

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

ALINE CASAROLLI

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA ALÉM DOS
MUROS DO CAPS AD III DE SÃO BORJA/RS**

**SÃO BORJA
2019**

ALINE CASAROLLI

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA ALÉM DOS
MUROS DO CAPS AD III DE SÃO BORJA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr Jocenir de Oliveira
Silva

**SÃO BORJA
2019**

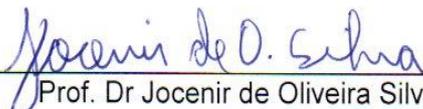
ALINE CASAROLLI

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA ALÉM DOS
MUROS DO CAPS AD III DE SÃO BORJA/RS**

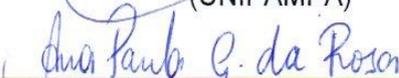
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharela em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 02/07/2019.

Banca examinadora:


Prof. Dr Jocenir de Oliveira Silva
(UNIPAMPA)


Prof. Drª Rosilaine Coradini Guilherme
(UNIPAMPA)


Esp. Ana Paula Da Rosa
(ASSISTENTE SOCIAL CAPS AD III DE SÃO BORJA/RS)

Dedico este trabalho a todas/os que durante esta trajetória acreditaram e me apoiaram, mesmo sem muitas vezes compreender todo este processo. Em especial ao meu irmão que mesmo com inúmeros desafios, fez o máximo para me proporcionar estar estudando. Dedico também a meu pai, minha mãe (in memoriam) que com certeza estaria muito realizada com esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde, pela sabedoria, pelo ânimo e esforço que me proporcionaram concluir esse trabalho.

Agradeço também ao meu amado pai, que inúmeras vezes participou diretamente do meu processo de graduação, nas idas e vindas ao interior do município onde foram realizadas as atividades do meu projeto durante o Estágio supervisionado em Serviço Social II. Ao meu irmão Wagner, que se esforçou financeiramente para manter as despesas enquanto eu estudava. Às minhas irmãs Vanice e Flávia, minha tia/mãe Nair, minha prima/irmã/madrinha Lisandra, minhas primas/irmãs Lenise e Lisiane e demais familiares que me apoiaram e me incentivaram durante essa trajetória. Obrigada por todo carinho, e pela compreensão, quando devido aos estudos deixei de participar de momentos importantes da vida de vocês.

Ao meu namorado e companheiro, Giovani Perlin, por toda compreensão e suporte. Não foram momentos fáceis, e muitas vezes foi a pessoa que mais vivenciou eles comigo, mas que nunca me abandonou e não deixou de dar apoio, quando aos prantos eu ligava para desabafar algo.

Um agradecimento especial às colegas e amigas: Ana Carolina Rios, Carolina de Campos, Glaucia Hahn ten Cathen e Máisa Nolibos Conceição. Sou muito grata a todos os momentos, aprendizados e troca de experiências que compartilhamos. Iniciamos e concluímos esse ciclo unidas, mesmo em meio a tantos empecilhos, algumas brigas, choros e risos. São momentos a serem eternizados, com certeza.

A todos/as as/os colegas de curso, em especial ao Ezequiel Belmonte que esteve presente de forma muito prestativa durante boa parte da graduação.

Agradeço a todos/as os/as professores/as do Curso de Serviço Social, em especial a professora Rosilaine Coradini Guilherme, meu muito obrigada por toda dedicação, pelo saber partilhado, pelas supervisões acadêmicas que me oportunizaram a busca de novos conhecimentos para minha qualificação, e por ter aceito fazer parte da minha banca. Ao meu orientador, professor Jocenir de Oliveira Silva, por seu comprometimento ético e rigor teórico-metodológico, por todas as contribuições, pela sua dedicação e imensa paciência. Profissional exemplar que contribui imensamente com minha formação, estando presente também no processo de estágio curricular I e II. Sou muito grata por ter sido estagiária e bolsista no teu Projeto junto à instituição CAPS ad III de São Borja/RS. Através desse contato direto

com a realidade e dentre as inúmeras vivências durante esse processo, que surgiu meu interesse pela temática aqui abordada.

À assistente social do CAPS ad III de São Borja/RS, Ana Paula da Rosa. Agradeço-te pelos ensinamentos, por contribuir para que eu fizesse parte das vivências do CAPS para além das rodas de conversa do projeto ao qual eu estava vinculada. Foram muito válidas nossas conversas sobre a profissão e os permanentes desafios postos a nossa intervenção. És uma grande profissional, que me oportunizou momentos de importância para a construção do meu ser profissional.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso se baseia em um projeto de intervenção efetuado pela mesma, para a disciplina de Estágio Supervisionado I e II, pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA, campus São Borja, o projeto foi implementado na Escola Estadual de ensino fundamental Franco Baglioni no meio rural do Município de São Borja-RS. Durante este processo, foram abordados com os discentes da escola temas em sobre a Prevenção e Promoção em Saúde Mental e álcool e outras drogas, o que despertou interesse da acadêmica em continuar pesquisando sobre o assunto, proporcionando que neste trabalho sejam abordados temáticas relacionadas a ela. Tais como: Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária, aspectos da Instituição CAPS AD – São Borja e também o trabalho do Assistente Social em meio a estes contextos. Desta forma, juntamente com uma equipe multiprofissional, busca-se contribuir para o acesso a melhores condições de vida para os indivíduos, a qualidade no atendimento, a prevenção e a promoção na área de Saúde Mental. Assim, com este estudo busca evidenciar elementos da prática em saúde dadas as circunstâncias legais que amparam a forma como elas devem ser executadas e o que isto culmina para o seu público-alvo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Prevenção e Promoção. Saúde Coletiva e Serviço Social.

ABSTRACT

This paper is based on an intervention project developed for the Stage Supervised I and II discipline, by the Service Social course from the Universidad Federal do Pampa – UNIPAMPA, São Borja. The project was implemented in the elementary school Franco Baglioni, situated in the rural area of São Borja-RS. During the process, topics of discussion such as Mental Health Prevention and Promotion, alcohol and other drugs were discussed among the school's students. That awakened interest to keep researching about the subject, so that in this paper topics like those will be explored. Such as: Collective Health, Sanitary Reform, aspects of CAPS AD- São Borja institution and also the Social worker's work within these contexts. Thus, along with a multidisciplinary team, we aim to contribute for the access to better life conditions to the individuals, the quality of the service, the prevention and promotion of Mental Health. Therefore, this research aims to highlight the elements of health practice under the legal circumstances that protect the way they must be carried out and what that brings to its target audience.

Key words: Mental Health. Prevention and Promotion. Collective Health and Social Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações sobre os encontros.....	66
Quadro 2 – Média de frequência dos/as alunos/as	68
Quadro 3: Opinião dos estudantes sobre o projeto desenvolvido.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	35
Figura 2: Centro de atenção psicossocial (CAPS) e a rede de atenção psicossocial	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANS - Agência Nacional de Saúde
APAcS - Autorização por procedimentos de alta Complexidade
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CEBES - Centro Brasileiro de estudos e Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNS - Conferência Nacional em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF - Programa Bolsa Família
PnaPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PROAD/UNIFESP - Programa de Orientação e Assistência ao Dependente,
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, da Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo
PSF - Programa de Saúde da Família
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de danos
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas
SIU – Segundo Informações do Usuário
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. A SAÚDE COLETIVA.....	23
2.1 Reforma Sanitária: SUS.....	27
3. INSTITUIÇÃO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS CAPS AD III SÃO BORJA.....	33
3.1 O Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad III) de São Borja.....	48
4. RODAS DE CONVERSA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL E USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO À ESCOLA ESTADUAL FRANCO BAGLIONI NO INTERIOR DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA-RS.....	54
4.1 Avaliação e Monitoramento.....	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
6. REFERÊNCIAS.....	80

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso, tem sua base em relatos de experiência obtidos pela mesma, em contato com o Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, realizados no período entre agosto de 2018 à junho de 2019, período no qual a autora esteve inserida na instituição CAPS ad III por meio de um projeto de extensão, do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, intitulado: Saúde Mental: Rodas de conversa no CAPS AD de São Borja. Cabe destacar que o objetivo geral do projeto visava:

Proporcionar atendimento através da Educação Permanente e de rodas de conversa na particularidade do Serviço Social junto ao Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) de São Borja buscando a integralidade no atendimento as necessidades sócio assistenciais dos usuários destes espaços (SILVA, 2017, p.2).

