIVEIRA

**A CRIAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO DE AJUDA MÚTUA:
“UMA EXPERIÊNCIA EM CENA”**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora

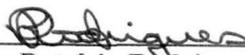


**Prof.ª Kátia de Macedo Rebello
Orientador - Presidente**



Elísia Puel

Mestre e Professora do Departamento de Serviço Social



Patrícia Rodrigues

Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial I de Imbituba

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO, 2004.

**Desconfiai do mais trivial na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Nada deve parecer natural.
Nada deve parecer impossível de mudar.**

(Brecht 1977, 45)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina, por ter proporcionado todo o aprendizado adquirido.

À Deus, por ter me acompanhado e amparado nos momentos em que mais precisei.

À minha mãe, pelo amor dedicado, pelo apoio e incentivo dado nesses quatro anos de vida acadêmica e por ter me ensinado que é preciso lutar por tudo que se acredita.

Ao meu pai (*In Memoriam*), que apesar de Deus ter o levado tão cedo, por ter sido durante o tempo que permaneceu com a família uma referência de vida e luta.

Às minhas três irmãs Claudia, Mari Stela e Simone, por todo o apoio e esforços empenhados ao longo do curso.

À minha querida sobrinha Sabrina, que fez com que meu empenho durante o curso fosse dobrado, para que pudesse conseguir ser para ela uma referência de dedicação aos estudos.

Aos meus cunhados Ezequiel e Julio, que me incentivaram em todos os momentos.

Ao meu namorado Jeferson, que com amor me apoiou durante todo o processo de concretização desse estudo.

Ao meu padrinho Pedro, por ter me dado suporte na finalização desse trabalho.

Às amigas do coração Keila e Fabiana, que ao longo do curso foram minhas companheiras e confidentes.

À minha grande amiga Kelley, que apesar da distância sempre incentivou meus projetos de vida.

À Professora Kátia de Macedo Rebello, por ter sido além de uma grande orientadora uma grande amiga.

À Professora Elísia Puel, por ter aceitado participar da minha banca.

À Psicóloga Patrícia, por ter sido uma grande companheira de trabalho e por participar da minha banca.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial I de Imbituba, por terem me acolhido ao longo do estágio e pelo prazer da convivência com vocês.

Às mulheres participantes do Grupo Operativo de Ajuda Mútua, por terem sido tão importantes para a minha formação profissional.

Aos professores do Departamento de Serviço Social e de outros Departamentos, por todos os ensinamentos dados.

À toda turma de Serviço Social, por todo o caminho percorrido em conjunto nestes quatro anos. Sucesso a todos nós!

À todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desse trabalho e para minha formação pessoal e profissional.

Agradeço a todos vocês de coração!

QUADRO DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.....	37
FIGURA 2 – Remuneração do CAPS.....	42
FIGURA 3 – Composição da Rede.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos CAPS no Estado.....	44
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Avaliação Social	92
---	-----------

OLIVEIRA, Mariane Luize de. A Criação do Grupo Operativo de Ajuda Mútua: “Uma Experiência em Cena”. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RESUMO

Em toda a trajetória histórica da psiquiatria o portador de transtornos mentais foi tratado como “louco” e por isso era excluído da sociedade e trancafiado em hospitais psiquiátricos. No Brasil, somente com a Reforma Psiquiátrica e com as atuais legislações vigentes essa realidade vem se modificando cada vez mais. Este trabalho traz um estudo focando uma experiência de estágio, realizado no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de Imbituba, a partir de um trabalho realizado junto a algumas mulheres com transtorno depressivo, através de um projeto de Grupo Operativo de Ajuda Mutua. No presente Trabalho de Conclusão de Curso contextualizamos inicialmente uma retrospectiva da saúde mental no Brasil que vai da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais e nos referimos à legislação atual das políticas públicas de atenção à saúde mental enfocando os Centros de atenção Psicossocial (CAPS), discorrendo sobre a Política de Saúde Mental no Estado, a parceria da Secretaria Municipal de Imbituba com o CAPS I do município de Imbituba e, o Serviço Social no contexto da saúde. O estudo segue apresentando uma breve caracterização sobre o transtorno mental e especificamente junto às mulheres e suas questões. Por último, retrataremos a experiência vivenciada no estágio através do trabalho realizado com as mulheres com quadro depressivo no projeto do Grupo Operativo de Ajuda Mútua.

Palavras chaves: Saúde Mental, CAPS, Grupo Operativo de Ajuda Mútua.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CENÁRIO ATUAL	15
1.1 RETROSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS DIAS ATUAIS.....	15
1.2 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: SITUANDO AS POLÍTICAS ATUAIS DE ATENDIMENTO E NESSE CONTEXTO O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	29
1.2.1 <i>Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: Um Caminho, Um Novo Olhar para a Prática de Atendimento em Saúde Mental.....</i>	36
1.2.2 <i>Política de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina</i>	42
1.3 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I: UMA PARCERIA NO DIRECIONAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE IMBITUBA.	45
1.3.1 <i>Caracterização da Secretaria Municipal da Saúde de Imbituba.</i>	45
1.3.2 <i>Apresentando a Implantação e Serviços do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) no Município de Imbituba.....</i>	49
1.3.3 <i>O Serviço Social no Contexto da Saúde.</i>	53
2 DIMENSIONANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A REALIDADE DAS MULHERES COM QUADRO DEPRESSIVO: “UMA EXPERIÊNCIA EM CENA”.....	65
2.1 A DEPRESSÃO: CARACTERIZANDO OS PRINCIPAIS ASPECTOS DO TEMA.....	65
2.1.1 <i>A Feminização da Depressão: Aspectos do Transtorno no Contexto Feminino.....</i>	68
2.1.2 <i>O Ser Mulher e as Suas Questões.....</i>	70
2.2 GRUPO OPERATIVO DE AJUDA MÚTUA - CAPS I DE IMBITUBA: UMA INTERVENÇÃO FOCADA NA RECUPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO.....	73
2.2.1 <i>Resultados Obtidos e Análise das Reuniões do Grupo e da Avaliação Social Aplicada Junto às Mulheres com Quadro Depressivo no Grupo Operativo de Ajuda Mútua.</i>	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso que têm como título: A Criação do Grupo Operativo de Ajuda Mútua: “Uma Experiência em Cena” veio atender os requisitos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social. Ele é resultado de uma experiência vivenciada no estágio curricular, que se realizou no período de março a julho de 2004 no Centro de Atenção Psicossocial I de Imbituba.

Na realização deste estágio, atuamos na elaboração e implantação de um projeto voltado a um Grupo Operativo de Ajuda Mútua com algumas mulheres com transtorno depressivo, onde foi possível refletir e atuar no tratamento dessas em sua fase de recuperação.

Durante muito tempo o portador de transtornos mentais foi fadado a estar trancafiado em manicômios, aos quais foram criados para darem conta da “loucura” e, que em nome de um saber científico foram verdadeiros campos de concentração. Atitudes de desrespeito aos direitos humanos, de exclusão, de maus tratos, de abandono eram características comuns desse tipo de assistência.

Em decorrência dessa realidade, aos poucos a necessidade da substituição desse tipo de modelo hospitalocêntrico foi se configurando, principalmente por aqueles adeptos de uma Reforma Psiquiátrica. Após muitas lutas dos mais variados segmentos, por uma Reforma Psiquiátrica e por uma mudança de paradigma, foram aos poucos sendo formuladas legislações, que atualmente são consideradas verdadeiras conquistas por garantirem os direitos dos portadores de transtornos mentais, onde se passou a priorizar a realização de um tratamento em serviços comunitários de saúde mental, objetivando como finalidade a reinserção social do paciente e atribuindo como responsabilidade do Estado o desenvolvimento de uma política de saúde mental, com a devida participação da sociedade e da família.

É dentro dessa ótica que se insere o CAPS, como uma modalidade de serviço que se encontra comprometido com essa mudança de paradigma na área de saúde mental, materializando-se como um espaço de implementação de uma nova política de atenção em saúde mental, onde oportuniza aos usuários, indivíduos portadores de transtornos mentais, um tratamento que conserve os vínculos com sua família e com seu meio social, proporcionando uma maior qualidade de vida aos mesmos, apesar de estarem diante da experiência de um transtorno psiquiátrico.

Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo delinear essa nova forma de serviço oferecido aos portadores de transtornos mentais, tendo como foco principal demonstrar a experiência que vivenciamos no estágio curricular na condução de um Grupo Operativo de Ajuda Mútua junto à alguma mulheres com quadro depressivo e que realizam tratamento no Centro de Atenção Psicossocial I de Imbituba.

Sendo assim, este trabalho se estrutura da seguinte maneira:

O primeiro capítulo trará uma retrospectiva da saúde mental no Brasil, resgatando a trajetória da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais com as novas legislações em saúde mental, enfocando o CAPS como uma nova política de atendimento ao portador de transtornos mentais e, delineando ainda a Política de Saúde Mental no Estado, a parceria da Secretaria Municipal de Imbituba com o CAPS I do Município de Imbituba, a inserção do Assistente Social como profissional da saúde e sua atual interface com o transtorno mental, ao qual será nesse contexto brevemente inserido.

O segundo capítulo contemplará o relato da experiência que vivenciamos no estágio realizado no CAPS I de Imbituba com o Grupo Operativo de Ajuda Mútua junto às mulheres com quadro de transtorno depressivo onde destacaremos: os aspectos gerais da depressão e aqueles referentes ao contexto feminino; uma breve explanação sobre a mulher e suas questões no contexto da história e a experiência interventiva no Grupo Operativo de Ajuda

Mútua, dando ênfase aos resultados e análise das reuniões do grupo partindo dos objetivos do projeto e dos dados levantados com a avaliação social aplicada junto às mulheres partícipes do grupo.

Concluindo o trabalho teremos as considerações finais, sendo que nela realizamos uma análise e sugestões das questões abordadas no decorrer do trabalho. Após, serão arroladas as referências quanto à bibliografia e os anexos deste estudo.

I CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CENÁRIO ATUAL

1.1 RETROSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS DIAS ATUAIS.

A assistência psiquiátrica ao longo dos tempos vem sofrendo profundas transformações, principalmente no período pós Segunda Guerra Mundial. Também, têm-se constituído como tema de profundos debates por diversos segmentos da sociedade, dos organismos nacionais e internacionais de defesa da saúde. O campo da Saúde Mental é chamado à refazer-se por inteiro, ampliando seu foco de abordagem e buscando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de pensamentos, sobre esta temática.

Em toda a trajetória da Psiquiatria, o único recurso indicado ao portador de transtorno mental era a internação em hospitais psiquiátricos, aos quais representavam, aparentemente, o papel de executores do tratamento dos portadores de transtornos mentais, mas atuavam como verdadeiros executores da exclusão do mesmo junto à sociedade.

Nessa ótica, o ingresso do sofredor psíquico numa instituição servia de mutilação para sua cidadania, passando a ser rotulado e assim privado de todos seus direitos humanos. A cidadania do portador de transtornos mentais durante muitos anos foi negada, tanto no discurso como nas práticas sociais, tendo como consequência à consolidação de posturas discriminatórias e excludentes junto ao mesmo. Com relação à realidade das práticas psiquiátricas realizadas, Santos (1994, p.47 e 48) destaca que “No hospício o tratamento caracterizava-se pelas correntes e também pelo trabalho e legitimava-se pelo discurso da segurança pública. No hospital, os fatores caracterizadores são as correntes, os remédios e os eletrochoques [...]”.

O binômio doença mental/trabalho também marcou as dimensões da história da psiquiatria,

[...] recolher as sobras humanas do incipiente modo de produção capitalista, trancá-los nos hospícios e se possível, recuperá-los ajustando-os ao trabalho e ao novo modo de produção. [...] Trabalho e não trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal [...]. (Santos, 1994, p.32).

Essa condição histórica de estigmatização¹ do “louco” na sociedade, como ser sem direitos e marcado por estereótipos, vêm sendo rediscutida e redimensionada através de debates e lutas contra a exclusão do sofredor psíquico dentro da sociedade.

A periodização da história do Brasil, a qual teve como ênfase os avanços da Reforma Psiquiátrica, conjunto de transformações operadas nas políticas sociais de saúde mental no país, apresentou uma trajetória com profundos debates, eventos e lutas, que marcaram um conjunto de mudanças no âmbito das políticas oferecidas aos portadores de transtornos mentais. Essas podem ser visualizadas, através do esquema apresentado a seguir com os atores e momentos mais marcantes da Reforma Psiquiátrica e, baseado em sua maior parte, no Livro Loucos Pela Vida de Paulo Amarante (1998, 2.ed):

Ano de 1978:

- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): Foi um dos principais atores políticos no que concerne a Reforma Psiquiátrica brasileira. Desempenhou um papel importante [...] tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas” (Amarante, 1998, p.88) dentro do campo psiquiátrico. Mola mestra, no que se refere “às propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.(Amarante, 1998, p.51). Esse Movimento se caracterizou, por ser um espaço não institucional, trazendo para discussão propostas sobre a transformação da

¹ “O estigma é, portanto, uma reação social que isola certos atributos, classificando-os como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem”.(Miles, 1982, p.70).

assistência psiquiátrica. Outra característica interna deste movimento é a de se desenvolver de forma pluralizada, abrindo espaço para a inserção de várias categorias profissionais, simpatizantes, técnicos, sendo o primeiro movimento com a participação popular.

- Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM): Órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde do subsetor saúde mental. Nesse ano, foi surpreendido por um episódio que se constituiu numa greve dos profissionais de suas quatro unidades culminando com a demissão de 260 estagiários e profissionais. Esses profissionais trabalhavam em condições precárias e de forma freqüente sofrendo ameaças e violências, as quais se estendiam tanto à eles, quanto aos pacientes. Ocorriam constantes denúncias de estupro, trabalho escravo e mortes. Esse episódio tornou-se público, quando três médicos bolsistas registraram ocorrências sobre os fatos que aconteciam em uma das quatro unidades (CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II). Toda essa mobilização teve o apoio de profissionais de outras unidades, culminando em reivindicações e denúncias, em relação aos seguintes temas: salariais; formação de Recursos Humanos; relações entre instituição, clientela e profissionais; modelo médico-assistencial e condições de atendimento.

- Deflagração da greve dos médicos residentes: Houve um fortalecimento do MTSM durante seus primeiros meses. Para que o mesmo não caísse em completo esquecimento, as principais lideranças do movimento atuam, realizando vários eventos, com a respectiva participação de outros setores.

- V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (organizado em torno da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria): De 27 de outubro a 1º de novembro em Camboriú. Chamou-se de “Congresso de Abertura”, devido aos movimentos de saúde mental terem pela primeira vez participado de um encontro junto aos setores conservadores. (Amarante, 1998, p.53 e 54). Esse congresso foi visto como uma ótima oportunidade para realizar reuniões paralelas àquelas oficiais, aglutinando os movimentos progressistas em saúde mental de todo o Brasil. Foram

estabelecidas idéias favoráveis à mudanças, fazendo com que o congresso se direcionasse para uma caracterização político-ideológica, tanto para as questões voltadas à política de saúde mental, quanto à crítica ao regime político nacional. O que era para ser um encontro voltado aos setores conservadores, passa a ser um movimento político tendo como avalista a ABP. As moções aprovadas foram: repúdio à privatização do sistema de saúde; mudanças hospitalares, e a atos arbitrários que envolvessem algumas categorias profissionais; a universidade é denunciada pela perda do seu caráter crítico para o utilitarismo advindo do mercado da saúde.

- I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições: De 19 a 22 de outubro no Rio de Janeiro. Pretendeu-se, através deste, lançar [...] uma nova sociedade psicanalítica de orientação analítico-institucional, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI) [...]. (Amarante, 1998, p.54 e 55). Esse congresso permitiu o advento ao Brasil [...] dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim, das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castell, Erwing Goffmann, dentre outros [...].(Amarante, 1998, p.55).