Tendo em vista que o projeto de extensão acima mencionado executa suas ações junto ao CAPS ad III em São Borja, faz-se necessário situar que o presente estudo, sendo um relato teórico prático irá apresentar o CAPS ad III de São Borja como referência. A mesma aborda o processo de criação do espaço institucional a qual a autora teve contato e tem por objetivo trazer considerações sobre Saúde Coletiva, Reforma Sanitária, trazendo a contextualização da instituição CAPS AD III de São Borja, bem como seus objetivos trabalhando em uma perspectiva de redução de danos, elucidando apreensões sobre duas categorias centrais deste trabalho: Promoção e prevenção em Saúde. Categorias estas, percebidas como demandas emergentes da Instituição CAPS AD III de São Borja, e que contribuíram para o planejamento e execução do Projeto de intervenção em Estágio Supervisionado II, elaborado pela autora juntamente com uma colega de estágio, e que vem a ser documento utilizado para construção e resultados desta pesquisa.

Este trabalho partiu de inquietações e vivências durante o processo de graduação em Serviço Social, que se intensificaram a partir do contato com o componente curricular “Seguridade Social II: Saúde”, no sentido em que este proporcionou um contato mais direto com o campo de Saúde Mental, através de trabalhos e pesquisa de campo. Após inserção no campo de estágio (CAPS AD III), em que a autora teve uma experiência de participação em um espaço de diálogo com

alunos da Escola Estadual de Ensino Fundamental Franco Baglioni, fomentaram-se questionamentos sobre a importância de ampliar esse espaço de diálogo, em que já vinham sendo feitas rodas de conversa, para além dos muros do CAPS. Acrescido a isto, salientam-se também as percepções durante as rodas de conversas ocorridas no segundo semestre de 2018, em que os usuários trouxeram em suas falas, através das quais foi possível detectar que a grande maioria dos participantes tenha tido o primeiro contato com álcool e outras drogas enquanto crianças e adolescentes, incentivados pelos amigos e colegas de aula durante o período escolar, e que não havia espaços de diálogos reflexivos sobre isso. As constantes inquietações emergidas durante o processo, através dessas observações, proporcionaram um olhar voltado para a necessidade de promoção e prevenção em saúde.

No que se refere ao método, conforme Monique Vieira (2015, p.31): “O método é uma construção orientada por teorias, não é processo estático e absoluto, requer constantemente procedimentos de reavaliação com o intuito de proporcionar a obtenção dos resultados desejados”. Nesse sentido, cabe-se destacar conforme Marconi e Lakatos (2007) que:

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (MARCONI; LAKATOS, 2007, p.83).

Portanto, o que caracteriza o método são as ações contínuas por parte do pesquisador, que as utiliza de forma intencional, ou seja, são medidas tomadas com uma prévia-ideação, maturidade (no sentido de saber o que se está fazendo) e objetivo. Por sua vez, a sua utilização é tomada para que se chegue a um determinado fim, um conhecimento científico, ou no caso, passível de verificação através de experiências com dados empíricos, possibilitando que o pesquisador observe suas atividades frente às dificuldades que se mostraram em meio ao processo e contribuindo para a formação de um novo saber.

O presente estudo optou pelo método dialético crítico como referencial para a realização da pesquisa, investigação e análise da realidade. Sendo assim, utilizou-se a dialética instruída por Marx, onde se irá priorizar a análise a partir das três categorias essenciais e centrais que fazem parte desta pesquisa: a historicidade, a contradição e a totalidade. Ivo Tonet (2013) traz sobre o método dialético crítico, que o

entendimento da totalidade de problemas requer que ele seja analisado em sua junção dos processos históricos e sociais, o que faz possível o entendimento sobre sua ligação com certos interesses sociais. Quanto à crítica do método:

no sentido marxiano significa sempre a busca dos fundamentos históricos e sociais que deram origem a determinado fenômeno social, permitindo, com isso, compreender a sua natureza mais profunda e não simplesmente o questionamento de lacunas ou imperfeições (TONET, 2013, p.11).

Assim, ao utilizar o método dialético crítico, estamos propondo não analisar apenas os fenômenos individuais que materializam a realidade, nem tão pouco minimizar seus efeitos a meros fatos isolados um do outro, porém, buscamos entender o fenômeno e suas consequências através da análise crítica da completude de seus fatores, sendo eles empiricamente passíveis de comprovação, pois são interligados um ao outro, não perdendo a sua singularidade. Segundo Frigotto (1994, apud PRATES, 2012, p. 122):

O método marxiano se caracteriza pela ruptura entre as análises pseudoconcretas, metafísicas de diferentes matrizes e a ciência da história ou do humano-social, epistemologicamente radical (que vai à raiz), atingindo as leis fundamentais da organização, desenvolvimento e transformação dos fatos e problemas histórico-sociais.

Desta forma, o método se diferencia dos demais por separar a ciência (cuja base se encontra justamente na questão prática e comprobatória dos fenômenos) do senso comum (tipo de conhecimento que não necessariamente utiliza-se de conhecimentos passíveis de serem comprovados), garantindo assim que sua análise chegue o mais próximo possível da realidade e das leis que regem a sociedade. Através do método dialético crítico, é possível analisar o modo de produção vigente, desmistificando suas ideologias contraditórias e vermos para além da aparência dos seus fenômenos.

Conforme Konder (1992), sobre as categorias centrais do método dialético crítico, pode-se dizer que a categoria historicidade reflete a compreensão dos processos de modificações dos sujeitos, fenômenos e processos sociais constituídos na sociedade com viés transformador, já a categoria contradição se apresenta como uma negação inclusiva concreta, e a categoria totalidade permite delinear um estudo amplo, obtendo uma visão de homem e mundo, se reportando também ao particular,

ao singular, voltando ao universal, dialeticamente em constante movimento, junto com a historicidade dos sujeitos na busca por resposta.

Quando trabalhamos com o método dialético crítico na concepção marxiana, estamos dizendo que “a teoria é a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto” (NETTO, 2011, p. 25), porém essa reprodução não acontece de forma mecânica, pois o pensamento não reflete a realidade, se fosse este o caso, o investigador não teria um papel importante neste processo, como por exemplo: quando se trata da promoção e prevenção à saúde, não é possível identificar os seus fatores apenas olhando para sua aparência, ou ainda, as formas em que se apresentam na atual conjuntura. Mas para Marx, aquele que busca pesquisar sobre um determinado assunto tem parte essencial nesta dinâmica, pois ele deve ser dotado de diversos conhecimentos, tais como a dinâmica do objeto, onde é possível adotar ideais teóricos para a explicação do objeto mesmo em seu meio e saber que a sua aparência não o explica por completo, além de criticar as revisões deles, além de dispor de uma criatividade para realizar esta sistematização.

O papel do sujeito é fundamental no processo de pesquisa. Marx, aliás, caracteriza de modo breve e conciso tal processo: na investigação, o sujeito tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão que há entre elas (MARX apud NETTO, 2011, p. 25).

Assim, o objetivo do pesquisador é apreender a essência do objeto que será pesquisado, e não apenas limitar-se a sua aparência; porém, a aparência será seu ponto de partida, e partindo dele, o pesquisador começará a descobrir seus determinantes. Desta forma, a aparência, sendo um nível da realidade daquele objeto, torna-se importante no que remete ao desvelamento dos demais níveis, até que se chegue à essência. Portanto, é preciso fazer o caminho de volta à aparência e, assim, possuir meios para esclarecer a expressão inicial que deu origem à pesquisa. Este método só pode ser visto durante a investigação, sendo nesta conexão que se encontram articuladas as suas três categorias fundamentais: totalidade, historicidade e contradição.

Neste trabalho, a totalidade se faz presente em um primeiro nível: a partir a promoção e prevenção da saúde, que se caracteriza por serem estratégias de intervenção no processo da saúde, visando melhorar a qualidade de vida da população que se encontra, ou não, em situação de vulnerabilidade social. Indo ao

encontro da discussão, abordaremos o segundo nível, as reformas do sistema de saúde. Estas reformas se caracterizam principalmente pela reforma sanitária ocorrida em 1970, quando ocorreram debates sobre as mudanças sociais que estavam ocorrendo, principalmente a mudança econômica, o que ocasionou maior necessidade da população de acesso à saúde, justamente por não possuir os meios necessários para tal. Tratando agora do terceiro nível de complexidade, a saúde coletiva: esta se inicia durante a década de 1950, com o intuito de abranger a questão da saúde não apenas para a sua prevenção, mas, para além desta perspectiva, buscando também aumentar a qualidade de vida. Por fim, o quarto nível aqui abordado é Instituição CAPS AD São Borja, considerando as particularidades da região em que se encontra e os processos de atendimentos utilizados pelos profissionais – em específico a área do Serviço Social – responsáveis por viabilizar o acesso a esta política social e possibilitar uma melhor qualidade no tratamento dos usuários, buscando desvelar as particularidades que levaram à busca pelo serviço e a situação dos sujeitos.

Cabe mencionar que a sociedade é uma totalidade dinâmica, sendo esta a segunda categoria do método de Marx: a contradição, que está sempre em constante mudança, pois o conjunto de relações sociais vai interagindo e mudando as formas de socializar, e as transformações que ocorrem nela provêm de seu caráter contraditório, pois, ao passo em que são criadas novas formas de interações, são criados subsídios para que elas se desenvolvam, como no caso das instituições que reproduzem os princípios das reformas do sistema de saúde ao longo dos tempos – neste caso, o CAPS AD. Caso não houvesse tais contradições, as pequenas totalidades não mudariam, seriam inalteráveis; porém, na atual ordem social, não é possível que as contradições deixem de existir, pois são intrínsecas ao sistema.

Mas a totalidade concreta e articulada [...] é uma totalidade dinâmica - seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas - e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação. A natureza dessas contradições, seus ritmos, as condições de seus limites, controles e soluções dependem da estrutura de cada totalidade - e, novamente, não há fórmulas/formas apriorísticas para determiná-las: também cabe à pesquisa descobri-las (NETTO, 2011, p. 57).

Desta forma, a contradição expressa neste trabalho se faz presente na ação do trabalho dos profissionais que se limita, muitas vezes, ao viés clínico, por exemplo:

realizar um atendimento a um usuário que chega à instituição por fazer uso abusivo de álcool, onde o médico da instituição realiza uma intervenção apenas clínica, tratando apenas das causas físicas e/ou psicológicas do abuso do álcool; enquanto que o profissional assistente social, quando porventura não buscar desvendar a realidade deste indivíduo, limitando-se a apenas coletar os dados necessários para identificar o usuário, desta forma, não concretiza a real intervenção que a profissão deveria cumprir nesta situação. Com isto, o trabalho do/da assistente social deixa de intervir com seu objeto de estudo, a questão social, ou seja, a demanda para além de sua aparência, e apenas reproduz a lógica do atendimento clínico.

Quando se estuda a marcha das categorias econômicas e em geral qualquer ciência social histórica, sempre convém recordar que o sujeito - a sociedade burguesa moderna, nesse caso - se encontra determinado na mentalidade tanto quanto na realidade, e que as categorias, portanto, exprimem formas de vida, determinações de existência, e amiúde somente aspectos isolados dessa sociedade determinada, desse sujeito, e que, por isso, a [Economia Política] não aparece também como ciência senão unicamente a partir do momento em que trata dela como tal (MARX, 2008, p.265).

Com isso, estamos dizendo que as contradições que emergem a partir da temática se encontram tanto na vida material como na mente dos sujeitos, isto quer dizer que os elementos abordados estão subjetivados como valores intrínsecos aos indivíduos, que os naturalizam e os reproduzem no seu consciente e no mundo externo. Esta ação é intrínseca ao ser humano que vive na atual sociedade, pois é nela que tais contradições sofrem um acirramento, por causa do sistema existente.

Assim é possível discutir a respeito da terceira categoria do método em Marx: a historicidade, identificando as relações de conexão que permeiam entre os processos dessas totalidades e a relação delas com a totalidade macroscópica, pois elas englobam todas as totalidades de menor complexidade, pois é a partir dela que serão identificadas as mediações históricas existentes entre ambas para se chegar a sua essência.

Tais relações nunca são diretas; elas são mediadas não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. Sem os sistemas de mediações (internas e externas) que articulam tais totalidades, a totalidade concreta [...] seria uma totalidade indiferenciada - e a indiferenciação cancelaria o caráter do concreto, já determinado como unidade do diverso (NETTO, 2011:57/58).

As relações são, portanto, mediadas não somente a partir dos distintos níveis de complexidade, mas também pela estrutura que diferencia uma pequena totalidade da outra, por exemplo: a questão da prevenção e promoção da saúde está conectada as reformas do sistema da saúde, que buscam pela saúde coletiva e que são valores reproduzidos, dentre outras instituições, no cenário do CAPS AD São Borja. Desta forma podemos mencionar a importância da historicidade que articula as totalidades, pois sem eles o maior nível de totalidade não poderia se diferenciar dos menores, ou seja, ela seria apenas mais um pequeno complexo entre os complexos, onde a ligação entre os fatores continua mutável a todo o momento.

A historicidade se faz presente aqui com base nos fatores históricos que ocorreram ao longo do tempo, em especial no que tange a atualidade que a sociedade está vivendo. Ao passo em que novas relações surgem, a sociedade desenvolve novas formas de pensar a questão da saúde sejam necessárias, pois como é possível observar através do método dialético, a realidade está em constante mudança, ou seja, é indispensável dispor de novas formas de abordar as demandas, visando sempre qualificar os atendimentos na área da saúde.

Sabe-se destacar ainda, que para o desenvolvimento do presente trabalho de conclusão de curso optou-se pela pesquisa qualitativa documental, tendo como base relato de experiências e vivências obtidos a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II, assim como foi objeto de estudo a análise institucional, relatórios, diário de campo, projeto de intervenção e outros materiais relacionados à temática em questão. A pesquisa utilizou-se também de levantamento bibliográfico, tendo como fontes bibliográficas, legislações, artigos, teses, e etc, que se referem ao assunto Saúde. A escolha pelo método qualitativo de pesquisa deu-se devido a:

A pesquisa qualitativa responder a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2009, p.21).

No que se refere à análise de conteúdo, conforme Moraes (1999) consiste uma metodologia de pesquisa utilizada para descrição e interpretação de conteúdo de

documentos e textos, sendo importante para reanalisar as informações, possibilitando uma maior interpretação que vai para além do senso comum.

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (MORAES, 1999, p.2).

Sendo de alguma maneira, uma compreensão individual do pesquisador sobre a apreensão que possui dos dados. “Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura se constitui em uma interpretação” (MORAES, 1999, p.3).

Bardin (2016) traz ainda a análise documental como sendo parte das técnicas da análise de conteúdo, sendo necessária uma maior aproximação para distinção entre elas. Assim, sobre a análise de conteúdo:

Podemos defini-la como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, um estado ulterior, a sua consulta e referência”. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação de acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados (BARDIN, 2016, p.51).

Partindo desses dois pontos de vista referente à análise de conteúdo, no desenvolvimento do estudo em questão optou-se pelo viés adotado pela autora Bardin, tendo em vista que os preceitos defendidos pela mesma melhor sintetizam o caminho percorrido pela autora para a construção da pesquisa. Onde houve o período de pré-análise dos dados obtidos, sendo que essa fase “[...] tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 1977, p.89).

O segundo polo que compõem a análise de conteúdo trata-se da exploração do material que consiste na codificação e categorização das informações obtidas. “A fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas” (BARDIN, 1977, p.95). Por fim, o último polo que compõem a

análise de dados refere-se ao tratamento dos resultados obtidos fase na qual se interpreta os dados. Nessa fase

os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise factorial) permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 1977, p.95).

Com relação à ética neste trabalho, o mesmo foi regido pelo Código de Ética Profissional do/a Assistente Social de 1993 quanto ao sigilo das informações e resguardo quanto aos sujeitos envolvidos, conforme lei 8662/93 de regulamentação da profissão. Contudo, quanto ao sigilo profissional, tem-se:

Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional. Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único: Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário. Art. 17 É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional. Art. 18 A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade (CFESS, 1993).

Firma-se a importância do sigilo neste trabalho de conclusão de curso, para com os usuários do Caps AD III de São Borja, perante as informações obtidas durante as rodas de conversa na instituição, bem como no resguardo quanto aos sujeitos envolvidos que proporcionaram a coleta de dados através do projeto de intervenção.

Acredita-se que esta pesquisa seja relevante para a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de educação e para o CAPS AD III de São Borja/ RS, considerando as contribuições que dão visibilidade a promoção e prevenção em saúde, também por crer-se que este trabalho venha contribuir para um possível projeto contínuo que vise à articulação da Política de Saúde com a Política de Educação do município, contribuindo para maiores reflexões acerca do assunto. Também torna-se importante por acreditar-se que diálogo e a informação acerca do abuso de álcool e outras drogas, e saúde mental em geral, seja a melhor forma de prevenção do processo de adoecimento.