Ano de 1979:

- I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental: De 20 a 21 de janeiro em São Paulo no Instituto Sedes Sapientiae. Esse congresso [...] coloca em pauta “uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo que preservar seus direitos no interior do mesmo” [...]. (Venancio, 1990, Apud, Amarante, 1998, p.55). Neste congresso, chega-se a conclusão de que as lutas para uma modificação do sistema de saúde devem acontecer, conjuntamente com demais setores sociais, na luta pela democracia, por um arranjo organizacional da sociedade baseado na justiça e fortalecido pelos sindicatos e associações que estiverem articuladas aos movimentos sociais, para uma participação mais aprofundada dos técnicos nas

decisões pela afixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Outra questão importante, que emerge nesse congresso [...] é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como redutos dos marginalizados [...]. (Amarante, 1998, p.55).

- III Congresso Mineiro de Psiquiatria: Realizou-se no mês de novembro em Belo Horizonte, contando com o comparecimento de Baságlio, Slavich e Castell. Debates:

[...] levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Grupos de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia propõem a realização de trabalhos 'alternativos' na assistência psiquiátrica [...].(Amarante, 1998, p.55).

Além dos temas já previstos, houve um direcionamento para um debate mais focado no social com os temas “assistência psiquiátrica” e “participação popular” e ainda sobre “a ordem psiquiátrica”.(Amarante, 1998, p. 56).

Ano de 1980:

- Co-gestão Interministerial: Antecedente à co-gestão a política era voltada para a privatização da Previdência Social, havendo com isso uma proliferação do número de internações, reinternações e um aumento do tempo das mesmas, contrariando o que recomendava a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual tinha como discurso um atendimento assistencial psiquiátrico em nível ambulatorial. Essa política utilizada pela Previdência Social, de forma privatizada, acabou produzindo um excesso de atos de assistência médica, ou seja, [...] atos corretos e necessários, ou desnecessários, fraudes, abusos [...] (Amarante, 1998, p.59), o que fez com que desencadeasse um déficit nos cofres da Previdência Social. Os principais defensores de uma política privatista foram os empresários (setor privado), defendidos pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Face a essa crise Institucional vivida pela Previdência Social, teve-se então que buscar o saneamento dessa situação. A Co-gestão foi um momento marcante de uma trajetória específica na reorientação das políticas públicas de saúde, onde foi feito um novo convênio entre o Ministério de

Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), para a colaboração de ambos no que concerne a parte avaliativa, de custo e planejamento das unidades de hospitais do Ministério da Saúde. O primeiro órgão a ser inserido no sistema de co-gestão foi o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Essa transformação ocorreu, através da desconsideração do pagamento por unidades de serviços de forma isolada e pela iniciação do pagamento considerando a categoria de atendimento, sendo assim, a co-gestão transformou-se na única forma de relacionamento, a qual acabou rompendo com aquele modo baseado na venda e compra dos serviços. Sendo assim, o processo de co-gestão trouxe a perspectiva de uma maior conexão nas relações do sistema de saúde, [...] devido a sua aplicação (realização de acordos) nos três níveis de governo: federal, estadual, municipal”. (Sarah, 1991, Apud, Amarante, 1998, p.61). Com a co-gestão, faz-se real a possibilidade da implantação de [...] uma política de saúde que tem como bases o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelo movimento das reformas sanitária e psiquiátrica[...]. (Amarante, 1998, p.61). Com o advento da co-gestão, os hospitais foram transformados em espaços diferenciados, ampliando o atendimento ambulatorial, de forma a impedir a internação e superar a hospitalização, criando um espaço para a intervenção de equipes multiprofissionais e a priorização da ressocialização do portador de transtorno mental. A co-gestão pode ser considerada como precursora [...] de novas tendências e modelos no campo das políticas públicas [...] (Amarante, 1998, p.63), como por exemplo o plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de saúde (SUS).

- I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental: De 23 a 25 de maio no Rio de Janeiro. Foram discutidos nesse encontro:

[...] problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas

condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político social da população brasileira e às denúncias das muitas 'barbaridades' ocorridas nas instituições psiquiátricas. (Amarante, 1998, p.56).

- II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria: De 22 a 27 de agosto em Salvador. As Moções aprovadas foram: apoio à luta da democratização da ABP e de suas federadas; crítica à privatização da saúde. Aparece também como uma das preocupações maiores a questão dos direitos dos pacientes psiquiátricos e a defesa dos mesmos, sendo então criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no âmbito do Congresso Nacional, com intuito de investigar as distorções existentes na assistência psiquiátrica no Brasil; rever a legislação penal e civil que diz respeito ao doente mental; realizar um vínculo orgânico da luta da saúde aos movimentos populares e; uma democratização da ordem econômico-social. Esse evento, atrelado às discussões foi um marco no que concerne o caráter político e social da trajetória do MTSM. Foram abordadas ainda questões referentes à proletarização da medicina, o poder médico, à assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Fizeram-se críticas quanto ao modelo em vigência na saúde mental, comentando-se sobre a sua insuficiência, cronificação e estigmatização em relação à doença mental. Falou-se, acerca dos determinantes das políticas de saúde mental, do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico e da psiquiatrização societária.

Ano de 1981:

- Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP): Criado pelo Decreto 86.329 de 02 de setembro e unido diretamente ao MPAS. Os partícipes, aos quais o CONASP contou de forma não paritária foram os [...] representantes governamentais, patronais, universitários da área médica e trabalhadores [...].(Amarante, 1998, p.65). A função dada ao CONASP era de [...] organizar e aperfeiçoar a assistência

médica, sugerir critérios para a locação de recursos previdenciários, para este fim, recomendar políticas de financiamento e assistência à saúde[...] (Andrade, 1992, Apud, Amarante, 1998, p.65.). O setor privado, que tinha como representante a FBH, foi o único a ser oposição, devido seus interesses de caráter privatizante serem contrários a idéia de estatização proposta pelo CONASP. O Plano geral do CONASP tem como proposta a criação de um Sistema Único de Saúde, onde o Estado seria o principal responsável pelo controle efetivo e pela política do sistema de saúde (descentralizada, regionalizada e hierarquizada). Foi realizado tendo como eixo, três vertentes: saúde previdenciária, saúde oral e assistência psiquiátrica. Este último vai se direcionar para um atendimento centrado no ambulatório, tornando o hospital um elemento secundário. Toda essa trajetória da Reforma Psiquiátrica, marcada pela conexão do MTSM junto ao setor público, formulando e gerenciando as políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica, as quais foram da co-gestão ao plano do CONASP, acaba sendo caracterizada em uma perspectiva de desempenhar reformas, mas não ter como objetivo realizar modificações de caráter estrutural. [...] Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem [...] (Amarante, 1998, p.67). Com isso, o MTSM se divide em duas linhas, uma opta em adentrar as instituições públicas objetivando transformar as mesmas pelas bases (luta dos trabalhadores de forma interna), a outra elege uma linha sindical, vigiando a primeira e organizando os trabalhadores para uma luta na busca de condições mais dignas de trabalho e assistência.

Ano de 1985:

- I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste: De 26 a 28 de setembro em Vitória no Espírito Santo. Tema: uma política na área de saúde mental para a região sudeste. A idéia da realização desse evento surge, devido a uma necessidade encontrada pelos coordenadores da saúde mental de repensar a saúde mental na região

sudeste, tendo como estratégia [...] articular os vários dirigentes para discutir e rever suas práticas, de criar mecanismos e condições de auto-reforço e cooperação mútua [...].(Amarante, 1998, p.69). Entre as moções aprovadas está a imediata criação do seguro desemprego; a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM- à serem implantadas nos estados e se houver possibilidade nos municípios da região sudeste, compostas por representantes do MS, INANPS, universidades); a criação de programas que transformem os asilos em lugares apropriados e dignos para os pacientes em internação, entre outras.

Ano de 1986:

- 8ª Conferência Nacional de Saúde: De 17 a 21 de março em Brasília. Destacou-se pelo caráter de consulta e participação popular, ao qual foi resultante de um processo que teve o envolvimento de milhares de pessoas em pré-conferências. Foram realizadas importantes deliberações para a área da saúde, uma delas foi a de uma nova concepção de saúde: A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado e a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização. Essa nova proposta implicou em um olhar diferenciado para o Estado, este então, como promotor de políticas de bem-estar social com uma nova visão de saúde como sinônimo de qualidade de vida.

- I Encontro de Saúde Mental: De 4 a 5 de outubro no Rio de Janeiro. Ocorreu no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os participantes desse encontro foram às organizações da sociedade civil, os prestadores de assistência dos serviços, representantes de partidos e lideranças comunitárias. O objetivo central foi gerar alguns debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental. Congregou as decisões já realizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (março de 1986), dentre as quais estão a implantação da Reforma Sanitária, a criação de um sistema único e público de saúde, a conceituação global

de saúde (bem estar para todos) e a preocupação quanto à participação de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos na formulação e execução das políticas de assistência à saúde mental.

Ano de 1987:

- I Conferência Estadual de Saúde Mental: De 12 a 14 de março no Rio de Janeiro. Realizou-se no campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), com uma grande convocação das associações, entidades das instituições populares e de saúde, sendo oferecidas aos mesmos, vagas como delegados do evento. O tema central desta conferência foi a Política Nacional de Saúde na Reforma Sanitária, tendo como alvos de discussão a situação da Saúde Mental no contexto geral da saúde, os limites de abrangência do universo da mesma, a política e o tipo de modelo de assistência à saúde mental. Os debates foram trabalhados em grupos com as seguintes temáticas: - Cidadania, Sociedade e Qualidade de vida, onde há um reconhecimento de [...] que a doença mental é fruto do processo de marginalização e exclusão social [...].(Amarante, 1998, p73). - Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça, com a idéia de que deverá ser garantido [...] o direito ao acesso a todos os recursos disponíveis, dentre eles o atendimento multidisciplinar, a liberdade de escolher se quer ser tratado e de escolher o terapeuta [...].(Amarante, 1998, p.73). Outras conclusões dentro desse tema foram: assegurar aos pacientes durante o tratamento os direitos trabalhistas (incluindo o seguro-desemprego), participação das comunidades e grupos sociais e revisão e atualização do código civil no que se refere ao portador de transtornos mentais e sua doença. - Política Nacional de Saúde e Reforma Sanitária, onde se resgatou a idéia de que a saúde [...] é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...].(Amarante, 1998, p.74). Outras Idéias: inserir nos programas pedagógicos algumas medidas que se direcionem para a saúde geral, reverter à tendência hospitalocêntrica (serviços alternativos: hospital dia, hospital noite, pré-internações, lares protegidos, leitos em

hospitais gerais), hierarquização da rede assistencial e expansão da ambulatorial, não credenciamento de leitos e redução dos leitos psiquiátricos públicos.

- II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste: De 2 a 4 de abril em Barbacena. Traz como propostas discutir: saúde mental na rede pública, debatendo sobre seu contexto atual e avaliando as propostas e os desdobramentos do I Encontro de Coordenadores e; saúde mental na reforma sanitária. (Amarante, 1998, p.74). Nesse encontro, avaliou-se que não houve expansão dos leitos manicomiais/ hospitalares na região, que existe a necessidade de implantação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM), que é preciso fortalecer a articulação interinstitucional no subsetor, e que vêm ocorrendo uma considerável expansão da rede ambulatorial e de outros recursos externos.(Amarante, 1998, p.74).

- I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM): De 25 a 28 de junho. Essa conferência ocorreu em um cenário de confrontos e impasses, devido a uma divergência entre as idéias do MTSM e da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), para uma conferência. Com isso, a I CNSM aconteceu em um clima de embate, onde [...] o MTSM decide rejeitar o regimento e o estatuto, assim como a nomeação prévia da comissão de redação e o pré-relatório final, elaborado anteriormente ao início da conferência [...]. (Amarante, 1998, p.70). Com isso, [...] a DINSAM e a ABP recuam e o MTSM passa a encaminhar a conferência, introduzindo os grupos de trabalho, deliberando quanto às decisões e encaminhamentos e elegendo a composição das comissões [...].(Amarante, 1998, p.70). De modo geral, essa conferência estruturou-se em três eixos temáticos: 1- Economia, Sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e doença mental; 2- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e; 3- Cidadania e doença mental - direitos, deveres e legislação do doente mental. As recomendações desta conferência foram: que os trabalhadores de saúde mental se articulassem

em direção à união de esforços com a sociedade civil, não só para que houvesse um redimensionamento das suas práticas, mas para o combate à psiquiatrização; que haja uma maior participação da população no que concerne à elaboração e implementação em nível decisório das políticas de saúde mental e; que exista um enfoque maior nos investimentos dos serviços multiprofissionais e extra-hospitalares.

- II Congresso Nacional do MTSM: De 3 a 6 de dezembro em Bauru. Surgiu, a partir de algumas reuniões realizadas pelo MTSM paralelas à I CNSM, onde como proposta do desdobramento das ações do Movimento foi decidido realizar esse II Congresso, que teve três eixos de discussão: o primeiro eixo chamou-se “por uma sociedade sem manicômios”, o segundo foi sobre a organização dos trabalhadores em saúde mental e por último sobre a análise e discussão das práticas concretas do movimento. Esse II Congresso foi inovador e contou com a participação de lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares, aos quais uniram forças para a construção de uma [...] opinião pública favorável à luta antimanicomial [...].(Amarante, 1998, p.81). Surgem também as associações de usuários e familiares, tais como, a associação Franco Rotelli (Santos), associação Franco Baságlia (São Paulo), ADDOM (São Gonçalo), associação Cabeça Firme (Niterói), as quais passaram a exercer um papel bastante importante no Movimento por uma Sociedade sem Manicômios. Todas essas mudanças consolidadas no II Congresso ocasionaram repercussão [...] no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política [...].(Amarante, 1998, p.82). Dentro do Modelo assistencial surgiram formas de atenção que além de se tornarem uma alternativa para o modelo psiquiátrico tradicional, foram [...] um marco no período mais recente da reforma Psiquiátrica brasileira”(Amarante,1998, p.83), dentre esses têm-se como exemplos o Núcleo de Atenção Psicossocial; as cooperativas; as associações; as instituições de residencialidade; e o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que foi um serviço substitutivo ao modelo manicomial e um grande influenciador no que diz respeito à

transformação de muitos outros serviços no país, pois devido à graves denúncias da Secretaria de Saúde do Município de Santos contra a Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico privado, onde ocorriam barbáries contra os doentes mentais), teve-se (Prefeitura) que tomar providências para o fechamento desse hospital, criando-se assim o primeiro Centro de Atenção Psicossocial. Em relação ao eixo jurídico-político, no ano de 1989, foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei 3.657/89, onde através deste [...] regulamentavam-se os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros “recursos não manicomialis de atendimento [...].(Amarante,1998, p.84).

Ano de 1992:

- II Conferência Nacional de Saúde Mental: De 1 a 4 de dezembro em Brasília. Apesar de não se ter respeitado os encaminhamentos da ICNSM, ela teve características muito ricas, pois foi nela que foram [...] reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial”. (Amarante,1998, p.84). Em síntese, essa conferência foi um marco na história da política de saúde mental, onde se pode debater e aprofundar críticas ao modelo hegemônico e esboçar um modelo assistencial novo, no que concerne às lógicas, conceitos e valores que deveriam estruturar a rede de atenção e a forma de lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadão.

Ano de 2001:

- III Conferencia Nacional de Saúde Mental: De 11 a 14 de dezembro em Brasília. Vinculou seu conteúdo ao tema mundial proposto pela OMS para o ano de 2001: “Cuidar sim. Excluir Não” e a um tema local, ao qual intitulava-se de “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, tema este que era um indicativo de

sua ligação com a construção de um Sistema Único de Saúde – público, democrático, de amplo acesso, eficaz, construtor de cidadania e com controle social. Os subtemas debatidos nessa conferência foram: financiamento; controle social; recursos humanos; acessibilidade; direitos e cidadania. Essa conferência foi estruturada, a partir de mesas redondas, painéis específicos, proposição de moções, 35 (trinta e cinco) grupos de trabalho e uma plenária final. Houve também a solenidade da entrega do “Prêmio David Capistrano Filho”, que foi entregue para 10 (dez) dos 73 (setenta e três) municípios com experiências criativas de base comunitária em saúde mental. Os eventos e a mobilização em torno da conferência ocasionaram um grande impacto na mídia (televisão e rádio) com alcance nacional. Avaliou-se que esta conferência representou um consenso no que concerne ao fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, com uma pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias rumo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental voltado à substituição do modelo manicomial. Com base nisso, foram elaboradas estratégias e propostas, para a efetivação e consolidação de um modelo de atenção em saúde mental humano, de qualidade, com participação e controle social, propondo uma transformação nas formas de lidar com a loucura, visando uma produção de novas possibilidades de vida e relações sociais. (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental²).