Destaca-se que este trabalho de conclusão de curso está dividido em 4 capítulos. No primeiro optou-se pela introdução com as etapas metodológicas e a justificativa deste trabalho. No segundo capítulo aborda-se a Saúde Coletiva e a

Reforma Sanitária (SUS). No terceiro capítulo situa-se a instituição Centro de atenção Psicossocial Álcool e outras drogas de São Borja/RS (CAPS AD III), bem como recortes necessários da Reforma Psiquiátrica e apresenta-se a Rede de atenção Psicossocial (RAPS). A partir disto, neste mesmo capítulo, são situados e caracterizados os Centros de Atenção Psicossociais, trazem-se os diferentes tipos de constituição, salientando sua importância no avanço de Saúde Mental tendo em vista sua substituição a hospitais psiquiátricos e suas estratégias em saúde mental. Dessa forma, busca-se apresentar a Redução de danos, como uma estratégia abordada pelos CAPS. Há contextualizações sobre o processo histórico da instituição Caps ad III de São Borja/RS e apresenta-se também o Serviço Social nesta instituição. No quarto e último capítulo, é realizado o processo de avaliação e monitoramento onde é realizada uma abordagem sobre a intervenção, a qual norteou este trabalho de conclusão de curso. Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos com a intervenção e as considerações finais.

2 A SAÚDE COLETIVA

O surgimento do termo Saúde Coletiva remete à década de 1950, porém no Brasil começou a ser utilizado apenas no final da década de 1970, com a criação da Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Esta por sua vez era responsável por ser um mecanismo de apoio e articulação que conectava centros de treinamentos, ensino e pesquisas em saúde coletiva. Tinha o intuito de qualificar as instituições que eram articuladas com a temática, além de dialogar com a área técnica e científica que pesquisava sobre, e destas com os serviços de saúde, o Estado e a população civil, sendo responsável também por desenvolver projetos, seminários e oficinas, contando também com os maiores congressos da área na América Latina.

Desta forma “a gênese da saúde coletiva surge da necessidade de se discutir políticas de saúde pública, em detrimento a luta da sociedade civil por seus direitos, movidos pela pressão do consumo e comércio” (BRITO et al. 2015, p. 81). Ainda segundo a autora, a questão da saúde coletiva deve ser pensada de forma multidisciplinar, ou seja, não é de responsabilidade de apenas uma área de conhecimento, pois isto deixaria de considerar o movimento dialético da sociedade, contudo, deve ser construída de forma que englobe diversas áreas dos saberes, para assim qualificar-se cada vez mais.

Brito (2015), menciona que na contemporaneidade ocorre um processo social de reconhecimento e institucionalização, ou seja, há a percepção das necessidades dos sujeitos e a partir delas, pensa-se de que forma poderão ser sanadas. Neste sentido a autora aponta que a saúde coletiva através da Abrasco, continue seu curso enquanto entidade científica e política, pois aborda tanto os âmbitos do conhecimento empírico e prático, como as relações que o permeiam. Assim, com o intuito de identificá-la com base teórica, podemos defini-la como:

[...] uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais (SOUZA, 2014, p.11).

Desta forma, entende-se que a saúde coletiva é uma área que considera as carências relacionadas à questão de saúde, ou seja, vai para além da doença em si, não se limita a ela, porém destina-se a contribuir para uma melhor qualidade de vida dos sujeitos. Sendo desta forma parte do processo social, ela considera também a estrutura em que está inserida, isso quer dizer que os determinantes para falarmos em saúde coletiva, especificamente este termo, se encontram na forma como a sociedade está organizada. Paim (1998) observa duas concepções para a saúde coletiva: ela é um campo de conhecimento e de prática, nesse sentido, primeiramente ela contribui para o estudo e compreensão de saúde/doença nos indivíduos enquanto processo social, buscando ações de repressão e combate, já sua prática está ligada ao processo de trabalho com outras áreas que atuam juntamente com a saúde, desta forma, a união destas duas concepções promove que ao mesmo tempo em que procura conhecer como a população compreende a sua realidade, também se busque alternativas de enfrentá-la.

Para que se possa estabelecer enquanto funcional, é necessário que haja um engajamento tanto técnico como social por parte dos sujeitos, ou seja, indivíduos que estejam aptos profissionalmente para atuarem nesta área e também dispostos a viabilizarem tais condições para os seus usuários, visto que o social tem haver com a luta pela qualidade tanto do acesso, como do atendimento em saúde. Vale mencionar que a saúde coletiva é algo recente em nossa sociedade, e que surgiu como forma de enfrentamento ao antigo processo de abordagem na saúde: a saúde pública.

De fato, a crise do setor da saúde, no fim dos anos 70, expressa na falência da medicina previdenciária e na incapacidade da saúde pública institucionalizada de controlar endemias e epidemias, gera novas demandas relativas à formação de pessoal e à produção de conhecimento. Mais especificamente, demanda-se a formação de técnicos capazes de planejar e conduzir as propostas de extensão de cobertura, numa perspectiva racionalizadora (SOUZA, 2014, p.12).

Até o final da década de 1970, a saúde pública era tentativa de enfrentamento às demandas na área da saúde (sendo que a Universalidade na Saúde¹ ocorreu apenas em 1988), porém nesta época observou-se que ela não estava dando conta de todas as mazelas que afloraram no cotidiano dos sujeitos, pois a sua organização tornou-se limitada e sem eficácia frente às novas demandas que estavam surgindo,

¹ Conforme será abordado no decorrer deste Capítulo.

tendo como cenário de fundo a crise na saúde que estava se instaurando, como também o regime autoritário que teve início em 1964: a Ditadura Militar, (SOUZA, 2014). A medida tomada foi apoiar-se em formar novas profissionais que possuíssem conhecimento para atuar nas demandas emergentes, que dispunham de estratégias que vinham para enfrentar tal situação, não apenas no viés do combate às doenças, mas também no enfrentamento de suas causas. Tendo em vista esta discussão, vale mencionar a diferença entre saúde pública e saúde coletiva, a fim de identificarmos o que cada uma possui enquanto característica.

Para comparar e identificar as diferenças entre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva, parte-se do pressuposto teórico de que as necessidades de saúde e as intervenções sociais voltadas para atendê-las são determinadas, em última instância, pela estrutura da sociedade, em seus planos socioeconômico e político-ideológico (SOUZA, 2014, p.17).

Desta forma, vemos que a principal distinção entre ambas, é a forma como elas intervêm na sociedade, considerando a estrutura em que ela está inserida, ou como diz Souza (2014, p. 17) “podem ser analisadas com base na teoria do processo de trabalho”. Assim, o autor continua dizendo que a principal diferenciação entre estes tipos de abordagem é que a saúde pública faz menção à “ciência e arte”, enquanto a saúde coletiva faz menção a campo de conhecimento e prática de saúde. A primeira, respectivamente, se refere que os atos de adoecimento, as doenças em si e também o posicionamento profissional nada tem haver com um processo histórico, apenas linear, como se cada época estivesse descolada da outra, não houvesse conexão, e então, a intervenção não necessitaria de bases teóricas ou explicações para tais ações.

Diferente desta perspectiva, a saúde coletiva vem de encontro com esta premissa, pois ela em seus posicionamentos considera o “materialismo histórico”, (Souza, 2014). Isso permite que esta abordagem disponha de embasamentos que permitem identificar que não existem fatos isolados, e sim que tudo está conectado: a forma como se tratava determinada doença ao longo da história evolui segundo os avanços médicos que as acompanham, adaptando-se às novas demandas conforme elas surgem, inclusive trazendo para si conceitos da sociologia, para assim, ir além da doença como fato isolado das condições de vida dos sujeitos. Paim (1998) ainda dirá que a saúde coletiva é a renovação da saúde pública institucionalizada, seja no campo científico, prático ou profissional. Após identificar a diferença entre saúde

pública e coletiva, será abordado qual a conexão da segunda, respectivamente, com o tema central deste trabalho: prevenção e promoção da saúde.

[...] a Saúde Coletiva se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, abre-se às contribuições de todos os saberes - científicos e populares - que podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Assim, os movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem as estratégias da Saúde Coletiva (SOUZA, 2014, p.18).

A fim de identificar a conexão entre ambos os temas, primeiramente caracterizamos a saúde coletiva enquanto área que utiliza como instrumento de trabalho a criticidade, ou seja, não se limita apenas a intervenções isoladas da realidade, como se as condições de vida dos indivíduos não possuísse determinações, mas a saúde coletiva vai para além da aparência da demanda que emerge. Tendo essa característica crítica, ela se utiliza de diversas áreas de conhecimento para qualificar ainda mais os seus princípios, para assim, enfrentar as demandas da saúde de forma mais efetiva. Por fim, o que conecta a questão da prevenção e promoção à saúde para com a saúde coletiva se encontra na utilização da primeira, respectivamente, como estratégia da segunda, visto que esta se propõe a considerar a questão da saúde para além das doenças, indo até suas causas e possibilitando que o tratamento possa ser realizado com uma ênfase muito maior do que apenas a demanda aparente. Este processo só será possível através da efetivação, de um trabalho multiprofissional e não institucionalizado, principalmente pelo Serviço social, que visa viabilizar não somente o acesso a essas políticas públicas (como o CAPS AD), mas também uma qualidade na forma de tratamento para com seus usuários, para que assim, seu exercício profissional possa ser realizado de forma que abranja a totalidade daquele indivíduo, para compreender a sua realidade e formular estratégias para efetivar seu enfrentamento. Portanto:

[...] a saúde coletiva privilegia nos seus modelos ou pautas de ação quatro objetos de intervenção: políticas (formas de distribuição do poder); práticas (mudanças de comportamentos; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos/ambientes); e instrumentos (meios de produção da intervenção) (PAIM, 1998, p. 312).