O resgate cronológico das diversas lutas e enfrentamentos na busca de uma assistência psiquiátrica justa para os portadores de transtornos mentais, demonstram a importância que os movimentos exerceram na busca de uma Reforma Psiquiátrica, a qual defende a superação de práticas de saúde que estigmatizem esse portador. A partir desse histórico de lutas, pudemos visualizar o início da elaboração e aprovação de legislações e

²Informações retiradas do site: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saude mental/anexos/III_conferencia_nacionalsaude mental_relatoriofinal.pdf>. Acesso realizado em: 20/10/2004.

portarias, as quais viriam a assegurar novos direitos para um tratamento mais adequado e digno a esse segmento em questão. Na seqüência, abordaremos de forma mais aprofundada essas novas políticas de atenção à saúde mental.

1.2 LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: SITUANDO AS POLÍTICAS ATUAIS DE ATENDIMENTO E NESSE CONTEXTO O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).

Toda a trajetória dos movimentos marcada por lutas e eventos, já citados anteriormente, foi o ponto de partida para se chegar às reformas de desinstitucionalização, propondo um processo de desconstrução e desmontagem do espaço manicomial, voltando-se à construção de formas diferenciadas de tratamento psiquiátrico ao portador de transtornos mentais.

Sobre esse novo ideário da saúde mental, o portador de transtorno mental passa a ser considerado como sujeito de direitos e não só como um doente, sendo este o enfoque que vêm embasando a estruturação das novas legislações quanto à prestação da assistência ao sofredor psíquico.

As normas legais em saúde mental vêm se consolidando de forma a desenvolverem significativas transformações e evoluções, principalmente no que concerne a transição de um modelo antes voltado à um referencial hospitalar, para um outro centrado na consolidação e expansão de uma rede extra-hospitalar direcionada à uma atenção diversificada com base na comunidade.

Embora houvesse um grande conservadorismo por parte do Governo Collor de Mello, foi possível para a Coordenação de Saúde Mental em nível de Ministério da Saúde, serem tomadas iniciativas no âmbito das políticas formais da Reforma Psiquiátrica. Tentou-se fazer e cumprir as portarias Ministeriais. Como discorre Vasconcelos (2002, p.27): [...] Estas

estabeleceram a normatização e o financiamento (antes restrito apenas aos hospitais psiquiátricos convencionais) para novos serviços de saúde mental, particularmente os de atenção psicossocial [...].

Foram então, no campo das legislações, criadas e regulamentadas importantes portarias relativas à implementação de serviços que substituíssem os dantes existentes.

A primeira portaria da SNAS³ foi a de nº 224 de 29 de janeiro de 1992, a qual discorreu sobre o funcionamento de todos os serviços direcionados à saúde mental, sendo eles o atendimento ambulatorial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e o Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral.

Segundo a portaria:

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. [...] Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar [...]. [...] Podem constituir-se também porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas a saúde mental, considerando sua característica de unidade local e regionalizada [...]. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral [...]. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004, p.243).

Sobre os cuidados com os pacientes internados a mesma portaria descreve:

Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritos (celas fortes);

³ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.(Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004, p.251).

Em agosto de 1994, foram criadas duas portarias da SAS⁴ : a primeira de nº 145 delineou a criação de um subsistema nas três esferas de governo para o controle, avaliação e supervisão da assistência em saúde mental, tendo como objetivo primordial o acompanhamento e avaliação, através de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), aos quais percorriam todo o país para o estabelecimento de critérios de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados; a segunda de nº 147, veio regulamentar o projeto terapêutico no atendimento em saúde mental em cada instituição. Essa portaria discorre sobre os serviços de saúde mental, aos quais são realizados de forma com que estejam de acordo com a necessidade de cada paciente, devendo então oferecer atividades diversificadas, bem como preparação para a alta hospitalar, avaliações médicas, avaliações psicológicas, avaliações sociais, atendimento individual e grupal e abordagem à família. (Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p. 263 e 267).

Contudo, um outro período tem início em 1995, onde como discorre Vasconcelos (2002, p.29), há um “bloqueio às tentativas do avanço da reforma”, devido ao conservadorismo do bloco do poder; a solidificação de uma política neoliberal do governo Fernando Henrique Cardoso e; também decorrente de um esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde.

Entretanto, recentemente, foram conquistados mais alguns avanços quanto a Legislação. Sabe-se, que desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental já se pensava, como grande importância para a reestruturação da assistência psiquiátrica, na criação de lares

⁴ Secretaria de Assistência à Saúde

abrigados. Com isso, em fevereiro de 2000 o Ministério da Saúde criou a portaria 106 que estabelece um modelo de atendimento voltado para aquele proposto pela Reforma Psiquiátrica, são os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, que são casas inseridas nas comunidades, as quais com o apoio das equipes de Saúde Mental serão moradias de ex-internados que não possuem mais vínculos familiares e suporte social por estarem a um longo tempo internados em hospitais psiquiátricos, ou seja, uma modalidade de serviços substitutivos à internação prolongada.

Em 06 (seis) de abril de 2001, foi homologada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso a Lei nº 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental enfatizando novas exigências em relação à Assistência Psiquiátrica oferecida aos portadores de transtornos mentais, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentando a importância de um cuidado especial no que se refere à internação dos mesmos por muitos anos e ainda prevendo punições para os casos de internação involuntária arbitrária ou desnecessária.

Destaca-se, que em seu Art. 1º e no parágrafo único do Art. 2º a lei dispõe, respectivamente, sobre como devem ser assegurados os direitos e a proteção aos portadores de transtornos mentais e em seguida enumera seus direitos.

Segundo a lei:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. [...] São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente

terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p.17)

Em 19 de fevereiro de 2002, foi aprovada a portaria GM⁵ nº 336 em 19 de fevereiro de 2002, a qual atualiza parâmetros que já foram definidos pela portaria nº 224/92, [...] ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando os novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência”. (Ministério da saúde. Legislação em Saúde Mental, 2004, p. 136). Essa portaria discorre sobre os CAPS, aos quais se constituirão das modalidades a seguir: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS ad II.

No ano de 2003 o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva instituiu, através da lei 10.708 o auxílio-reabilitação psicossocial, ao qual irá se destinar aos pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Em seu artigo 1º e em seqüência em seu parágrafo único essa lei discorre:

[...] Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas]. [...] O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado. “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério [...]. (Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p. 23).

No artigo 2º e § (seção) 1º a mesma lei dispõe:

O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por lei. É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo poder executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária. (Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p. 23).

⁵ Gabinete do Ministério da Saúde.

Ainda, coloca em seu artigo 3º e incisos I, II, III e IV que:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta lei que: I – o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por período igual ou superior a dois anos; II – a situação clínica social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III – haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV – seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. 2004, p. 23 e 24).

Essa legislação, [...] estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental”.(Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p.25).

Nesse sentido, é de grande relevância ressaltar a importância do Serviço Social, inserido em uma equipe interdisciplinar, no processo de desinstitucionalização e conseqüente reabilitação do portador de transtorno mental, assim como proposto pela lei supracitada.

Em todo o contexto histórico do Serviço Social, o mesmo foi perpassando pelas mais variadas formas e modos de intervenção dentro do campo de saúde mental. Com o passar dos tempos, foram se reformulando, superando e transformando os referenciais e surgindo novas formas no olhar dessa profissão para a atuação junto à saúde mental. (Pereira , 2002, p.260)

Pereira (2002, p.251 e 252) comenta, que com a Reforma Psiquiátrica [...] os profissionais de Serviço Social puderam perceber sua posição privilegiada para criar novos projetos de intervenção (como por exemplo, atenção domiciliar, projetos de trabalho e moradia, atenção psicossocial etc.)”.

Pitta (2001, p.21), em sua análise sobre “O que é Reabilitação Social no Brasil, Hoje?” coloca, que para a OMS [...] a Reabilitação Social seria o conjunto de atividades

capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”.

Goldberg (2001, p.34 e 45) em seu trabalho “Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS”, ao contar sua experiência com a noção de reabilitação, em específico com pacientes psicóticos, no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, discorre que a reabilitação é um processo que não tem um começo nem um fim definido. A mesma [...] consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece. Tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis. Para se reabilitar um paciente é necessário oferecer continuamente tratamento”. O autor também salienta, em específico sobre o CAPS Professor Luiz da Costa Cerqueira, que a reabilitação foi se desenvolvendo [...] como um processo articulado de práticas (sustentadas por uma trama de conceitos), que não se deteria até que a pessoa acometida por problemas mentais pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição. Tratava-se, enfim, de procedimentos que iam se consolidando e sendo articulados por uma instituição na qual o tratamento não era dimensionado segundo um limite no tempo, e onde se garantia a participação do paciente em todo o processo”.

É sobre essa nova ótica, baseada na consolidação dos direitos, na reabilitação psicossocial, na inserção comunitária e familiar do portador de transtornos mentais, que a seguir iremos focar e detalhar, especificamente sobre os Centros de Atenção Psicossocial, aos quais [...] dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental [...].(Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção psicossocial, 2004, p.78).

1.2.1 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: Um Caminho, Um Novo Olhar para a Prática de Atendimento em Saúde Mental.

A III Conferencia Nacional de Saúde Mental, trouxe em suas bases uma perspectiva além da já reafirmada na II Conferencia Nacional de Saúde Mental. Dela emergiu uma reafirmação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas como fator de maior importância foram firmadas idéias além da condenação aos hospitais psiquiátricos (pois a extinção dos mesmos já é recomendada pela OMS), as quais se direcionaram para a construção de uma rede de atendimentos, trabalhos alternativos e comunitários.

Dessa forma, a rede de saúde constitui-se de equipamentos voltados ao atendimento do sofredor psíquico na esfera Municipal e Estadual, através de serviços que se direcionam para o atendimento do mesmo no âmbito de seu meio social, integrado-o principalmente ao convívio familiar e respeitando-o como sujeito de direito no processo de tratamento, recuperação e reabilitação social.

Na esfera Estadual foram criados os CAPS, aos quais são serviços que além de se incluírem na perspectiva da III Conferência Nacional de Saúde mental, tornaram capaz uma maior democratização no que concerne o acesso à saúde mental.

Tomando como foco inicial, pode-se dizer que o CAPS está incluso em uma rede de atenção à saúde mental, onde precisam estar presentes todos os recursos (afetivos, sanitários, econômicos, culturais, religiosos e de lazer) necessários para que o sofredor psíquico tenha um atendimento realmente integrado e, aos quais devem possibilitar uma fortificação das equipes que trabalham nesse espaço, no sentido do cuidado e reabilitação social desses sofredores que chegam para usufruir dos serviços oferecidos. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.11)

Para ilustrar essa rede:

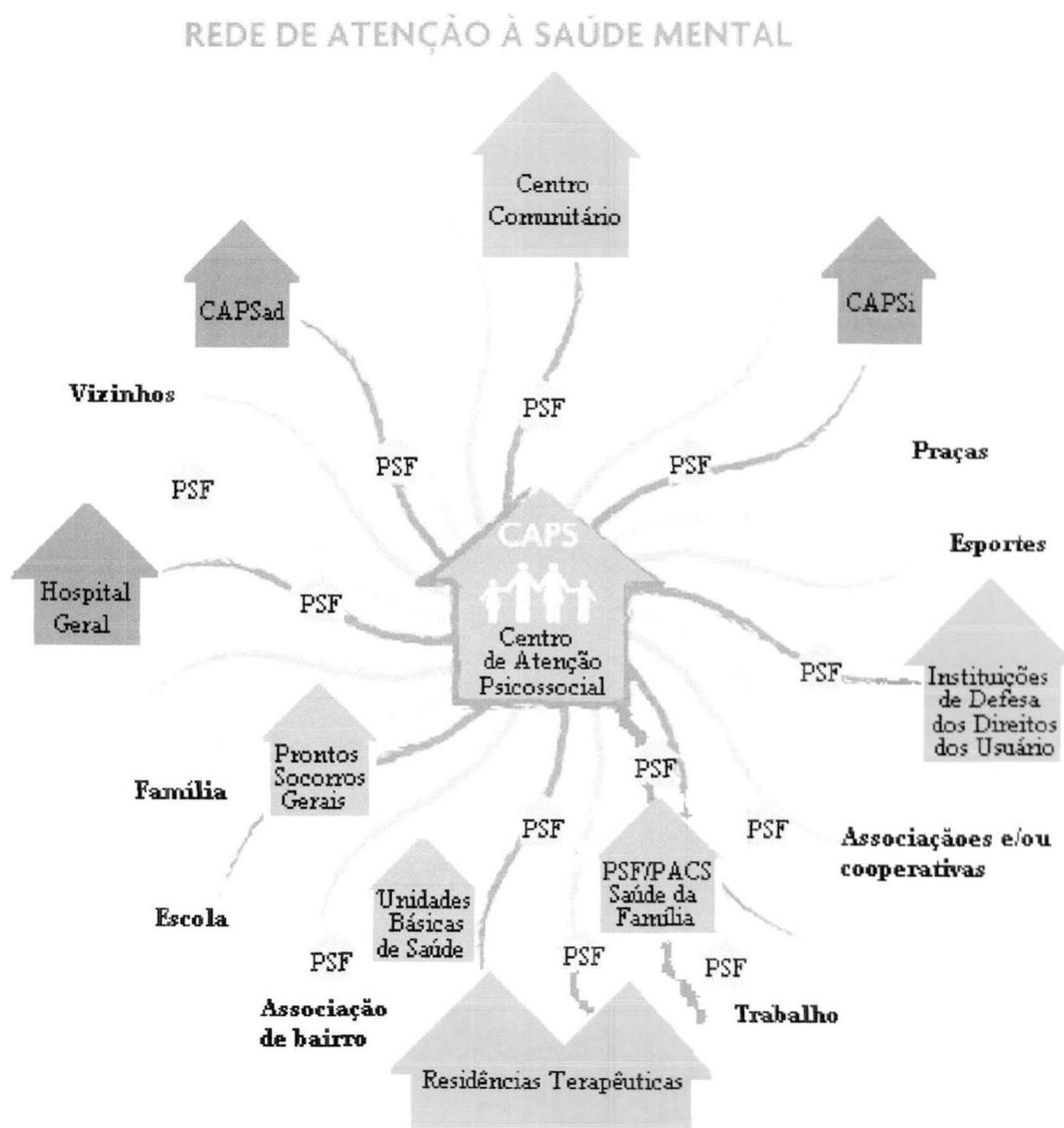


Figura 1: Rede de Atenção à Saúde Mental

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.11.

Os CAPS são serviços que se encontram de forma intermediária entre o atendimento especializado e o atendimento básico. Entretanto, como dispositivos estratégicos que são, trabalham de forma conjunta com as equipes da rede básica, que são o PSF (Programa Saúde da Família) e o PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde). Juntamente a esses

programas o CAPS atua realizando a capacitação, a retaguarda e o assessoramento dos mesmos, tendo como foco principal o cuidado no âmbito domiciliar dos usuários, visando sua promoção através de inclusão na vida comunitária e possibilitando uma maior autonomia em sua vida cotidiana.

De modo geral, no que se refere a essa importante integração do CAPS juntamente com a rede básica (centros ou unidades de saúde locais e/ ou regionais), é de grande importância ressaltar que o CAPS precisa:

a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; c) realizar apoio matricial à equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.(Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.25).

O SUS (Sistema Único de Saúde), ao qual foi instituído pelas Legislações Federais 8.080/1990 e 8142/1990, alicerça-se nos princípios de acesso universal, integralidade das ações, equidade, descentralização dos recursos e controle social nos serviços de saúde. Sendo assim, o CAPS como sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, também precisa seguir os mesmos princípios, redimensionando assim a rede de atenção em saúde mental.

Os CAPS cumprem uma função de atendimento público em saúde mental (junto a sua área de abrangência), por isso precisam ser suficientemente capacitados e servirem de referência e tratamento, de forma prioritária, para aquelas pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes (sendo inclusos também aqueles transtornos associados às substâncias psicoativas como álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes com

transtornos mentais), que impossibilitam esses sujeitos de viver e realizar seus projetos de vida.

Aos seus usuários os Centros de Atenção Psicossocial oferecem cuidado comunitário e personalizado, não havendo restrições quanto aos atendimentos no que se refere aos mesmos terem tido muitas internações, não terem tido nenhuma ou terem sido atendidos em outros serviços de saúde. Sendo assim, cada usuário do CAPS tem seu projeto terapêutico individual, sendo aplicadas às determinações existentes na portaria 336/02 do Ministério da Saúde, onde fala-se em uma inclusão do usuário em três formas de atendimento, tal qual: intensivo (atendimento diário de atenção contínua), semi-intensivo (quando o sofrimento e a desestruturação diminuíram, sendo oferecido um atendimento em até 12 (doze) dias no mês) e não-intensivo (atendimento de suporte não contínuo, oferecido em até 3 (três) dias no mês). (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.15 e 16).

Contudo, o CAPS visa de modo geral:

Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa 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. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.13).

Apesar da portaria 336/02 já ter sido citada sobre essa mesma temática em outro momento do trabalho, ressalta-se a importância de mencioná-la novamente, para um melhor

detalhamento das modalidades dos CAPS e seus dias e horários de atendimento, aos quais ainda não foram delineados:

- O CAPS I: de porte pequeno, destina-se à cidades com população de 20 a 70 mil habitantes, com atendimento à adultos de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas;

- O CAPS II, possui uma estrutura um pouco maior, abrangendo cidades com população de 70 a 200 mil habitantes, com atendimento à adultos de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Podendo ter atendimento em um terceiro período, com o funcionamento até as 21 horas.

- O CAPS III, destina-se à cobertura de cidades com população acima de 200 mil habitantes, com atendimento de 24 horas à adultos, incluindo feriados e finais de semana.

- O CAPSi, destina-se a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais, sendo referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes. Os atendimentos ocorrem de segunda à sexta-feira das 8 às 18 horas. Podendo ter atendimento em um terceiro período, com o funcionamento até as 21 horas.

- O CAPSad, designa-se à municípios acima de 100.000 habitantes. Atende pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Têm funcionamento de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Contudo, poderá ter atendimento em um terceiro período, funcionando até as 21 horas.

Durante todo o tempo em que permanecem nos CAPS os usuários são incluídos nas mais variadas atividades terapêuticas, as quais vão além das consultas e dos medicamentos, mas envolvem atividades individuais, em grupo, comunitárias e outras destinadas aos seus familiares. Entre os recursos terapêuticos que podem ser oferecidos para as pessoas que passam a serem atendidas nos CAPS estão:

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte

social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; Atividades Comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração dos serviços e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários; Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004, p.17).

No que concerne aos recursos humanos que compõem o CAPS, o mesmo necessita ser composto por profissionais de nível superior (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física entre outros que forem necessários) e nível médio (técnicos e/ ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos), aos quais precisam integrar uma equipe multiprofissional. Os CAPS ainda devem contar com equipes de limpeza e de cozinha. Ressalta-se, que cada CAPS precisa obedecer as exigências das suas próprias características (CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPSad, CAPSi). (Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004, p.26).

Em relação ao financiamento dos CAPS, o mesmo pode ser visualizado no quadro:

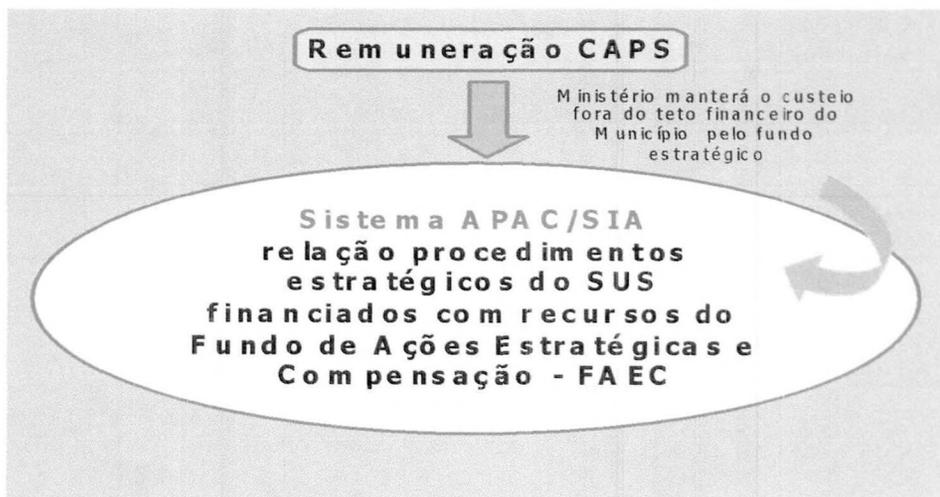


Figura 2: Remuneração do CAPS

Fonte: SES/Programa Estadual de Saúde Mental, 2004.

1.2.2 Política de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina

De acordo com o Programa Estadual de Saúde mental, os serviços devem ser organizados de acordo com os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização, integralidade das ações; com uma diversidade de métodos e técnicas terapêuticas em vários níveis de complexidade e garantia de continuidade em todos os níveis; com uma multiprofissionalidade; com uma ênfase na participação social e por fim com uma assistência centrada na comunidade mantendo o paciente integrado ao meio cultural, familiar e sócio profissional. (SES/ Programa Estadual de Saúde Mental, 2004)

O Programa Estadual de Saúde Mental têm por objetivo:

Conduzir a Política Estadual de Saúde Mental segundo as diretrizes nacionais que, visam a substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, por uma rede de atenção integral, diversificada, intersetorializada e integrada à rede geral de serviços de saúde e a outros recursos sócio-comunitários. (SES/ Programa Estadual de Saúde Mental, 2004)

Os objetivos dessa rede proposta pelo Programa Estadual de Saúde Mental são:

Estabelecer um fluxo que possibilite um melhor acompanhamento e utilização dos serviços disponíveis de acordo com a necessidade do usuário; Mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização de recursos existentes na própria comunidade; Estabelecer parcerias entre setores governamentais e não governamentais para implementar ações e programas de orientação, prevenção e tratamento, pertinentes a problemas específicos apresentados pela comunidade e/ou grupo. (SES/ Programa Estadual de Saúde Mental, 2004)



Figura 3: Composição da Rede

Fonte: SES/ Programa Estadual de Saúde Mental, 2004.

Especificamente em relação ao CAPS, o Programa Estadual de Saúde Mental (2004) coloca como finalidades: Organizar a rede de serviços de saúde mental em seu território; Gerenciar projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer; Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde

mental na rede básica, PSF, PACS; Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área.

Os recursos terapêuticos, os recursos humanos e as modalidades dos CAPS, de acordo com o Programa Estadual de Saúde Mental, são desenvolvidos no mesmo molde daquele proposto pelo Ministério da Saúde, (já citado anteriormente).

Distribuição dos CAPS no Estado:

MUNICÍPIOS	CAPS I	CAPS II	CAPS i	CAPS ad
XAXIM	01			
CHAPECÓ		01		
IÇARA	01			
TUBARÃO		01		
COCAL DO SUL	01			
ITAJAÍ	01		01	
BALNEÁRIO CAMBORIÚ		01		
BRUSQUE	01			
INDAIAL	01			
BLUMENAU		01	01	01
LAGES		01		
SÃO JOAQUIM	01			
CANOINHAS	01			
PAPANDUVA	01			
CONCÓRDIA	01			
CAMPOS NOVOS	01			
JOINVILLE		01		01
JARAGUÁ DO SUL		01		
FLORIANÓPOLIS		02		
IMBITUBA	01			
CAÇADOR		01		
ORLEANS	01			
RIO DO SUL	01			
CRICIÚMA		01		
PALHOÇA		01		
ARARANGUÁ	01			
TIMBÓ	01			
TOTAL	16	12	02	02

Tabela de Distribuição dos CAPS no Estado.

Fonte: SES/ Programa Estadual de Saúde Mental, 2004.

Conforme pudemos contextualizar, a atenção em saúde mental na política do SUS passa a ter atendimento prioritário no âmbito comunitário, na perspectiva de uma proposta

para a desinstitucionalização como forma de garantir melhor qualidade de vida, efetividade e reinserção social dos portadores de transtornos mentais, em face da possibilidade de ter atenção qualificada no seu meio familiar e social. A descentralização possibilita essas condições, evitando o segregamento em instituições em que o portador tenha que se deslocar do seu meio social e, nessa situação acabe sendo excluído, induzindo até uma estigmatização. Face a esta prática, foram-se instituindo de forma gradativa serviços de atenção à saúde mental, entre esses está o CAPS de Imbituba, que é gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde de Imbituba, a qual detalharemos, pois foi onde desenvolvemos nossa prática interventiva de estágio no período de março a julho do corrente ano.

1.3 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I: UMA PARCERIA NO DIRECIONAMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE IMBITUBA.

1.3.1 Caracterização da Secretaria Municipal da Saúde de Imbituba.

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Imbituba foi criada a partir da Lei n.º. 306 do dia 04 de agosto de 1972, pelo prefeito Edward Eusébio de Araújo, que fixou, através desta Lei, a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Imbituba. Com isso, foram estabelecidas à Secretaria incumbências nas atividades de assistência médico-social aos habitantes do Município, mediante a administração das unidades de saúde.

Até o ano de 1998, a Secretaria da Saúde do Município tinha sua Gestão voltada a Atenção Básica, sob responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, onde os prestadores de serviços (Hospital, Laboratórios, Clínica de Rx) enviavam seus disquetes à Secretaria do Estado da Saúde para apresentação dos serviços realizados, a qual encaminhava ao Ministério

da Saúde e este repassava os recursos diretamente para a conta destes prestadores e para a Secretaria Municipal.

Todavia, após a NOB/SUS (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde) de janeiro de 1996, a qual previa que os municípios poderiam habilitar-se em Gestão Plena, permitiu-se à transferência regular e automática de responsabilidade do Ministério da Saúde diretamente para o Município, ficando com este último à responsabilidade de repassar os recursos para a conta dos prestadores de serviços.

Em 13 de julho de 1998 adotou-se então, o Sistema de Gestão Plena Municipal onde, até hoje, o município assume todas as responsabilidades com seus prestadores, estando entre elas a contratação de atendimentos especializados, garantia de prestação de serviços aos usuários, gerenciamento de unidades próprias, controle avaliação e auditoria de pagamentos, enfim, uma série de responsabilidades que se tornam obrigatórias após o Município ter se inserido nessa forma de Gestão, tendo em vista que o Estado e o Ministério encontram-se a realizar auditorias, com o objetivo de visualizar se as metas estabelecidas estão realmente sendo cumpridas.

A Secretaria Municipal de Saúde, antes mantida pela Prefeitura Municipal de Imbituba, teve sua descentralização decretada no dia 14 de dezembro de 1998, pelo prefeito Osni Souza Filho, através da Lei n.º. 992 que criou o Fundo Municipal de Saúde, ao qual tinha por objetivo dar à Secretaria uma maior autonomia para coordenar os seus recursos, ficando a prefeitura responsável somente pela nomeação dos cargos da Secretaria e pelo repasse dos recursos necessários para a folha de pagamentos.

Hoje, a Secretaria Municipal da Saúde do município de Imbituba compõe-se de 21 unidades de saúde e mantém sua estrutura com a colaboração de 177 funcionários, sendo que 30 são efetivos, 83 concursados (admitidos através de concurso público), 42 contratados

(cargos comissionados), 18 concursados do Estado e 4 concursados Federais à disposição do Município.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, os objetivos concernentes à Secretaria no ano de 2004 são: oportunizar melhores condições de atendimento nas Unidades de Saúde e Ambulatórios Municipais equipando-os adequadamente; ampliar e implementar programas e projetos de saúde, oferecendo a população uma saúde de qualidade; informatizar os serviços das Unidades de Saúde e Secretaria Municipal da Saúde; estruturar o P.A.M.M. (Posto de Atendimento Médico Municipal); instalar um incinerador para atender as Unidades de Saúde; instalar uma lavanderia central, que atenda a demanda de roupas utilizadas nas Unidades de Saúde; reestruturar e aperfeiçoar, para maior eficácia e segurança, os atendimentos do Hospital São Camilo.

A Secretaria da Saúde implantou durante a gestão atual e também durante as anteriores, vários Programas de Saúde, aos quais são:

- Programa de Atenção à Saúde da Mulher e Gestante;
- POA (Plano Operativo Anual), com o objetivo de redução da incidência da infecção pelo HIV/ AIDS e de outras DST's;
- Programa para Diabéticos e Hipertensos, com o objetivo de dar atenção através da orientação aos portadores;
- Planejamento Familiar, que tem por objetivo orientar e esclarecer os casais sobre os métodos contraceptivos;
- Programa Saúde Bucal, o objetivo se direciona no sentido de prestar informações aos alunos, professores e pais da rede de ensino do município, para a diminuição dos problemas relativos à cárie dentária nas crianças na faixa etária de 06 a 14 anos;
- PSF (Programa Saúde da Família), que já funciona com 9 unidades de saúde e têm por objetivo desenvolver ações de recuperação, prevenção, proteção e promoção à saúde.

- PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), com a finalidade de atualizar a situação de saúde da população, proporcionando um relacionamento mais integrado entre a população e os serviços de saúde;

- TFD (Tratamento Fora do Domicílio);

- Programa Órtese e Prótese, que tem por objetivo fornecer óculos e próteses dentárias à pessoas carentes do município;

- Programa Tuberculose, que tem por objetivo informar a população sobre a doença, proporcionando atendimento e acompanhamento médico, seguido da medicação para o tratamento e posterior cura;

- Programa Hanseníase, que tem por objetivo a informação, acompanhamento médico e a medicação para o tratamento;

- Programa de Vigilância Sanitária, com o objetivo de desenvolver ações capazes de eliminar ou diminuir riscos e agravos da saúde da coletividade decorrentes da produção e circulação de bens de consumo.

- Desde março de 2003 a Secretaria oferecia o Programa de Saúde Mental. Atualmente este foi ampliado e transformado em CAPS I (Centro de atenção Psicossocial I), ao qual detalharemos em outro momento.

A Secretaria Municipal de Saúde atende a população Imbitubense usuária do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo referência também aos municípios de Imaruí, Garopaba e Paulo Lopes no que concerne a algumas especialidades médicas e atendimentos hospitalares que estes municípios não dispõem.

O Serviço Social dentro do contexto da Secretaria da Saúde, está dividido entre 04 Assistentes sociais da instituição, sendo 03 concursadas e 01 contratada.

O trabalho do Serviço Social é dividido entre três setores, um voltado aos programas, outro ao atendimento direto com o usuário e um último dentro do Centro de Atenção Psicossocial I.

De modo geral, dentre as atribuições concernentes ao Serviço Social na Secretaria de Saúde estão: levantamento de endereços, atendimento individual, atendimento familiar, cadastro de usuários, triagem, treinamento de pessoal voluntário, reuniões para avaliação, formação de grupos de pacientes, formação de grupos junto aos familiares dos pacientes, acompanhamento de caso dos pacientes, reuniões para estudo de caso, visitas domiciliares, palestras educativas, entrevistas, assembléias com os usuários e suas famílias, reuniões com equipes técnicas, entre outras.

1.3.2 Apresentando a Implantação e Serviços do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) no Município de Imbituba.

Como citado anteriormente, os CAPS foram criados na direção da prestação de serviços na área de saúde mental, aos quais destinados a acolher portadores de transtornos mentais, através de categorias de serviços (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i), onde cada qual possui diferentes atribuições.

Sabendo disso, e cientes de um grande aumento da demanda no Programa de Saúde Mental que a Secretaria da Saúde de Imbituba já dispunha, percebeu-se a necessidade do envio de um projeto para o Ministério da Saúde solicitando a implantação de um CAPS I, ao qual no dia 20 de janeiro do corrente ano foi aprovado e está em processo de adequação.

Foi dentro do CAPS I de Imbituba, que realizamos uma prática interventiva no estágio curricular. E é contextualizando esse espaço de prática, que nos aprofundaremos sobre o mesmo através da portaria 336/02 do Ministério da saúde, a qual discorre sobre essa

modalidade de CAPS dentre outras (assim como já citado) e, falaremos em específico sobre o CAPS I de Imbituba inserido dentro dessas exigências do Ministério da Saúde.