Desta forma, a saúde coletiva possui quatro objetos de intervenção em seu funcionamento: o primeiro é o político, sendo este responsável por designar o papel que cada um terá que realizar para se alcançar o objetivo proposto, dando a cada um a função devida; o segundo é o das práticas: este possui relação com a forma em que se efetivará as ações da saúde coletiva, tendo haver com práticas profissionais e sociais, esta última, realizada pela sociedade civil; as técnicas: ligadas ao ambiente em que as atividades serão realizadas, juntamente com a gestão de seus recursos pelos profissionais devidamente escolhidos para o melhor proveito deles e por fim o quarto objeto: os instrumentos, estes caracterizados por serem as ações que serão feitas com os sujeitos, sejam palestras, reuniões, etc,. Estes quatro elementos devem fundamentar a saúde coletiva para qualificá-la, a fim de proporcionar melhores condições de acesso às práticas e as políticas públicas de saúde. Por fim, um marco histórico que vai ao encontro e contribui para o processo de efetivação da Saúde Coletiva é a Reforma Sanitária e a conquista do Sistema único de Saúde (SUS), que será abordado no próximo item.

2.1 Reforma Sanitária: SUS

A Reforma Sanitária inicia-se em meados da década de 1970 com o crescimento de debates e reuniões no âmbito da saúde coletiva. Compete-se destacar que esses debates destacaram a observação das mudanças acontecidas na saúde, associando-os com os impactos da economia que intensificou as condições de vida dos indivíduos, impossibilitando o alcance a meios essenciais, fazendo-os mais suscetíveis a problemas de saúde e outros danos. “O debate colocou a relação da prática em saúde com a estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade” (BRAVO, 2010, p.58).

Para a autora, esses encontros contaram com vertentes estimuladoras:

1. Centro Brasileiro de estudos e Saúde (CEBES), criado em 1975 que difundiu a importância da medicina social, instância de organização do saber em saúde (a saúde é muito mais do que ausência de doença, conceito ampliado, processo histórico da doença) defesa da saúde coletiva, referencial teórico.

2. Assalariamento dos médicos, estes que viram o declínio da prática liberal, em que a maioria trabalhava em instituições públicas. A manifestação de 500 médicos residentes, em 1977 apontou para a opinião pública os baixos salários recebidos, e as precárias condições de trabalho (e da equipe técnica), condições de assistência aos usuários. Suas propostas: oposição a intermediação lucrativa e comercialização da medicina, controle da produção, comercialização e publicidade de remédios, apoio a indústria farmacêutica nacional, a ausência de políticas oficiais de controle de natalidade, ensino acadêmico-profissional de melhor qualidade, expansão do mercado de trabalho, restabelecimento dos direitos democráticos, revogação das leis de exceção e constituinte. a globalização neoliberal foi um fator que dificultou a construção do SUS no Brasil.

3. A academia, representada pela docência, pesquisa acadêmica.

Conforme Bravo (2010), um acontecimento memorável para o debate à cerca da Saúde no Brasil foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em Brasília, em março de 1986, tendo como temas centrais:

(I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; (II) Reforma do Sistema Nacional de saúde em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, município, territórios) na prestação dos serviços de saúde; (III) Financiamento setorial (BRAVO, 2010, p.88).

A oitava conferência (CNS) de 1986, diferentemente das demais, teve a presença de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre elas, mil delegados. Sendo de grande importância, como um marco que possibilitou incluir a sociedade em discussões sobre a Saúde, trazendo um conceito que Saúde vai além do conceito de “ausência de doença”, sendo um conceito ampliado, biopsicossocial, em que a saúde ou doença, depende também de outros fatores.

Paim (2008) traz a Reforma Sanitária dentro sob uma perspectiva de modificação da vida social, e não exclusivamente em meios de gestão e administração da prestação de serviços de saúde. Considerando a Reforma Sanitária como um acontecimento histórico-social o autor organiza sua análise com base nos eixos: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Sendo assim, tem-se:

Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social poderia ser analisada como ideia proposta – projeto – movimento - processo: ideia que

se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p.36).

Nos anos 1990, observa-se uma mudança motivada pela Política de Ajuste Neoliberal, perante o papel do Estado na Saúde. No sentido em que, apesar das alterações no texto constitucional envolver avanços, vê-se uma forte investida por parte do capital, voltada para o mercado. Exemplo disso é ao estipular a reforma da previdência e não da seguridade, onde o governo dispôs do intuito de desmonte da proposta de Seguridade Social apresentada na Constituição Federal de 1988. “Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro” (BRAVO, 2009, p.100). Conforme Bravo (2009), a promulgação da Constituição Federal de 1988, simbolizou o compromisso de consolidação e extensão dos direitos sociais. Cabendo-se destacar em seu artigo nº 196:

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

A autora destaca ainda, que as alterações na norma constitucional tiveram como consequência “um texto bom para a saúde que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário” (BRAVO, 2009, p.94).

Para a autora, sob o ponto de vista neoliberal, a Saúde torna-se ligada ao mercado, reforçando-se as alianças com a sociedade civil, onde a mesma detém a responsabilidade dos gastos da crise, onde a refilantropização é uma das demonstrações disso. Contrata-se cuidadores e agentes comunitários para substituir os profissionais específicos, com o intuito de redução de despesas.

Bravo (2009) reafirma que o Projeto de Reforma Sanitária tem como um de seus resultados o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fruto de muitas lutas e movimentos dos profissionais de saúde, aliados ao movimento popular. Em relação a este, salienta-se que sua principal preocupação seja a atuação do Estado em relação à sociedade, de maneira que este atue pautado na ideia de Estado democrático e de direitos, sendo responsável pelas políticas sociais, logo, pela saúde.

Quando se trata do Sistema Único de Saúde (SUS):

Apesar das declarações oficiais de adesão a ele, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações da saúde em geral (BRAVO, 2009, p.100).

Com isso, cabe-se ressaltar alguns pontos que dificultaram o progresso do SUS como política social, dentre os quais: o desprezo ao princípio da equidade na destinação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos nas esferas federais, estaduais e municipais, e desligamento do princípio da integralidade, isto é, inseparabilidade da prevenção e atenção curativa, existindo prevalência da assistência médico-hospitalar em prejuízo das ações de proteção e promoção da saúde.

Para Bisneto (2011), com a inserção do SUS, a Saúde se ratifica como maior área de trabalho do Serviço Social:

Desde 1990, com a aprovação da LEI 8.080 – que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou o conceito de saúde para além de sua dimensão curativa – os assistentes sociais tornaram-se protagonistas nesse. (...) Hoje a Saúde emprega boa parte de 56 mil assistentes sociais existentes no Brasil, constituindo-se assim em seu principal mercado de trabalho (ABREU, 1999 apud BISNETO, 2011, p.38).

Cabe-se salientar sobre essa Lei, de 19 de setembro de 1990, que institucionalizou o SUS, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Têm seu artigo 2º das disposições gerais: “Art. 2º: A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990 s/p).

Em relação à trajetória histórica da Saúde, destacando-se os avanços e conquistas pertinentes junto a Reforma Sanitária faz-se necessário destacar os princípios do SUS que conferem sua legitimidade: Universalização, Equidade e Integralidade:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 1990 s/p).

Fica evidente que a Universalidade refere-se à garantia do direito à saúde para todas as pessoas, estando ao alcance de todos, sem nenhuma forma discriminatória, o acesso aos serviços ofertados pelo SUS. Isto é, o primeiro princípio constitutivo do SUS preconiza o acesso universal à saúde, Todavia, na atual conjuntura de retração dos direitos sociais, o que se observa é encolhimento do Estado frente aos direitos da classe trabalhadora, indo na contramão deste princípio.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 1990 s/p).

Quanto à equidade, salienta-se sua importância no sentido em que veio ao encontro da questão do acesso aos serviços, acesso este, na maioria das vezes lesado pelas desigualdades sociais existentes entre os sujeitos. Neste sentido a equidade é de extrema relevância para que se alcance a justiça social, pois, nem todos os indivíduos possuem as mesmas condições para acessar os direitos sociais básicos. Desta maneira, tem-se a necessidade de maiores investimentos nas ações e serviços de saúde existindo uma prioridade para os grupos em maior vulnerabilidade social, por exemplo.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990 s/p).

No que tange esse princípio, entende-se que este preconiza a necessidade das políticas públicas desenvolverem ações intersetoriais, com o intuito de atender as demandas dos usuários de forma mais ampla, objetivando apreender outros aspectos que perpassam a vida desses sujeitos para além da doença. Diante disso a integralidade busca apreender a população em sua totalidade, entendendo a importância da articulação em rede com as demais políticas públicas, visando desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde, não apenas ações de caráter paliativo.

No que se refere aos principais fundamentos do SUS, incluso no Projeto de Reforma Sanitária, pode-se dizer que a Universalidade do Direito foi um dos aspectos que têm causado objeção dos formuladores do projeto de saúde direcionado aos interesses do mercado. Reportando-se a isso a próxima consideração da autora salienta que “esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (BRAVO, 2009, p.101-102).

Contudo, cabe-se destacar que, conforme a autora, apesar de se ter obtido alguns avanços, o SUS está distante de ser conforme prevê a Constituição de 1988, existe um longo caminho a ser percorrido até que se alcance o que propõe o movimento sanitário. Com isso, tem-se:

O SUS foi se consolidado como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2009, p.107).

Segundo Campos (2006), o movimento sanitário desequilibrou a correlação de forças a favor do SUS, porém acaba por ser uma reforma incompleta, com a difusão de uma política universalista que se confronta com o contexto de ajuste econômico, adoção de referencial neoliberal que impõe restrições ao estado no que se refere aos investimentos públicos. Podendo-se observar que o SUS rema contra a maré em tempos de contra reforma conservadora e liberal, visto o contexto político e cultural que se encontra.

Nesse contexto de reformas na Saúde e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), emergem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços estes, que visam atender demandas em saúde mental, com o intuito de desenvolver um atendimento que rompa com a lógica manicomial e higienista., o que será abordado no próximo capítulo.

3 INSTITUIÇÃO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS CAPS AD III SÃO BORJA

Levando em consideração os processos históricos perpassados até a criação dos CAPS, faz-se necessário uma breve contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, quanto ao movimento de Reforma Psiquiátrica, pode-se dizer que a mesma promoveu um avanço, pois visava à reinserção dos sujeitos com transtornos mentais à sociedade, preconizando a cidadania, a não institucionalização, o acesso a outros direitos, o que vai ao encontro do Projeto Ético Político do Serviço Social. Para tanto, segundo a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 de 2001:

Art. 1º Os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno Mental, que trata essa lei são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, e grau de gravidade (...)
Art. 2º Nos atendimentos em Saúde Mental, de qualquer Natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo Único desse artigo, I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de Saúde, consentâneo às suas necessidades (BRASIL, 2001, s/p).

Sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica, Bisneto (2011) relata que esse Movimento surgiu e ganhou força nos anos de 1980, década em que surgiram novos acontecimentos e movimentos que contribuíram para o desdobramento entre Saúde Mental e Serviço Social, sendo que surge com projetos de esquerda, com grandes preocupações sociais (BEZERRA, 1994 apud BISNETO, 2011).

No Brasil, nos anos de 1970, os militantes das várias correntes de psiquiatrias e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e organizaram congressos em níveis regionais e até nacionais, dos quais, na década de 1980, se originou o que chamamos de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995 apud BISNETO, 2011, p.34).

Segundo Rosa (2006) a periodização da história e dos avanços da Reforma psiquiátrica no Brasil teve início em 1978, envolta no período de regime ditatorial, o que impossibilitou posicionamento político da sociedade. Nessas circunstâncias “[...] se destaca o movimento trabalhadores de Saúde Mental, que inicia um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátricas vigentes na época” (ROSA, 2006, p.23).

Nesse contexto, a autora aborda a questão da Reforma Psiquiátrica e a periodização voltada mais para a região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais). A periodização divide as mobilizações em 5 períodos, onde se inicia, sendo o 1º período em 1978 e vai até 1982, que foi chamada de Mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura. Quanto aos demais períodos:

2º período: chamado de Expansão e formalização do modelo sanitário (ações integradas de saúde e sistema único de saúde); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado (1980-1982).

3º Período: Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica (1987-1992).

4º Período: Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; “Desospitalização Saneadora” e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Emergência das Associações de Usuários e Familiares (1992-1995).

5º Período: Limites à expansão da Reforma no Plano Federal Tendo em Vista as Políticas Neoliberais do Governo FHC; Aumento do desemprego, Miséria e Violência Social; Consolidação e Difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no Plano Municipal (1995).

Sendo assim, faz-se necessário a contextualização da portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ², tem-se em seu artigo 1º:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

² Abordado no capítulo 2.1 deste trabalho.

Essa estrutura de atendimento em rede a qual os usuários da política de saúde mental podem recorrer e encontrar atendimento às suas demandas propõe:

[...] um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2018, s/p).

Conforme a Lei 3088/2011, quanto à constituição da Rede de Atenção Psicossocial, seu artigo 5º traz que é constituída pelos seguintes componentes:

Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	
COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas (equipes para consultórios na rua e equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório) Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização Unidade de Pronto Atendimento Pronto-socorro Unidades Básicas de Saúde Centros de Atenção Psicossocial UPA 24h
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Residências Terapêuticas Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Unasus2

Segundo informações do site do Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial dentre outras instituições de atenção que a compõem, tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que:

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes³ deveriam morar manicômios (BRASIL, 2018, s/p).

Conforme Ministério da Saúde (2004), os CAPS são instituições destinadas a atender usuários com transtornos mentais, que têm em vista a integração social e familiar desses usuários, estimulando iniciativas que visem sua autonomia, bem como proporcionar atendimento médico e psicológico.

Com isso, conforme Pieve (2010), os CAPS caracterizam-se por serem serviços para comunidade e “possuem valor estratégico para Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois com o surgimento desses serviços de atenção à saúde mental, tem-se a possibilidade da organização de uma rede substitutiva aos Hospitais psiquiátricos” (PIEVE, 2010, p. 34). Dessa forma esses espaços visam atender demandas em saúde mental, com o intuito de desenvolver um atendimento que rompa com a lógica manicomial e higienista, com intervenção pautada no trabalho interdisciplinar e integral.

Tendo em vista que o Caps é um espaço destinado a acolher toda pessoa que buscar pelo serviço, sem qualquer distinção, oferecendo atendimentos com equipes multidisciplinares, é importante destacar que os Caps visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde

³ Terminologia utilizada pela área da Medicina, porém, o Serviço social, utiliza-se do termo “Usuário”.

mental de sua área; • coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; • manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p.13).

Pode-se afirmar que os CAPS são diferentes quanto à estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas, quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves. Faz-se importante também a sistematização dos diferentes tipos de constituição:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (BRASIL, 2018, s/p).

Conforme o Ministério da Saúde fica evidente que os CAPS variam para atender de acordo com a cidade e as características populacionais a qual pertence. Sendo que cada um trabalha em prol das suas especificidades, executando um trabalho articulado a rede para melhor atender e compreender as diferentes demandas e direcioná-las para o que melhor vier atender.

Figura 2: Centro de atenção psicossocial (CAPS) e a rede de atenção psicossocial.



Fonte: Brasil, 2004, p.11.

No que se refere ao histórico da Instituição CAPS ad III de São Borja, observa-se não haver registros da história da instituição. Dessa forma, buscaram-se informações em trabalhos de conclusão de curso de anteriores estagiárias da Instituição. Dessa forma, conforme Pieve (2010): “Descobriu-se, inicialmente, era um programa chamado Cuca Legal, e somente no início de 2009, passou a ser chamado de CAPS ad.” (p. 44). Segundo a autora:

De acordo com informações da psicóloga da instituição, em 2004, o Centro de Atenção Cuca Legal, financiado pelo Estado em parceria com o município, iniciou suas atividades em São Borja. O Estado destinou recursos para compra de materiais e, o município, em contrapartida, disponibilizou os

profissionais. Esse serviço priorizava o tratamento para dependentes químicos- álcool e outras drogas- e também os usuários que sofriam de depressão. Localizava-se nas dependências do Hospital São Francisco, cujo horário de funcionamento era de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h (PIEVE, 2010, p.45).