De acordo com a portaria nº 336/02 do Ministério da Saúde, o CAPS I deve ter as seguintes características:

- a) Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c) Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) Funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p.126)

A mesma portaria regulamenta que a prestação da assistência aos portadores de transtornos mentais no CAPS I deve ser permeada pelas atividades a seguir:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, *grupo operativo*⁶, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p.126 e 127)

Em relação aos recursos humanos para um CAPS I, essa mesma portaria também discorre que:

⁶ Grifo Próprio.

A equipe técnica mínima para a atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Menta, 2004, p.127)

Em específico ao CAPS I de Imbituba, pode-se dizer que o objetivo do mesmo é proporcionar melhor qualidade de vida aos sofredores psíquicos, residentes no município de Imbituba, oferecendo uma assistência especializada necessária, a fim de promover a reintegração social dos mesmos.

Dentro do estágio realizado no CAPS I em Imbituba, pôde ser vivenciada somente uma parte da realidade disposta na lei supracitada, pois o mesmo se encontra em processo de adequação, levando em consideração sua recente aprovação.

No CAPS I de Imbituba ainda não é realizado um trabalho integrado junto ao PSF e ao PACS, provocando uma desarticulação, pois o PSF, principalmente, não é eficiente na atenção aos casos leves, e tampouco atende as urgências, encaminhando, em sobrecarga, ao CAPS I.

O horário de funcionamento real do CAPS I de Imbituba para o atendimento de 700 usuários é realizado nas segundas e quintas-feiras das 8 (oito) as 12 (doze) h e das 13:30 (treze e trinta)h as 18 (dezoito) h; nas terças, quartas e sextas-feiras das 7 (sete) as 13 (treze)h.

Quanto aos recursos humanos, o CAPS I de Imbituba não dispõe atualmente de todo o aparato disposto na portaria citada, tendo como profissionais atuantes: 01 (uma) Assistente Social e Coordenadora, 01 (um) Médico Psiquiatra, 01 (uma) Psicóloga, 01 (uma) Assistente de Saúde, 01 (uma) Técnica em Enfermagem, 01 (uma) Estagiária de Serviço Social.

A equipe que compõe o CAPS I, disponibiliza aos usuários atendimentos individuais com o fornecimento de medicamentos, com as atividades psicoterápicas, com as orientações em geral, e também atendimentos aos familiares que são realizados através de orientações individuais e encaminhamentos em geral. Além disso, são também realizadas atividades terapêuticas, entre as quais uma de abordagem grupal através de um Grupo Operativo de Ajuda Mútua e outra com uma oficina de tricô.

Segundo o Ministério da Saúde, Portaria 189 da SNAS de 19/11/1991, o atendimento em oficinas terapêuticas se caracteriza como “atividades grupais de socialização, expressão e inserção social”.

Dentro do Serviço Social, em específico, esses atendimentos são realizados, assim como discorre Gentili (1998, p.58 e 59) sobre os atendimentos do tipo “casework” (Serviço Social de casos):

São atendimentos derivados de uma abordagem que considera as dificuldades subjetivas do “cliente”, decorrentes de conflitos em processos interativos complexos e de mudanças nas relações pessoais, ou ainda derivadas de vínculos sociais e funcionais, problematizados sempre da perspectiva psicossocial. Nesses casos, as demandas dos usuários envolvem assuntos difíceis, problemas emocionais ou de saúde (reabilitação, *doenças mentais*⁷, neurológicas, alcoolismo, doenças crônicas, terminais, internamentos, emergências, abandono, violência, conflitos de trabalho, desemprego, luto, perdas sociais diversas, etc). As informações podem ser prestadas tanto aos usuários, quanto aos seus familiares.

O Serviço Social no CAPS I de Imbituba vêm desenvolvendo uma atividade interdisciplinar⁸, onde tem se constituído uma equipe com competências para trabalhar junto ao usuário do serviço de saúde, abordando-o como sujeito de direitos e incluindo-o no seu âmbito familiar e, é nessa prática que se busca conhecer e aprofundar as causas x relações do sofredor psíquico no seu meio familiar e social.

⁷ Idem nota 6.

⁸ “A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre campos implicados[...]. (Vasconcelos, 2002, p. 47)

1.3.3 O Serviço Social no Contexto da Saúde.

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que se consolidou e ampliou o conceito de saúde como um direito. A mesma, trouxe ainda em seu artigo 194 e 196, respectivamente, que:

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, a previdência e a *assistência social*⁹. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esses artigos trazem consigo a idéia de que a seguridade social é composta pelo tripé previdência social, saúde e assistência social, as quais são independentes de contribuição, não havendo nenhum requisito prévio para a viabilização das mesmas. Ainda discorre, que a saúde constitui-se um direito de todos os cidadãos e é de competência do Estado a viabilização dos mesmos.

Entretanto, pode-se ressaltar que foi a partir Constituição Federal de 1988, que as discussões sobre um novo sistema de atenção à saúde se consolidaram. O Sistema Único de Saúde (SUS), surge então como uma forma de reorganização e universalização das ações em saúde.

A Lei 8080/90/SUS, veio regulamentar os artigos existentes na Constituição Federal, o que fez estabelecer um novo modelo de política de saúde. O SUS veio se consolidar como um modelo de política de caráter social, direcionada para o reordenamento dos recursos e serviços na área da saúde-assistência e médico-sanitária do país, sendo definida pelos princípios: Universalidade do acesso à saúde em todos os níveis de assistência; Equidade do

⁹ Idem nota 6.

atendimento quanto às necessidades específicas de cada grupo, classe social ou região; e Integralidade das ações no que confere a prevenção, promoção e cura.

As diretrizes básicas para a operacionalização do SUS abrangem: regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; resolutividade em todos os níveis de assistência; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo; participação ativa da população no que se refere ao controle das ações em saúde; e a complementaridade do setor privado.

A partir da consolidação do direito à saúde de forma integral e universal com o SUS, surgiram novas exigências aos profissionais que trabalhavam nessa área. Dentre esses profissionais estava o Assistente Social, ao qual juntamente com os outros profissionais precisou expandir seu olhar de forma a desprender uma visão mais totalizada na sua intervenção dentro desse novo sistema de saúde.

Essa visão de saúde quanto à questão da intervenção profissional interdisciplinar, foi regulamentada pela Resolução nº 218 de 06 (seis) de março de 1997, pelo Conselho Nacional de Saúde, onde se reconhece a inclusão de diferentes categorias como profissionais de saúde, entre essas se destaca os Assistentes Sociais.

Essa Resolução discorre:

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Terceira Reunião ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que: • a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social; • a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; • a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e • o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. Resolve: I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as

seguintes categorias: 1. *Assistentes Sociais*¹⁰, 2. Biólogos, 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS-1990), para justificar a ação do Serviço Social junto à área da saúde, traz o conceito da VIII Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

O CFESS (1990) coloca, que todas as condições apontadas no conceito supracitado são os “ingredientes sociais” dentro do processo saúde-doença. Portanto, para uma atuação mais aprofundada junto às questões provenientes das mais variadas relações sociais que afetam a saúde, faz-se necessário a abordagem do Assistente Social, ao qual é o especialista mais capacitado para essa forma de intervenção.

Quanto à inserção do assistente social junto a uma equipe de saúde, o mesmo insere-se como um profissional [...] que articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido em todos os níveis nos programas de saúde[...]. O assistente social tem como competências no trabalho em saúde [...] intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, que seja a nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde”. (CFESS, 1990)

Iamamoto (1997, p.14) em sua análise discorre, que “Os Assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os

¹⁰ Idem nota 6.

indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, *na saúde*¹¹, *na assistência social pública*¹², etc.

Nesse sentido, a Lei 8.662, de 07 (sete) de junho de 1993, disciplina o exercício da profissão do Assistente Social, salientando as funções essenciais do mesmo e habilitando-o para o trabalho interdisciplinar. Os respectivos artigos 4º e 5º desta Lei têm como foco as competências e atribuições do Assistente Social:

Art.4º- Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV- (VETADO); V - 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; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º - Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e

¹¹ Idem nota 6.

¹² Idem nota 6.

comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social. X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Quanto à intervenção profissional especificamente no contexto da saúde, segundo o CFESS (1990), o assistente social pode exercer as seguintes funções nesta área:

Assessoramento: Prestar assessoria técnica na elaboração de planos, programas e projetos junto à Direção, às Chefias, Equipes Multiprofissionais, Instituições e população usuária. Intervenção Social: Garantir a ação do Serviço Social dentro dos objetivos propostos pelos profissionais permitindo o atendimento da população usuária a nível individual, grupal ou comunitário, em consonância com suas atribuições específicas. Educação Social: Engajar efetivamente a população usuária no processo saúde/ enfermidade tornando-a um agente participante na Instituição e na comunidade, através de um conjunto de ações, sejam estas individuais ou grupais, com a finalidade de reforçar ou substituir padrões, divulgar o conhecimento adquirido, garantindo real aproveitamento dos recursos existentes. Assistencial: Prestar serviços concretos com vistas à solução de problemas imediatos, apresentados pela população usuária dentro dos recursos e critérios institucionais e/ou através de encaminhamentos a recursos das própria instituição ou da comunidade. Pesquisa Social: - Promover o levantamento de dados relacionados aos aspectos sociais evidenciados na população usuária, demonstrando as relações de causa e efeito encontradas, correlacionando-as ou não ao aspecto saúde/enfermidade; - Identificar e conhecer a realidade social; - Verificar a eficácia da ação profissional. Ensino e supervisão: - Proporcionar aos estudantes de Serviço Social, condições de aprendizado de acordo com as possibilidades da Unidade, tendo em vista as exigências curriculares e as disposições institucionais, - Proporcionar treinamento e reciclagem aos profissionais de Serviço Social na sua área e sobre assuntos relativos á política institucional, - Participar em treinamento de profissionais de outras áreas a fim de dar conhecimento das funções e atribuições do Serviço Social na Unidade. Ação Comunitária: - Propiciar a participação em vários níveis da comunidade, a ser trabalhada de modo a favorecer o desencadeamento do processo de Desenvolvimento de Comunidade, do qual é uma etapa.

Dentro do contexto da saúde o assistente social realiza sua intervenção nos mais variados programas, entre os quais estão o de Assistência Integral à Mulher; de Criança e

Adolescente; de Atenção Integral ao Adulto; de Saúde Bucal; de Vigilância Epidemiológica, de *Saúde mental*¹³; de Atendimento Emergencial; de Reabilitação e Idoso. (CFESS, 1990). As atribuições do assistente social, segundo o CFESS (1990), nesses Programas de Saúde são:

- Estimular a pesquisa social para subsidiar as ações de controle; - Realizar perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre matérias específicas do Serviço Social; - Esclarecer o usuário quanto aos direitos sociais, mobilizando-os ao exercício da cidadania; - Elaborar, coordenar, executar treinamentos, avaliação e supervisão para profissionais, estagiários e equipes ligadas aos Programas e projetos da Instituição; - Estabelecer encaminhamento e orientações sociais, junto aos indivíduos, grupos e populações relacionados a fenômenos sociais junto à área da saúde; - Promover o estudo sócio-econômico para fins de elegibilidade dos usuários aos Serviços Assistenciais oferecidos pelas instituições; - Promover e executar projetos integrados com instituições e interessados na ação preventiva e educativa da saúde, assim como na complementação de Assistência Integral à saúde; - Atuar na integração da instituição com as associações comunitárias e entidades não-governamentais, no planejamento, assessoria, implementação e avaliação de programas e projetos na área da saúde; No aspecto epidemiológico: - Discutir as questões sociais constitutivas da saúde coletiva, para subsidiar a formulação do diagnóstico/tratamento, bem como o desenvolvimento de programas de saúde; - Desencadear e/ou estimular o processo de participação, no sentido da incorporação de suas demandas pelos serviços de saúde; - Atuar na intermediação entre a equipe de saúde, o usuário e sua família; - Realizar o acompanhamento social do tratamento de saúde; - Orientar os usuários, seus responsáveis e/ou familiares, nas situações sócias oriundas do processo de saúde/doença, nas suas diversas fases, aplicando as técnicas de serviço social; - Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais e sociais e da comunidade, face as situações médico-sociais constatadas.

Costa (2000, p. 62), em sua análise sobre a inserção dos assistentes sociais na área da saúde, afirma que,

[...] o assistente social necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo

¹³Idem nota 6.

orgânico entre os níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais [...].

Nessa perspectiva, o Assistente Social se insere nos diversos serviços de atenção à saúde, sendo que ao estar incluso em um contexto de ação interdisciplinar, resgata entre suas práticas a condição dos sujeitos no processo de saúde à nível de prevenção, tratamento e acompanhamento, onde este tem papel fundamental em relação à defesa e conquista no acesso de recursos e meios terapêuticos dispostos pelas políticas públicas na área da saúde e Assistência Social.

Com relação aos serviços de atenção à Saúde Mental, onde o Assistente Social é muito requisitado, este além de exercer as funções e atribuições que já são específicas da profissão, insere-se na equipe interdisciplinar com uma atuação marcada pela criação, articulação e monitoramento de grupos. São nestes grupos, que as questões de saúde são debatidas e refletidas juntamente aos sujeitos participantes, onde os mesmos se reúnem em torno de objetivos comuns, tanto na perspectiva de ajuda mútua (grupo terapêutico), quanto na perspectiva de estarem desenvolvendo práticas de enfrentamento em busca de soluções para suas demandas específicas, operacionalizando propostas e refletindo ao mesmo tempo sobre seus problemas e alternativas para a superação de suas dificuldades (grupo operativo).

Em sua obra “Classificação Geral dos Grupos”, Zimerman (1997, p.75) coloca que existem as mais variadas e distintas modalidades de classificação de grupos, as quais são fundamentadas [...] no critério das finalidades a que se destina o grupo [...].

Em específico ao grupo operativo, citado anteriormente como possível objeto de trabalho do Assistente Social nos serviços de atenção à saúde mental, o autor coloca que [...] A conceituação, a divulgação e a aplicação dos grupos operativos devem muito ao

ED EM SAÚDE

psicanalista argentino Pichon Rivière, que desde 1945, introduziu-os e os sistematizou [...] (1997, p. 76)

O mesmo autor ainda coloca, que existem vários campos que cobrem os grupos operativos, entre eles está o terapêutico ao qual é considerado pelo autor como, “grupos operativos terapêuticos” que [...] visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo, ou em ambos ao mesmo tempo”. Contudo, o autor fala, que nessa modalidade de grupo a denominação mais utilizada é “grupos de auto-ajuda” ou “grupos de mútua ajuda” , aos quais podem ser formados de forma espontânea por pessoas que se sentem identificadas por alguma razão e querem se ajudar reciprocamente, ou pode ser formado pelo estímulo de um profissional, ao qual coordena o grupo. (1997, p.77).

Barros (1997, p.107), detalha sobre os grupos de auto-ajuda ou de mútua-ajuda, falando que os mesmos procuram [...] auxiliar as pessoas a resolver seus problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acometimento de doenças de natureza aguda e, em especial, crônica; aos transtornos aditivos; às incapacitações; a situações de causas existenciais e a traumas. São grupos homogêneos no sentido de que seus participantes passam pelo mesmo sofrimento”.

Nesse contexto de intervenção, a ação profissional se dá através de um processo, ao qual permita que os participantes desenvolvam-se no sentido emocional, intelectual e social.

A partir dessa contextualização da intervenção profissional do assistente social na área da saúde em específico, com um foco na atuação junto aos usuários portadores de transtornos mentais, é que direcionamos uma proposta no sentido de articular e constituir uma abordagem grupal, como uma prática de saúde coletiva, com o objetivo de ampliar a participação dos usuários no serviço de saúde mental do CAPS I no município de Imbituba, buscando-se, assim, a superação, o enfrentamento e a reabilitação social no processo de

recuperação da saúde desses sujeitos, visto que de modo geral, esses usuários apresentam problemas de adesão e socialização decorrentes e/ou agravados pelas limitações impostas pelo transtorno mental que os acometem.