Pieve (2010) traz ainda que em 2005 a psicóloga da instituição encarregou-se de coordenar o Programa. A equipe técnica nesse período era constituída por quatro profissionais, dentre eles: terapeuta ocupacional, psicóloga, recepcionista e uma funcionária responsável pela limpeza e pela cozinha, sendo essa equipe ampliada em 2007, vindo a compor o quadro de equipe: um enfermeiro, um clínico geral, professor de educação Física, professor de educação artística e uma merendeira. Nesse mesmo ano, a coordenadora foi comunicada que o programa viria ser extinto para se tornar um Centro de atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad).

A implementação dos CAPS ad, está prevista na normativa do Ministério de Saúde (Portarias 189 e 336 de 2002), inclusive com recursos garantidos, a fim de que se possa oferecer tratamento adequado aos usuários da saúde mental, dependentes de álcool e outras drogas (PIEVE, 2010, p.45).

Conforme isto, em 2006, iniciou-se uma fase de “convencimento” dentro da esfera municipal, que a princípio manifestou-se de forma resistente. Nesse mesmo ano, porém, após o gestor de saúde do município aceitar, foi criado o projeto que implantaria o CAPS ad em São Borja, sendo este enviado a 10ª coordenadoria em Alegrete a qual remeteu para a Secretaria Estadual de Saúde, em Porto Alegre e, subsequente para o Ministério da Saúde, o qual no final do ano de 2007 aprovou o projeto.

Pieve (2010) traz também que no final de 2007, após o município suspender os recursos antes destinados ao Programa “Cuca Legal” e depois mantidos as pessoas que estavam em tratamento, à psicóloga e coordenadora fez uma reunião com os usuários e seus familiares, formalizando o encerramento. Perante o exposto, os usuários e famílias recorreram à reivindicações junto à Prefeitura Municipal de São Borja e Câmara de Vereadores da cidade, o que veio a acarretar a aprovação da manutenção do programa “Cuca Legal” por parte do Município.

Ainda de acordo com Pieve (2010) em entrevista com coordenadora, no começo de 2008 foi destinado um recurso no valor de 50 mil reais, pelo Ministério da

Saúde, para que o CAPS ad fosse implantado no Município. “Com esse dinheiro, foi realizada uma reforma na estrutura física do local, comprado um carro e também equipamentos para a ampliação da cozinha” (PIEVE, 2010, p.46).

No ano seguinte, houve mudança na coordenação do CAPS ad, onde outro profissional também psicólogo assumiu a posição. Nesse ano de 2009, o CAPS ad ainda não estava tendo repassados os recursos para manutenção, pois estava em processo de aguardo do seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Durante esse período, o CAPS ad contava com o repasse de verbas do município para disponibilização das refeições dos usuários, despesas de vencimentos da equipe técnica e demais despesas mensais de funcionamento.

Após a realização do credenciamento, em outubro de 2009 no Ministério da Saúde, o CAPSad de São Borja, foi reconhecido pelo governo federal, que destina mensalmente recursos para seu funcionamento. Isto acontece por meio do repasse aos municípios dos gastos realizados nos tratamentos, pagos à Secretaria Municipal de Saúde por APACs, que são Autorização por procedimentos de alta Complexidade (CRUZ; FERREIRA, 2009 apud, PIEVE, 2010 p. 46).

Quanto à sua localização, a instituição CAPS ad III de São Borja tem por atual endereço a Rua Olinto Aramy Silva, número 362, bairro centro e suas instalações encontram-se no prédio térreo desse endereço. De acordo com a portaria 3088 considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, tem-se sobre o Centro de Atenção Psicossocial:

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011, s/p).

Traz ainda em seu artigo 7º, inciso 4, dentro das modalidades dos centros de atenção psicossocial:

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda

clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2011, s/p).

Reforça-se que o Caps AD III em São Borja tem seu trabalho voltado à rede básica de saúde, atendendo a usuários com problemas psíquicos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dentre suas dependências, o CAPS ad III de São Borja/RS possui sala de recepção, sala para atendimento ambulatorial, médico geral e psiquiátrico, psicologia e Serviço Social; Dispõe também de um depósito para os mantimentos, e outro para os demais materiais, um refeitório onde são oferecidas as 4 refeições do dia, 2 banheiros, cozinha, quarto feminino com banheiro, acomodação e cama para 4 pessoas, masculino com acomodação e camas para 8 usuários, espaço de descanso com sofás e televisão, sala de oficina climatizada tendo por função a realização de grupos de estudos e reflexões, rodas de conversas, oficinas de pintura e lazer. Possui também um amplo pátio e área de Lazer com espaço para recreação e prática de esportes, bem como campo de futebol e uma nova cancha de bocha, construída pelos próprios usuários juntamente com a atual educadora física.

Com isso, pode-se dizer que essa estrutura física encontra-se de acordo com o Ministério da Saúde, o qual exige para seu funcionamento o mínimo: “Sala de espera e recepção; área de apoio administrativo; consultórios. Área para atividades em grupo; 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso; refeitório; posto de enfermagem” (BRASIL, 2004, p. 296).

O objetivo da Instituição é atender Usuários que demandem de Políticas Públicas em Saúde, desenvolve um trabalho com respeito e qualidade dos serviços. Surge como um modelo de política interdisciplinar e multidisciplinar, com profissionais de várias áreas fazendo um atendimento terapêutico, levando em consideração a formação do profissional, mas o atendimento sendo pensado como forma de prevenção, tratamento e reinserção social, realizando um trabalho com a perspectiva de Redução de danos, sendo esta:

[...] um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas que é utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições formuladoras das políticas sobre drogas no Brasil, como a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde. A RD não pressupõe que deva haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas – no âmbito da sociedade ou no caso de cada sujeito –, seu

foco incide na formulação de práticas, direcionadas aos usuários de drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, que têm por objetivo a diminuição dos danos causados pelo uso de drogas (CRUZ, 2016, p. 4).

Para Lancetti (2008, p. 77), a Redução de Danos “é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas”.

Conforme Lopes e Gonçalves apud Carneiro (2014), no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, pode-se afirmar que o mesmo faz parte da sociedade há séculos, transcorrendo todo processo histórico do Brasil, desde os primórdios em seu descobrimento até os dias atuais. Não obstante, houve um crescimento expressivo no uso de substâncias psicoativas no Brasil, provocando importantes questões no âmbito de saúde, jurídico e social, consolidando-se um problema de saúde pública que desencadeou a elaboração de várias políticas com o propósito de solucionar esse problema.

A princípio, em parceria com o poder judiciário, essas ações enfatizavam a redução da demanda com forte associação da droga e do usuário à criminalidade. Posteriormente, evoluiu-se para a criação de políticas voltadas para a atenção integral à saúde dos usuários, efetivando-se dentre outras a Política Nacional de Redução de Danos (PACHECO, 2013, apud LOPES E GONÇALVES 2018, p.3).

Lancetti (2008) nos reforça que a Redução de Danos como política é o oposto da política prevalecente, de combate ao uso de drogas (Abstinência), tendo em vista que esta esteja fundamentada na associação com a criminalização, tencionando a extingui-las.

Como prática de saúde pública está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida. Tal prática teve início nos anos 1990 com a distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis, preferencialmente cocaína e heroína (LANCETTI, 2008, p. 77).

Conforme Lopes e Gonçalves (2018), no início, as medidas de Redução de Danos estiveram voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, através do oferecimento de materiais ligados à utilização de substâncias psicoativas injetáveis, tendo como propósito a redução do uso compartilhado de seringas entre os usuários. Porém, esse serviço veio sendo ampliado, ocasionando aprovação da “Portaria nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005, que regulamenta as ações de Redução

de Danos sociais e à saúde”. Sobre esta portaria pode-se afirmar segundo o Ministério da Saúde: “Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por essa portaria” (BRASIL 2005, s/p).

Dessa forma, é importante ressaltar que a Portaria nº 1.028/GM, dentre suas enes considerações relacionadas à Saúde e demandas que emergem do uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, bem como suas considerações acerca dos riscos e consequências maléficas resultantes desse uso, cabe-se destacar seus artigos 7º e 8º:

Art. 7º Estabelecer que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde.

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade (BRASIL, 2005, s/p).

Faz-se necessário salientar que a redução de danos, conforme a portaria tem uma perspectiva voltada à promoção dos direitos humanos, visando à consolidação da liberdade de escolha e decisão do usuário, respeitando sua singularidade, bem como a preservação da sua identidade. O que fica explícito na página do Ministério da Saúde, 2005, em seu artigo 9º, inciso 1º:

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.
§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Mesmo que,

Durante um longo período, a legislação brasileira baseou suas políticas públicas em ações de caráter higienista, com determinações invasivas em relação ao usuário de substâncias psicoativas, preconizando a utilização das internações compulsórias e tratamentos obrigatórios que resultavam na interdição dos direitos dos usuários (LOPES E GONÇALVES, 2018, p. 3).