1.3.3.1 Caracterizando o Transtorno Mental

Pode-se dizer, que os termos utilizados para a identificação do indivíduo como “portador de transtornos mentais ou doentes mentais” querem aludir que esses sujeitos estão acometidos por [...] um conjunto de sintomas psíquicos ou de alterações no comportamento que, em geral, estão associados a sofrimento psicológico e prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa”.¹⁴

Os transtornos mentais, não são doenças comuns como as outras; não obstante ser persistente a existência de sintomas físicos, o que mais predomina não são os mesmos. Os transtornos se apresentam com um foco mais acentuado no modo do indivíduo perceber, pensar, sentir e agir.

Contudo, é mister falar que os transtornos mentais possuem uma determinada classificação, sendo a mesma identificada de acordo com sua principal causa, idade do acometimento e pelos traços caracteriológicos daqueles sintomas que são mais comuns.

Dessa forma, os transtornos mentais podem ser classificados como:

[...] Transtornos mentais orgânicos (como a demência arterioesclerótica dos idosos e a Doença de Alzheimer), os transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool e outras drogas (como a cocaína), a esquizofrenia, os transtornos do humor (como a depressão e o transtorno bipolar), os transtornos ansiosos (como as fobias, o pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, a hipocondria e as somatizações), os transtornos alimentares (como a anorexia e a bulimia), os transtornos do sono (como a insônia e o sonambulismo), os transtornos sexuais, os transtornos da

¹⁴ Informações retiradas do site: <<http://www.soesq.org.br/transtment.htm>>. Acesso realizado em: 24/10/2004.

personalidade, a deficiência mental e outros transtornos próprios da infância (como o autismo e o déficit de atenção)".¹⁵

Para delinear sobre os transtornos mentais que mais perpassam no CAPS I do município de Imbituba, recorreu-se a CID 10¹⁶, a qual classifica os transtornos mentais e caracteriza cada um em sua especificidade. Portanto, os transtornos mentais que mais são freqüentes no CAPS I de Imbituba são:

Esquizofrenia:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

Transtornos ansiosos:

Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica] - A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

Ansiedade generalizada - Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão

¹⁵ Informações retiradas do site: <<http://www.soesq.org.br/transtment.htm>>. Acesso realizado em: 24/10/2004.

¹⁶ Informações retiradas do site: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cap05_3d.htm>. Acesso realizado em: 24/10/2004.

muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos.

Transtornos de Humor:

Transtorno afetivo bipolar - Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Episódios depressivos - Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Transtorno depressivo recorrente - Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32.-) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania). O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e por vezes precipitados por um tratamento antidepressivo. As formas mais graves do transtorno depressivo recorrente (F33.2 e F33.3) apresentam numerosos pontos comuns com os conceitos anteriores da depressão maníaco-depressiva, melancolia, depressão vital e depressão endógena. O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à senilidade, sendo que o início pode ser agudo ou insidioso e a duração variável de algumas semanas a alguns meses. O risco de ocorrência de um episódio maníaco não pode jamais ser completamente descartado em um paciente com um transtorno depressivo recorrente, qualquer que seja o número de episódios depressivos apresentados. Em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado pelo de transtorno afetivo bipolar (F31.-)".

Entre essas tipologias de transtorno mental, a que se destacar a depressão, pois essa foi o objeto de maior contato no estágio realizado no CAPS I de Imbituba.

O contato de maior consistência do Serviço Social com o transtorno depressivo, deu-se do resultado de um projeto interventivo aplicado junto a algumas mulheres com quadro depressivo, através da formação de um Grupo Operativo de Ajuda mútua. Trabalho este, que será detalhado no capítulo a seguir.

2 DIMENSIONANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A REALIDADE DAS MULHERES COM QUADRO DEPRESSIVO: “UMA EXPERIÊNCIA EM CENA”.

2.1 A DEPRESSÃO: CARACTERIZANDO OS PRINCIPAIS ASPECTOS DO TEMA.

Na história do homem, ao longo dos séculos, estudou-se, observou-se e registrou-se a presença da depressão, sendo a mesma identificada como melancolia em textos antigos e em relatos de Hipócrates datados do séc. IV a.C. Contudo, foi a partir do século XX, que o termo depressão (no latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), ou seja, “empurrar para baixo”), foi assumido pela medicina, sendo difundido com mais força junto aos profissionais da área da saúde. (Lorençatto, 2003, p.9)

Del Porto (1999), em sua obra “Conceito e Diagnóstico”, indica que “O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s)”.

A despeito dessas três formas por que se desenvolve a depressão, o autor supracitado coloca na mesma obra, primeiramente, que a tristeza, bem como a felicidade, são sentimentos normais que perpassam pelo estado psíquico dos indivíduos e que “colorem o fundo afetivo” dos mesmos. “A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades [...]. Já a questão da depressão sob a vertente de um sintoma, a mesma pode se manifestar na forma de vários quadros clínicos, tais como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc, sendo ainda observada como resultado de situações que se demonstrem estressantes, ou devido as mais diversas situações de caráter social e econômico. Finalmente, enquanto uma síndrome, a depressão é expressa tanto com alterações no âmbito do humor como

irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia, quanto devido a outros fatores como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite). (Del Porto, 1999)

Segundo Lafer e Del Porto (1999) “a depressão afetará de 15% a 20% da população em algum momento de suas vidas, tendo, por isso, que ser vista como um problema de saúde pública no mundo todo [...]”.

Lafer e Del Porto (1999) também comentam, que a Organização Mundial de Saúde, em um grande estudo sobre o “Impacto das Doenças Globais”, avaliou a depressão como uma das doenças que mais compromete e trás sofrimento. Ainda, enfatiza, que os custos (diretos com o diagnóstico e tratamento e os indiretos com a perda de produtividade no trabalho e mortalidade por suicídio) com esse tipo de enfermidade são bem grandes, além de causarem enormes sofrimentos aos indivíduos acometidos e às suas famílias.

A Organização Mundial da Saúde, em seu último relatório sobre estudos da depressão, detectou que a depressão é mais corrente em mulheres, tendo como estimativa a prevalência da depressão em homens em 1,9 % e em mulheres 3,2%.¹⁷

Visto as várias questões apontadas acima, Del Porto (2003) em sua publicação “50 FAQ – Frequently Asked Questions: Depressão” aponta que a depressão é tida, muitas vezes, como uma condição não grave ou até mesmo como uma doença classificada como “falsa”, no entanto, ela é uma das maiores causas no que concerne a incapacitação social. Não obstante, a depressão ser tratável, na maioria das vezes ela não é detectada e ou diagnosticada, o que acaba tornando freqüente sua cronificação, sua reincidência, e ainda trazendo prejuízos da qualidade de vida, além do preço social.

Na mesma obra, Del Porto comenta, que de acordo com OMS em colaboração com o Banco Mundial, na década de 90 a depressão foi tida como a quarta causa de incapacitação social, sendo que a expectativa é de que seja a segunda causa de incapacitação em 2020.

¹⁷ Informações retiradas do site: www.psiqweb.med.br/depressao-causas.htm. Acesso realizado em: 17/10/2004.

Del Porto (2003), ao evidenciar o planejamento do tratamento para a depressão, o mesmo resgata o modelo de Kupfer (J. Clin. Psychiatry 52, Supp.5:28-34, 1991), que traz as fases a seguir:

1. Fase aguda: inclui os dois ou três primeiros meses, e deve ter como objetivo a remissão dos sintomas (ou, pelo menos significativa redução dos mesmos). Se não houver completa remissão e retorno aos níveis de funcionamento pré-mórbido, devem ser adotadas novas estratégias para a condução do tratamento (troca ou combinação de medicamentos, medidas psicossociais de apoio, uso de métodos de estimulação cerebral, como a ECT¹⁸, etc.). **2. Fase de continuação:** corresponde ao período que vai do terceiro ou quarto até o sexto ou nono mês do tratamento, e tem como objetivo manter a melhora inicialmente conseguida. Se o paciente apresentar novamente sintomas depressivos neste período, depois da melhora inicial, fala-se em recaída (dentro do mesmo episódio depressivo). **3. Fase de manutenção:** visa evitar recorrências (novos episódios depressivos). Deve-se instituir um tratamento de manutenção sempre que o paciente apresentar tendência a recorrência.

Quanto ao tratamento medicamentoso e psicoterápico, o mesmo autor destaca que estudos demonstraram que os mais variados tipos de psicoterapias (psicoterapia cognitiva, psicoterapia interpessoal e a psicoterapia com foco na resolução de problemas), são formas de tratamento bastante eficazes no que concerne ao tratamento de pacientes deprimidos, sendo particularmente efetivos juntamente a pacientes com depressões leves e moderadas. Contudo, nas depressões consideradas mais graves, há a utilização de medicamentos antidepressivos (apoiados em estudos controlados), sendo que em alguns centros especializados associa-se a abordagem medicamentosa à psicoterapia ou abordagem psicopedagógica, sendo este procedimento de suma importância para aqueles pacientes com um quadro já crônico e recorrente. A orientação às famílias também se tornou um procedimento comum e importante para o tratamento dos pacientes deprimidos.

¹⁸ Para maiores informações consultar Del Porto (2003) em sua publicação “50 FAQ – Frequently Asked Questions: Depressão”.

2.1.1 A Feminização da Depressão: Aspectos do Transtorno no Contexto Feminino.

Pode-se dizer, que em geral, o risco de um homem ou de uma mulher desenvolver um transtorno psiquiátrico é semelhante. Todavia, existem diferenças bastante consistentes no que concerne a possibilidade de uma pessoa desenvolver algumas doenças em específico, entre essas esta o transtorno depressivo, pois o risco nesse caso é maior para mulheres do que para homens.(Yonkers e Steiner, 2001, p.3)

Quanto a essa questão, nas diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão consta, que “a prevalência de depressão é duas a três vezes mais freqüente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, em comunidades e com pacientes que procuram serviços psiquiátricos”. (Fleck; Lafer; Sougey *et al*, 2003)

Lorençatto (2003, p.10), ao analisar o aspecto da depressão ser maior em mulheres do que em homens, comenta que esse fato pode [...] estar associado aos aspectos biopsicossociais, como as oscilações hormonais, o estresse diário e a sobrecarga de tarefas profissionais e familiares que muitas vezes comprometem a qualidade de vida dessas mulheres, propiciando ou desencadeando um episódio depressivo”

Yonkers e Steiner (2001, p.1) em seu estudo sobre “Depressão em Mulheres”, destacam que,

Estudos epidemiológicos realizados em diversas partes do mundo demonstram, de forma convincente, que a prevalência de transtornos de humor em adultos, ao longo da vida, é significativamente maior entre as mulheres do que entre homens.[...] A incidência de transtornos de humor entre mulheres é particularmente significativa durante o período de sua vida reprodutiva (da menarca à menopausa). Apesar das diferenças entre os sexos nos transtornos relacionados aos humor serem intrigantes, e ainda não completamente compreendidas, o conhecimento sobre a prevenção e o tratamento de quadros depressivos específicos das mulheres já se tornou mais acessível.

Existem alguns fatores que podem colaborar para uma maior incidência de depressão em específico nas mulheres, tais como:

- Síndrome pré-menstrual, tensão pré-menstrual (TPM) e transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM):

Estudos epidemiológicos estimam que 75% das mulheres em idade reprodutiva vivenciam em algum momento queixas atribuídas à fase pré-menstrual de seus ciclos menstruais (Johnson *et al.*, 1988). Mais de cem sintomas físicos e psicológicos pré-menstruais já foram descritos (Budeiri *et al.*, 1994). Entretanto, a maioria das mulheres é capaz de tolerar bem seus sintomas, sem que estes gerem mudanças de vida significativas ou a busca por tratamentos específicos. Estes quadros são geralmente chamados de síndrome pré-menstrual (SPM) ou tensão pré-menstrual (TPM) [...] (WHO, 1992). Por outro lado, entre 3% e 8% das mulheres em idade reprodutiva relatam queixas intensivas pré-menstruais [...]. Estes sintomas pré-menstruais são tão disruptivos para uma porcentagem de mulheres que alguns critérios diagnósticos de pesquisa foram estabelecidos para caracterizar o transtorno disfórico pré-menstrual [...]. [...] A relação entre o TDPM e outros transtornos psiquiátricos é de difícil avaliação; uma grande proporção de mulheres com TDPM relata episódios prévios de depressão, e mulheres com queixas atuais de humor descrevem uma exacerbação de seus sintomas durante os períodos pré-menstruais, assim como o surgimento de novos sintomas durante esta fase do ciclo menstrual. Alguns pesquisadores chegaram a sugerir que o TDPM possa funcionar como fator preditivo para a ocorrência de quadros depressivos maiores (Gaze *et al.*, 1990) e que certos traços de vulnerabilidade para a disforia pré-menstrual possam também predispor para a ocorrência de depressão e ansiedade em geral (Halbreich, 1997; Cohen *et al.*, 2001). (Yonkers e Steiner, 2001. p.13 e 17)

- Gravidez e puerpério:

Estudos clínicos e epidemiológicos demonstram não ser incomum o fato de que as mulheres apresentem sintomas depressivos durante a gravidez (Orr e Miller, 1995; Kitamura *et al.*, 1993; Kumar e Robson, 1984). Embora os estudos de prevalência ainda sejam em pequeno número e nem sempre consistentes, estima-se que 25 % a 35% das mulheres apresentem sintomas depressivos durante a gravidez, e menos de 20% preencheriam critérios para transtorno depressivo maior ou menor (Kitamura *et al.*, 1993; Kumar e Robson, 1984; Gotlib *et al.*, 1989; Troustam e Cutrona, 1990) [...]. Transtornos psiquiátricos associados com o puérpério têm sido identificados há séculos e são tradicionalmente divididos em três categorias: *blues* puerperal¹⁹, depressão pós-parto (DPP)²⁰ e psicose puerperal²¹. [...]. (Yonkers e Steiner; 2001.p. 41,48 e 49)

¹⁹ Para saber mais: YONKERS, Kimberly. STEINER, Meier. 2001.p.49)

- Menopausa:

Ainda há controvérsias quanto a associação existente entre a menopausa e os transtornos de humor (Schmidt et al, 1997; Stone e Pearlstein, 1994; Soares e Cohen, 2001). Quadros depressivos significativos não foram identificados de forma mais marcante em estudos epidemiológicos que examinaram mulheres em processos de menopausa (Gath e Iles, 1995; Kaufert, 1994). Entretanto, parece que as mulheres que procuram atendimento em clínicas ginecológicas diferem deste primeiro grupo. Por exemplo, mulheres em perimenopausa (classificadas como tal, na maioria dos estudos, pela sua faixa etária) que procuram atendimento ginecológico apresentam maior sintomatologia depressiva que as mulheres da população em geral (Anderson *et al.* , 1987; Stewart e Boydell, 1993) [...]. (Yonkers; Steiner., 2001.p. 73)

2.1.2 O Ser Mulher e as Suas Questões.

Iniciaremos, parafraseando Dalle Laste (2004, p.49), a qual analisa a questão de gênero dizendo que,

[...] refere-se às diferenças construídas socialmente nas relações entre homens e mulheres que variam por contexto e situação. A análise de gênero requer, além de afirmações sobre “mulheres” e “homens”, entender como fatores históricos, demográficos, institucionais, culturais e sócio-econômicos afetam as relações entre mulheres e homens em diferentes grupos [...]

Ademais Dalle Laste (2004, p.46) descrevendo Faria (1997) ainda discorre que,

[...] a questão de gênero emergiu das lutas do movimento feminista, que tinham como objetivo explicar teoricamente a opressão sofrida pelas mulheres. Nesta época também, a antropologia e a psicanálise começam a trabalhar o conceito de gênero para definir a identidade feminina e masculina, partindo do princípio de que elas são constituídas através de uma construção social.

Ressalta-se que essa discussão sobre o tema “Gênero” faz parte de um novo momento das lutas traçadas pelas mulheres. Batalhas essas, que tiveram como sustentáculo o

²⁰ Para saber mais: YONKERS, Kimberly. STEINER, Meier. 2001. p.49

²¹ Para saber mais: YONKERS, Kimberly. STEINER, Meier. 2001. p.49 e 50

²¹ Para saber mais: YONKERS, Kimberly. STEINER, Meier. 2001. p.50 e 51.

movimento feminista e seu ativismo político pela igualdade de direitos e de oportunidades, bem como suas lutas contra a subordinação e discriminação da mulher.

Observando a realidade histórica, podemos perceber o quanto tem sido árduo o caminho percorrido pela mulher na busca por espaços e pela mudança de procedimentos que quebrem com uma longa e sedimentada tradição e cultura masculina, a qual acabou naturalizando a exclusão da mesma.

A luta da mulher para uma mudança nos padrões societários, que reproduziam a desigualdade entre homens e mulheres, iniciou-se com no movimento sufragista das inglesas em 1916, através da reivindicação do direito de voto às mulheres.

Quarenta e quatro anos após o movimento sufragista, na década de sessenta, nasceu o primeiro movimento feminista dos tempos modernos: a National Organization of Woman (NOM). Esse movimento preconizava a libertação da mulher, mas não deixava encobrir a luta política e por melhorias nas condições de trabalho. Lutas, que não traziam em seu bojo apenas uma vontade da existência da igualdade entre homens e mulheres, mas uma luta voltada para a garantia dos direitos humanos. (May, 1996, p.20).

Com a Declaração em 1975 do ano internacional da mulher pela Organização das Nações Unidas (ONU), os movimentos feministas deram um salto, inclusive no Brasil.

[...] Inúmeras entidades e sociedades pró-mulher surgem em todo o Brasil, trazendo a público discussões sobre problemas específicos da condição feminina, como saúde, necessidade de creche, igualdade salarial e violência. Nos anos setenta, as maiores vitórias no campo da legislação foram a conquista dos direitos previdenciários e a lei do divórcio.(May, 1996, p.20).

Os anos 80 foram marcados por uma ascensão da mulher, principalmente no que se refere a sua participação nas esferas do poder e no combate á violência.

Pode-se perceber então, que foi com a organização da sociedade civil, a partir da criação dos movimentos sociais e em especial os movimentos feministas, que durante os

tempos foi se refazendo um novo olhar para as questões que envolviam a mulher, como por exemplo, a histórica discriminação da mesma.

O processo de transformações sociais ocorridas com os movimentos, reivindicações e conquistas da mulher durante os tempos, trouxe benefícios bastante consistentes no âmbito dos direitos e na abertura de um espaço público onde a mulher está inserida de forma bastante consistente nos mais variados campos, tais como, culturais, sociais e políticos.

Retrocedendo a história de lutas das mulheres durante os tempos, assim como já delineamos, são perceptíveis as muitas conquistas, mas sabemos que infelizmente essa luta não está completa, pois hoje a mulher ainda sofre variados tipos de discriminações tais como uma menor remuneração no mercado de trabalho em relação aos homens, uma menor contratação para cargos de chefias, entre outras.

Todo esse processo de mudanças, com a conquista de um maior espaço de igualdade e liberdade, tanto na esfera privada (família) quanto na esfera pública (trabalho e sociedade), veio trazer para a mulher não só aspectos positivos (aos quais já foram delineados), mas aspectos negativos.

A mulher que antes só estava inserida no âmbito privado, atualmente se vê responsável pelos dois espaços (público e privado), levando-a muitas vezes a uma tripla jornada de trabalho, onde a mesma torna-se responsável por trazer o sustento da família, ser dona de casa e ainda atender a todas as expectativas que, atualmente, ainda trazem a intitulação do “ser mãe”.

Mello (1998, p.62) em sua análise, ao discorrer sobre a grande inserção das mulheres no mercado de trabalho enfatiza que, “para as mulheres isso não significou o alívio dos encargos domésticos, mas a acumulação de tarefas. Essa maior participação feminina no mercado de trabalho têm sido também consequência da dura luta pela sobrevivência [...]”.

A inserção da mulher nos mais variados campos da sociedade e toda essa sobrecarga que enfrenta na modernidade, também trouxe outras conseqüências negativas, principalmente no âmbito da sua saúde mental, pois diante de todas as responsabilidades alguns conflitos acabam acontecendo de forma a produzir um grande mal-estar, gerando inseguranças e conseqüentemente acarretando, em muitos casos, um *transtorno depressivo*.

Como vimos, há uma crescente participação das mulheres em todas as esferas da vida social, o que veio trazer à tona uma série de questões, até então pouco discutidas, tais como a depressão, que vêm sendo uma constante na vida das mulheres, justamente por serem um dos segmentos mais propensos à esse tipo de quadro.

Sabendo que o gênero feminino possui um lócus próprio nas questões que a afetam, inclusive quanto às questões relacionadas a sua saúde e, através de uma olhar da mulher em seu sentido único, foi que conduzimos os trabalhos dentro do projeto do Grupo Operativo de Ajuda Mútua, tendo como prioridade a visão integral da mulher, levando em conta suas características psicológicas, biológicas, culturais e sociais.

2.2 GRUPO OPERATIVO DE AJUDA MÚTUA - CAPS I DE IMBITUBA: UMA INTERVENÇÃO FOCADA NA RECUPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO.

A lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, como já discorrido anteriormente, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 3º discorre que,

é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, 2004, p.17 e 18).

Esta nova caracterização do atendimento ao sofredor psíquico é uma aspiração da OMS, a qual propõe um modelo de serviço de saúde mental de forma integrada, direcionado à prevenção e focado na participação intensa da comunidade.

É dentro deste contexto que se inserem os CAPS I, aos quais de acordo com suas principais diretrizes e objetivos direciona seu trabalho junto aos portadores de transtornos mentais, com a finalidade de proporcionar a integração familiar e social do mesmo, pois o atendimento tem como foco principal a viabilização de um maior tempo de permanência do sofredor psíquico em sua comunidade, evitando o hospitalismo, a cronificação, a perda de identidade, aprimorando então os vínculos com parentes e amigos, contribuindo para que possam lidar com a realidade, manejando adequadamente suas habilidades, potencialidades e conseqüentemente suas limitações, aperfeiçoando a dinâmica de relacionamento com sua família e seu meio social, procurando assim contribuir com uma melhoria de sua qualidade de vida.

Importante ressaltar, que a organização e os tipos de serviços oferecidos necessitam serem adequados na direção das necessidades dos usuários e de suas famílias, haja vista que a qualidade dos serviços prestados depende da atenção em saúde mental que é oferecida ao portador de transtorno mental e sua família dentro do contexto societário em que esse CAPS está inserido.

Entre as dinâmicas de trabalhos do CAPS I de Imbituba, identificou-se uma grande presença de pacientes do gênero feminino com quadro depressivo, pois como já foi ressaltado anteriormente, a mulher têm características fisiológicas próprias, além de viver atualmente em um contexto da sociedade que exige da mesma uma sobrecarga de esforços (contexto público e privado), fazendo-a assim estar mais vulnerável a essa modalidade de transtorno mental. Toda essa realidade faz com que a mulher seja uma das que mais se direcione a esse serviço

com o objetivo compreender a depressão, bem como também lidar com ela no dia-a-dia, objetivando uma reabilitação para o quadro em que se encontra.

Dentro desse contexto, estando cientes de que para o planejamento do tratamento do quadro depressivo precisam ser consideradas suas fases (fase aguda, fase de continuação e fase de manutenção), já salientadas anteriormente, a idéia de constituir uma abordagem grupal através de um Grupo Operativo de Ajuda Mútua com as mulheres com quadro depressivo em tratamento no CAPS I de Imbituba, é perpassada pelos aspectos já mencionados e pelo objetivo de buscar uma maior reinserção das mesmas ao convívio social e familiar e, uma maior adesão ao tratamento em foco, especificamente nas fases de continuação e manutenção.

Para isso, viu-se ser de suma importância ter como objetivos específicos dessa abordagem:

- Realizar uma avaliação social das mulheres envolvidas;
- Oferecer apoio, suporte e orientação às mulheres e suas famílias;
- Promover a articulação e encontro das mulheres em tratamento, através da inserção das mesmas no grupo;
- Conscientização sobre o transtorno depressivo e suas interfaces, evitando possíveis internações e reinternações;
- Promover ações sócio-educativas às mulheres.

De acordo com os objetivos propostos, a metodologia de ação foi empregada através de estratégias de ação e de intervenção:

- Estratégias de Ação:

a) Definição dos sujeitos envolvidos nos grupos: O grupo será composto de 10 (dez) mulheres com quadro depressivo, atendidas e acompanhadas no ano de 2004 pelo médico psiquiatra no CAPS I de Imbituba.

b) Reuniões de grupo: Serão realizadas com o grupo de pacientes e com a equipe interdisciplinar. Os encontros com as pacientes acontecerão semanalmente e terão como objetivo uma maior integração e socialização de experiências entre as mulheres, proporcionando um maior conhecimento das dificuldades enfrentadas dentro do contexto familiar e social. Os encontros com a equipe objetivarão uma elaboração das atividades que serão realizadas no grupo e uma maior discussão da evolução dos casos que estarão sendo acompanhados.

c) Encaminhamentos: serão realizados a partir das necessidades identificadas nos encontros com os grupos e nas reuniões interdisciplinares, visando suprir, quando verificado, as necessidades trazidas pelas mulheres e suas famílias no que tange aos serviços oferecidos pela instituição e, também aqueles extra-institucionais.

d) Aplicação de uma Avaliação Social: Aplicar uma avaliação da situação social²² do público alvo do projeto, proporcionando à equipe um maior conhecimento dos sujeitos em abordagem e de sua realidade tanto no que diz respeito ao tratamento, quanto seu contexto de vida, fatores estes que possam ser ou vir a ser intervenientes na relação terapêutica objetivada pela equipe.

Para a realização dessa avaliação social, adotou-se como procedimentos metodológicos:

- A elaboração de uma avaliação social de forma sucinta, para que a mesma abrangesse apenas os pontos essenciais para o conhecimento da realidade dos casos estudados e não se tornasse um objeto investigativo que fizesse com que as mulheres se sentissem

²² Formulário em anexo.

invadidas em um primeiro contato. Para isso resolveu-se realizar como forma de abordagem a entrevista estruturada²³.

- Aplicação das entrevistas de forma individual e reservada, evitando interferências externas.

- Realização de um estudo e análise das avaliações, para a identificação do perfil do público alvo.

• Estratégias de Intervenção:

a) Dinâmicas de grupo: serão desenvolvidas atividades que colaborem para uma maior integração, socialização, relaxamento e reflexão das mulheres integrantes do grupo.

b) Palestras: serão realizadas por profissionais do serviço e quando necessário fora dele, com os temas que forem identificados e considerados mais relevantes para as mulheres integrantes do grupo, tendo como objetivo uma melhoria na qualidade de vida das mesmas.

c) Avaliações: As reuniões serão avaliadas à nível dos integrantes do grupo e pela equipe multidisciplinar envolvida no projeto.

2.2.1 Resultados Obtidos e Análise das Reuniões do Grupo e da Avaliação Social Aplicada Junto às Mulheres com Quadro Depressivo no Grupo Operativo de Ajuda Mútua.

2.2.1.1 Resultados e Análise das Reuniões de Grupo

Resultados:

As reuniões do grupo iniciaram-se em 20 (vinte) de maio e encerraram-se em 01 (um) de julho, sendo realizadas no total de sete (07) reuniões durante esse período.

²³ “ENTREVISTA ESTRUTURADA – entrevista formal, com tudo previamente preparado, uma pauta de perguntas que deve ser entregue ao entrevistado antes da entrevista”. Disponível em: < <http://www.ficri2001.hpg.ig.com.br/metodo.htm>>. Acesso em: 28/11/2004.

Análise:

Após todas as reuniões realizadas pôde-se perceber que alguns dos objetivos foram alcançados de forma mais profunda e outros nem tanto. Contudo, identificou-se sobre os objetivos que:

O apoio, suporte e orientação às mulheres e suas famílias, foram fornecidos tanto durante as reuniões de grupo, através dos aconselhamentos e encaminhamentos, quanto fora das mesmas com orientações diversas, sendo observado que tanto as mulheres como suas famílias acabaram, com o tempo, sentido-se bem mais inteirados sobre as situações e dificuldades que surgiam.

Quanto a promover a articulação e encontro das mulheres em tratamento, através da inserção das mesmas no grupo, foi um dos objetivos mais concretizados, pois durante todo o processo grupal as mulheres realizaram juntas uma reflexão sobre suas vidas e tiveram a liberdade de compartilhar e expor tudo o que queriam e necessitavam.

Relativo aos objetivos de conscientização sobre o transtorno depressivo e suas interfaces, evitando possíveis internações e reinternações e a realização de ações sócio-educativas, os mesmos foram concretizados através de palestras com temas considerados relevantes pelas pacientes, tais como a depressão, DST/ HIV/ AIDS e a importância do exercício físico, as quais proporcionaram às pacientes um conjunto de informações que contribuíram para uma melhor qualidade de vidas das mesmas.

Com relação ao objetivo de realizar uma avaliação social das mulheres envolvidas, os mesmo será foco de uma análise no item à seguir.

2.2.1.2. Resultados e Análise da Avaliação Social

Resultados:

A avaliação social foi realizada com as 10 (dez) mulheres que se inseriram no Grupo Operativo de Ajuda Mútua, sendo que os resultados obtidos serão apresentados tendo como base algumas categorias de análise:

a) Identificação Pessoal:

- No que se refere a faixa etária das mulheres integrantes do grupo, a mesma situa-se entre 44 (quarenta e quatro) à 71 (setenta e uma anos), sendo que a maioria está entre a faixa de idade dos 44 aos 53 anos;

- Relativo ao estado civil dessas mulheres, há o predomínio daquelas que são separadas judicialmente, estando 04 (quatro) dentro desse perfil, sendo que as restantes estão divididas entre 03 (três) viúvas e 03 (três) casadas.

- Com relação ao nível de escolaridade há o predomínio das mulheres que só realizaram o primeiro grau incompleto estando entre essas 08 (oito) mulheres, sendo que das duas restantes 01 (uma) é só alfabetizada e a outra é a única com segundo grau completo.

- Quanto à composição familiar, as mulheres residem, em média, com 03 (três) pessoas na mesma casa, estando entre esses os filhos e os cônjuges.

b) Identificação Sócio-Econômica:

- Quanto a renda das mulheres, a mesma permeia entre 01 (um) à 4 (quatro) salários mínimos, sendo que das 10 (dez) mulheres: 03 (três) vivem com a renda vinda do seu cônjuge, 04 (quatro) recebem pensão dos seus ex- cônjuges e estão sob perícia médica, 02 (duas) são aposentadas e 01 (uma) possui renda própria juntamente com a do seu cônjuge.

- Com relação às condições habitacionais, as mulheres possuem em sua maioria casa própria, sendo que só 01 (uma) possui casa emprestada. Dessas, 06 (seis) possuem casa de alvenaria, 03 (três) de madeira e 01 (uma) mista. Com relação aos cômodos da casa foi observado que em média as residências possuem de 03 (três) à 05 (cinco) cômodos.

- Em relação ao âmbito profissional, das 10 (dez) mulheres 09 (nove) são do lar, sendo que só 01 (uma) possui profissão específica.

c) Identificação dos aspectos relacionados à saúde:

- Quanto ao início do tratamento da depressão: 06 (seis) mulheres iniciaram o tratamento anteriormente aquele realizado no CAPS I, buscando recurso tanto em especialistas nos consultórios particulares quanto em hospitais especializados em psiquiatria, as 04 (duas) restantes iniciaram seus tratamentos juntamente ao antecessor Programa de Saúde Mental.

- Com relação a outros tipos de tratamentos: das 10 (dez) mulheres 08 (oito) realizam algum outro tipo de tratamento.

Análise:

Com os dados obtidos, pode-se perceber que as mulheres que integraram o grupo operativo de ajuda mútua estão em sua maioria perpassando por um processo que, segundo Borysenko, é chamado de metamorfose de meados de vida, que se enquadra nas idades de 42-49 anos. Sobre essa fase, Borysenko (2002, p.188 e 189) discorre que:

O conceito de crise de meados da vida, que é em geral atribuído ao psicólogo Daniel Levinson, costuma ser, diz ele, grosseiramente mal-interpretado. Levinson descreveu vários períodos de transição no curso de vida da mulher, durante os quais ela avalia o que aconteceu antes e o que a espera, mudando dramaticamente a vida à luz desse exame. Um desses períodos ocorre entre as idades de quarenta a 45 anos, quando ela reflete sobre a estrutura culminante de vida da jovem adulta e na construção de outra para ingresso na fase intermediária. [...] Nos casos de algumas mulheres, contudo, o estresse normal que ocorre durante a transição do meados da vida precipita, de fato, uma crise psicológica, seja devido a problemas não resolvidos em período anteriores do ciclo de vida que lhes debilita a capacidade de enfrentar situações, ou a um forte estresse, sem ligação alguma com a possibilidade anterior, que lhe anula a capacidade de lidar com problemas [...]. [...] Denominá-la de crise de meados de vida, contudo, implicaria uma designação errônea. Seria mais uma crise que simplesmente ocorre durante esse período de transição.

A mesma autora ainda analisa, dizendo que essa também é uma fase de metamorfoses no âmbito fisiológico, preparando as mulheres para o próximo estágio da vida,

onde vão ocorrer dentre outras mudanças a fase inicial da menopausa.(Borysenko, 2002, p.191).

Outro ponto relevante observado foi que a maioria das mulheres entrevistadas possui estado civil de separadas judicialmente e viúvas, mas vivem com seus filhos. Isso vêm identificar uma nova realidade na construção familiar, que é a família monoparental.

Sobre este aspecto Butto (1998, p.72) em sua obra “Gênero, família e Trabalho”, ao analisar a organização interna das famílias brasileiras discorre que, ainda há um predomínio do casal com ou sem filhos, contudo a última década vem marcada [...] pelo aumento das famílias “monoparentais” (grupo formado por mãe ou pai sem filhos). [...] As famílias monoparentais, por outro lado, conheceram nas últimas duas décadas, uma taxa média de crescimento de 5% ao ano”.

Um aspecto levantado pela mesma autora, é que dentre os estágios de desenvolvimento de um grupo familiar, as que são compostas somente com mães e seus filhos sem a presença de um cônjuge, são aquelas que mais aumentam com relação a participação no total dos arranjos familiares.(Butto, 1998, p.72).

Observou-se também, que a maioria das mulheres entrevistadas além de serem chefes de família, assim como evidenciado anteriormente, chefiam famílias de baixa renda, sendo que apesar da maioria possuir casa própria as condições habitacionais são inadequadas.

Em relação a essa realidade Butto (1998, p.72 e 73.) pondera que, “As famílias chefiadas por mulheres são predominantes entre os setores mais pobres da população [...]. [...] Quanto à renda, observa-se que a média é menor do que nos demais grupos familiares [...].

Com relação à questão cultural, percebeu-se que as mulheres entrevistadas possuem, de modo geral, baixa escolaridade e, além disso, a maioria segue ou seguiu a profissão de do lar. Todavia, sabe-se que essas duas questões refletem quanto à inserção dessas mulheres no

mercado de trabalho, onde acabam encontrando muitas barreiras e dificuldades, com o agravante de serem as maiores responsáveis pela subsistência da família.

Em relação ao aspecto supracitado, Butto (1998, p.73) comenta que, [...] em relação aos homens, constata-se que as mulheres chefes de família são mais velhas do que estes quando exercem a mesma função, são menos instruídas, participam menos do mercado de trabalho e têm níveis de renda mais baixos [...].

Outro fator a ser analisado, reporta-se as falas dessas mulheres no contexto do grupo, onde essas enfocaram em suas histórias de vida que os fatores que desencadearam a depressão, estão ligados a outros problemas de saúde, a perda (morte) de membros familiares, a infidelidade, a separação judicial, as dificuldades financeiras e o envolvimento de algum membro da família com a dependência química.

Vicência (2001, p.21) em sua análise “Inventário Beck de Depressão: Um estudo de caso no programa saúde da família”, ao citar Lima (1999), comenta que [...] a depressão é mais comum entre mulheres, pessoas divorciadas ou separadas, vivendo sozinhas, com baixo nível de escolaridade e renda, desempregados e morando em zonas urbanas[...].

Pode-se destacar também, que as relações interpessoais, as influências psicossociais e os acontecimentos negativos que ocorrem na vida, também são fatores que podem acarretar reações tanto físicas quanto emocionais, estando entre essas a depressão.

A morte de um ente querido, divórcio, desemprego e pobreza, são acontecimentos negativos capazes de acarretar a depressão tanto em homens quanto em mulheres. Contudo, dependerá de como as pessoas lidam com as questões negativas que aparecem no decorrer de suas vidas para que esses sejam ou não motivos acarretantes da depressão.

O estresse ocasionado pela vida diária, as estratégias de enfrentamento das dificuldades e a forma como a mulher se vê inserida na sociedade, são fatores psicossociais

que vêm sendo estudados, atualmente, em mulheres com depressão, não obstante, alguns desses fatores parecerem afetar igualmente homens e mulheres²⁴.

No que tange as relações interpessoais, pode-se destacar que,

A quantidade e a qualidade de apoio que recebemos de nossas relações interpessoais podem proteger-nos contra os estresses e as pressões da vida diária, e podem reduzir as reações físicas e emocionais ao estresse, entre as quais a depressão. Por outro lado, a ausência de um relacionamento com estreitos laços de afeto, amizade e confiança, seja com um cônjuge, um parceiro ou um amigo, pode aumentar o risco de tornar-se uma pessoa deprimida. Esse risco pode ser composto por fatores como agressividade, maus tratos ou infidelidade por parte do parceiro. É fato comprovado que o casamento pode, de certo modo, proteger tanto o homem como a mulher contra o desenvolvimento de depressão, se tarefas como cuidar dos filhos e da casa forem compartilhadas. Entretanto, as mulheres que não trabalham fora e que ficam em casa cuidando de filhos pequenos podem apresentar maior risco de se tornarem deprimidas. O divórcio ou o rompimento de relações também podem desencadear um episódio depressivo, especialmente quando a situação envolve estresse relacionado a problemas de custódia dos filhos e partilha de bens, e o grau de depressão após a separação aumenta.²⁵

²⁴Informações retiradas do site:<<http://www.neurociencia.com.br/buscaPaciente.asp?topico=402&material=558&txtLocal=DEPRESSAO>>. Acesso realizado em: 12/11/2004.

²⁵ Idem nota 24

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desse trabalho de conclusão de curso resultou da vivência no estágio curricular obrigatório realizado no Centro de Atenção Psicossocial I do Município de Imbituba, relação teórico-prática esta que oportunizou um processo de bastante aprendizado, possibilitando uma real qualificação para o exercício da profissão.

Essa experiência permitiu um estudo bibliográfico aprofundado sobre a saúde mental em suas mais variadas questões, as quais abrangem as políticas de assistência entre outras e, um contato direto com as situações que envolvem os portadores de transtornos mentais, enfocando especial atenção à mulher e sua relação com o transtorno depressivo, culminando com a implantação e condução de um Grupo Operativo de Ajuda Mútua junto às mesmas em fase de manutenção do tratamento. O interesse em estudar e aprofundar esse contexto que envolve os portadores de transtornos mentais remeteu-nos a conhecer a trajetória da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais, as políticas de atenção em desenvolvimento e a operacionalização do CAPS e, dessa forma o universo da atenção em saúde mental.

A partir desse estudo foi possível perceber, que o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu através das resistências, lutas e conquistas dos movimentos em seus mais variados segmentos, o que veio trazer vários avanços quanto ao caráter da assistência aos portadores de transtornos mentais. Tudo isso transformou o cenário da assistência psiquiátrica, oportunizando uma reflexão sobre a complexidade das questões vivenciadas na atenção à saúde mental, fazendo emergir então a contestação da existência de manicômios em defesa da desinstitucionalização da assistência.

Desta maneira, surgem novas legislações em saúde mental, onde se incorporam avanços significativos quanto a um tratamento mais digno e humano ao indivíduo portador de

transtornos mentais. Dentro dessa ótica surgem os CAPS, como novas modalidades de serviços que vieram para contribuir com a retirada desses sujeitos do isolamento social e para oportunizar uma maior socialização dos mesmos inserindo-os na vida comunitária.

No processo de estágio realizado no CAPS I de Imbituba pudemos estar em contato direto com essa realidade, apesar do mesmo se encontrar em processo de adequação e estar ainda disponibilizando, totalmente, o aparato necessário previsto na legislação vigente.

Nesse contexto, direcionamos nossa atuação para implantação de um projeto voltado à criação de um Grupo Operativo de Ajuda Mútua, tendo como foco algumas mulheres com transtorno depressivo.

Foi através dos constantes contatos com esse público alvo, que surgiu a necessidade de uma intervenção através de grupo, ao qual possibilitou uma contribuição na superação das dificuldades enfrentadas pelas mulheres em seu cotidiano, durante o período em que vivenciam o tratamento, sendo que foi através desse processo de socialização que surgiu o sentimento de estarem pertencentes a um grupo, compartilhando suas questões tão peculiares.

Este projeto oportunizou o direito dessas usuárias terem um tratamento terapêutico em seu meio social e também de compartilhar e receber informações, diminuindo com isso seus sintomas e, conseqüentemente as re (internações) nos hospitais psiquiátricos, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao Serviço Social, sabemos que dispõe de conhecimentos teórico-metodológicos e um domínio sobre seu instrumental técnico-operativo. Direciona seu trabalho, visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e desenvolve uma prática voltada aos direitos de cidadania.

Nessa formulação, pensamos a atuação do Serviço Social junto à Política de Saúde Mental /CAPS, desenvolvendo um trabalho na ótica dos direitos, articulando a implantação de projetos, evitando a verticalização e o centralismo das ações, visando, contudo uma maior

efetividade no tratamento dos usuários e uma maior estruturação dos serviços, aos quais precisam ser oferecidos de forma integral e universal e serem adequados de acordo com a realidade e as particularidades de cada população/ comunidade.

Cabe ressaltar, que o Serviço Social atuando nesse contexto de intervenção precisa desenvolver seu trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar existente nos CAPS, atuando de forma a desenvolver uma responsabilidade compartilhada em relação aos outros profissionais e aos usuários.

Finalizando este trabalho, consideramos de fundamental importância destacar, que esperamos que esse estudo contribua com todos aqueles que se interessam pela temática abordada, pois ele foi construído para ser um objeto de reflexão referente ao novo olhar para o tratamento dos portadores de transtornos mentais. Sugerimos ainda, como integrantes do processo de construção de uma nova prática de atenção à saúde mental junto aos usuários do CAPS I, a continuidade do Grupo Operativo de Ajuda Mútua, trazendo este como uma modalidade terapêutica alternativa no processo de tratamento e inclusive ampliando essa prática para outros segmentos sociais da população atendida no CAPS I de Imbituba.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. ver. e ampla. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ASSIS, Jorge Cândido de. Org. S.O.esc. O que são transtornos mentais. Disponível em: <<http://www.soesc.org.br/transtment.htm>>. Acesso em: 24/10/2004.
- BARROS, Carlos A. S. M. de. Grupos de Auto Ajuda. In: “ZIMERMAN, David E. . OSÓRIO, Luiz Carlos”. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BORYSENKO, Joan. **A mulher de 0 a 90 (e além): Os ciclos femininos sob o ponto de vista da biologia, da psicologia e da espiritualidade**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.
- BUTTO, Andréa. Gênero Família e trabalho. In. “BORBA, Ângela. FARIA, Nalu. GODINHO, Tatau.”. **Mulher e Política: Gênero e feminismo no partido dos trabalhadores**. 1.ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Secretaria do Estado da Saúde. Programa Estadual de Saúde Mental, 2004.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dispõe sobre as categorias de profissionais de nível superior que devem ser reconhecidos como profissionais de saúde. **Resolução nº 218**. Brasília: 06 de março de 1997.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Dispõe sobre a intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde. **Resolução nº 38**. Brasília: 04 de fevereiro de 1993.
- CONGRESSO NACIONAL. Disciplina o exercício da profissão de Assistente Social. **Lei 8.662**. Brasília: 07 de junho de 1993.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade, n.62. São Paulo: Cortez, 2000.

DALLE LASTE, Rita. **A Dependência Química no Universo Feminino: Contextualizando a Realidade e o Acesso ao Tratamento**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2004.

DEL PORTO, José Alberto. **FAQ – Frequently Asked Questions: Depressão**. São Paulo: Editora de Projetos Médicos, 2003.

DEL PORTO, José Alberto. **Conceito e diagnóstico**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. maio 1999, vol.21 supl.1 [citado 17 Outubro 2004], p.06-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000500003&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: dia 23/11/2004.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida, LAFER, Beny, SOUGEY, Everton Botelho *et al.* **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão** (versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. jun. 2003, vol.25, no.2 [citado 17 Outubro 2004], p.114-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S151644462003000200013&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 23/11/2004.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e Práticas: identidade e processo de trabalho no serviço social**. São Paulo: Vera, 1998.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In. “PITTA, Ana Maria Fernandes”. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza: 1997.

LAFER, Beny e DEL PORTO, José Alberto. **Apresentação**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. maio 1999, vol.21 supl.1 [citado 17 Outubro 2004], p.00-00. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23/11/2004

LORENÇATTO, Carolina. **Avaliação da prevalência de depressão em mulheres com endometriose através do BDI**. Unicamp, 2003. Disponível em: <<http://libidig.unicamp.br/document/?cód=vtls000297069>>. Acesso em: 17/11/2004.

LUCIO, Rubneidi da Rosa Vicência. **Inventário Beck de Depressão: Um estudo de caso no programa saúde da família**. Esp. em saúde da família. Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Tubarão, 2001.

Matéria de Metodologia Científica do 2º bimestre. FIC - RI 2001. Disponível em: <<http://www.ficri2001.hpg.ig.com.br/metodo.htm>>. Acesso em: 28/11/2004.

MAY, Ivana da Silva. **Intervenção do Serviço Social junto às mulheres Vítimas da Violência Doméstica: o significado de um novo projeto humano.** Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Tubarão, 1996.

MILES, Agnes. **O Doente Mental na Sociedade Contemporânea.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do Ajustamento à Intervenção Da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção. In. "VASCONCELOS, Eduardo Mourão". **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo:Cortez, 2002.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, Hoje? _____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade:** políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SUS: Sistema Único de Saúde. **Classificação Internacional das Doenças: CID 10.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cap05_3d.htm>. Acesso em 24/10/2004.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinariedade: o exemplo da saúde mental. _____. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo:Cortez, 2002.

_____. Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. _____. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

YONKERS, Kimberly. STEINER, Méier. **Depressão em Mulheres.** 2.ed. 1999. Atualizada e Ampliada. São Paulo: Lemos, 2001.

ZIMERMAN, David E. Classificação Geral dos Grupos. _____. **Como Trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ANEXOS

ANEXO A

PREFEITURA MUNICIPAL DE IMBITUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE – SEMUSA
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –SAUDE MENTAL

Avaliação Social

I – Identificação do paciente:

Nome do paciente: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Renda: _____

Procedência: _____

Escolaridade: () Não sabe ler/ escrever () Alfabetizado
 () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo
 () 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo
 () Superior Incompleto () Superior Completo

Situação profissional no momento:

Empregado:

- () aposentado
 () pensionista
 () do lar
 () faz biscates
 () autônomo
 () profissional liberal
 () outros

Desempregado:

- () em atividade
 () sob perícia

II – Dados relativos à saúde do Paciente:

Tipo de enfermidade: _____

Data do início do tratamento: _____

Nome do Médico que acompanha: _____

Outros tipos de tratamentos: _____

Informações sobre o comportamento do paciente:

6) Medicamentos utilizados /mg/ quantidade:

III -Dados relativos às condições de vida do paciente:

1- Composição familiar:

Nome	Idade	Parentesco	Sexo	Escolaridade	Profissão	Renda(R\$)

2 - Condições habitacionais:

A) Casa:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alvenaria/ Tijolo | <input type="checkbox"/> Própria |
| <input type="checkbox"/> Madeira | <input type="checkbox"/> Alugada |
| <input type="checkbox"/> Alugada | <input type="checkbox"/> Emprestada |
| <input type="checkbox"/> Mista | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Outros | |

B) Números de Cômodos:

- 01
 02
 03
 04
 05
 06

Informante dos dados: _____

Responsável pela entrevista: _____

Imbituba ___/___/___