Percebe-se que as ações de redução de danos ao contrário do que o senso comum nos estigmatiza, elas preveem ações baseadas na efetivação e cumprimento dos direitos humanos dos usuários, assim como na garantia de preservação das suas decisões e identidade, fugindo uma vez do caráter higienista, onde preconiza-se as internações compulsórias e demais tratamentos que vão contra os direitos dos usuários, de encontro à uma lógica que retira dele seu poder de decisão, sua autonomia. Nesse sentido, traz-se conforme Carneiro apud Lopes e Gonçalves (2018, p.3):

Apesar de inseridas no campo da saúde pública brasileira, as ações preconizadas pela Política Nacional de Redução de Danos fazem parte de uma política pública relativamente nova perante as ações cotidianas dos profissionais de saúde, o que resulta na pouca utilização e dificuldade de reconhecimento como estratégia válida ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas (Morera, Padilha & Zeferino, 2015). Dessa forma, as estratégias de tratamento estimuladas pela Política de Redução de Danos acabam sendo muitas vezes percebidas como um incentivo à manutenção do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Essas concepções circulam por toda sociedade pelos discursos sustentados pela justiça, pela mídia, por projetos religiosos ou como proposta sugerida por algumas comunidades terapêuticas de cessar com o uso de drogas e permanecer com sua associação à criminalidade, o que faz com que os estigmas e preconceitos direcionados aos usuários de álcool e outras drogas sejam mantidos cotidianamente (PORTARIA Nº 3.088, 2011; CARNEIRO, 2014 apud LOPES E GONÇALVES, 2018, p. 3).

Cabe-se ressaltar conforme PIEVE (2010), levando em consideração o crescimento do número de dependentes químicos, em especial os usuários de crack, a sociedade, instigada e motivada pela mídia, acaba por requerer maiores números de vagas que atendam internações aos usuários, notadamente aos dependentes de drogas.

Essa atitude de recorrer à internação como “solução” para a política de saúde mental desconsidera a compreensão de atendimento integral desses usuários, além de contrariar os princípios da reforma Psiquiátrica. Ampliação de leitos não resolve se não houver ações intersetoriais, articuladas entre os serviços de saúde e demais políticas sociais (PIEVE, 2010, p.88).

É importante salientar que durante o processo de elaboração deste trabalho de conclusão de curso, foi estipulado o decreto 9761/19, acerca da questão da redução de danos. O documento apresenta alguns pontos contraditórios com relação à Política de Saúde Mental vigente até então, dos quais podemos destacar:

4.2.2. Dirigir ações de educação preventiva, inclusive em parcerias públicas ou com entidades privadas sem fins lucrativos, de forma continuada, com foco no indivíduo e em seu contexto sociocultural, a partir da visão holística do ser humano e buscar de forma responsável e em conformidade com as especificidades de cada público-alvo:

- a) desestimular seu uso inicial;
- b) promover a abstinência; e
- c) conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2019, s/p).

O Decreto nº 9761 de 2019 foi promulgado com o intuito de intensificar o tratamento de abstinência de usuários de álcool e outras drogas por meio de algumas ações que vão de encontro com a discriminação das drogas, pois a partir dele, nenhum tipo de substâncias atualmente considerada ilícita poderá ser comercializada, ou ao menos, produzida legalmente. Um fato que se faz relevante mencionar é o investimento do governo também em instituições terapêuticas, que já possuem em suas bases à própria consciência de utilizar apenas a abstinência como forma de atendimento para seus usuários. Este decreto, portanto, significa um retrocesso na forma como o uso de drogas é visto e nas ações de atendimentos às demandas geradas, porém, isso não significa que a redução de danos deixará de ser uma estratégia do Caps Ad III de São Borja, visto que o novo decreto não remete à alterações nas normativas relacionadas ao funcionamento dos CAPS.

Dessa forma, torna-se ainda mais importante, trazer que de acordo com as vivências e relatos presenciados durante o estágio supervisionado I e II dentro da instituição CAPS ad III de São Borja, pode-se observar que a RD vem contribuindo de forma positiva na vida de dos usuários. Conforme relatos, ressalta-se sua contribuição para o usuário que fazia uso de uma substância mais agressiva de maneira abusiva, viesse a fazer uso da mesma em menor quantidade, ou até menos que viesse a resumir seu uso de drogas à substâncias menos prejudiciais à saúde como por exemplo, a maconha. Nessa instituição percebe-se que alguns usuários, vêm buscando um atendimento que vise à perspectiva da redução de danos e que na maioria dos casos que venha a resultar na total abstinência. Sobre isso, conforme

cartilha Guia de Saúde Mental Atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas, tem-se:

Em São Paulo, o PROAD/UNIFESP (Programa de Orientação e Assistência ao Dependente, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo) 29 realizou uma experiência de substituição de crack por maconha. O resultado foi que 68% dos pacientes avaliados conseguiram parar de usar crack e, muitos pararam também de usar maconha. Estudos mostraram ainda que, além de fazer a substituição, esses pacientes avaliados voltaram a trabalhar; namorar; estudar; dentre outros (LABLIAGLINI, 2000, apud BRASIL, 2013, p.28-29).

Em determinados momentos se percebe que a contradição se manifesta na instituição, com relapsos da prática clínica, onde predomina o saber médico, com ênfase em tratamento e não o atendimento em conjunto de fatores. O enfrentamento e resistência na instituição tem que ser estratégico para que junto os saberes profissionais desempenhem um trabalho no coletivo.

Os usuários de políticas públicas que ali frequentam é relacionado com uso abusivo de álcool e drogas, alguns por livre espontânea vontade de se inserir em um atendimento que contribua a parar ou reduzir danos, outros ainda por medida compulsória, que segundo a lei 10.216, encontra-se em os tipos de internação psiquiátrica sendo aquela determinada pela justiça. O que consta no artigo 9º:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001, s/p).

O Serviço Social respaldado pelo seu código de ética Profissional trabalha na perspectiva de respeito à liberdade de escolha dos Sujeitos, e assim compreende que a medida compulsória é um elemento que pode dificultar o atendimento por ser imposto ao usuário. “Porém é fato que em situações de risco torna-se uma alternativa” (EIDELWEIN, 2017, p. 55).

O CAPS ad III faz parte da Saúde Mental, tendo seu trabalho voltado à rede básica de Saúde, atendendo os usuários que sofrem de problemas psíquicos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa instituição dispõe de atendimentos intensivos 24h por dia, semi-intensivo sendo tratamentos realizados 3 vezes na semana e não intensivo onde são realizados acompanhamentos periódicos, de acordo com as demandas e particularidades de cada usuário.

As demandas do CAPS ad III chegam por meio de encaminhamentos realizados pela Rede de atenção psicossocial.⁴ Essa rede é composta pelos ESF (Estratégia de Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), pelos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Secretaria de Assistência Social, Conselho Tutelar e Ministério Público. Tais instituições e/ou órgãos encaminham demandas para a assistente social do CAPS ad III, que dão visibilidade à questão social na aparência de problemas com uso abusivo de álcool e outras drogas. Também são apresentadas demandas como quebra ou rompimento de vínculos familiares dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua com vínculos fragilizados e/ou rompidos, gênero feminino que faz uso abusivo de álcool e outras drogas para superar violência doméstica ou situações de abuso vivenciadas na infância, adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas em virtude do uso ser recorrente na própria família, encaminhamentos como evasão escolar o conselho tutelar comunica o CAPS AD III que adolescentes que faz uso estão sem frequentar a escola, e também usuários em situação de risco e vulnerabilidade social, oriundas da falta de emprego devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dentre os atendimentos ofertados pela equipe profissional do CAPS ad III de São Borja tem-se: atendimentos psicológicos e psiquiátricos, atendimento ambulatorial realizado pela profissional de enfermagem a qual realiza o procedimento de aplicação de medicações prescritas pelos médicos responsáveis, encaminhamentos à rede de proteção social, bem como atendimento com clínico geral que acontece semanalmente.

Também é ofertado o serviço de atendimento social de apoio à família, contando com visitas domiciliares, atendimento individual, bem como grupos de convivência e grupos de apoio sendo realizados pela assistente social da instituição. Dentre as atividades desenvolvidas com os usuários têm-se também as atividades terapêuticas executadas pelas terapeutas ocupacionais, as oficinas que oportunizam a produção de trabalhos manuais como abajures, tapetes, chaveiros, dentre outros utensílios de decoração que são confeccionados com diversos materiais e ficam disponíveis para venda na recepção da instituição, possibilitando a arrecadação para

⁴ Conforme explicado capítulo 3, p. 34-35.

compra de outros materiais. Dentre as atividades esportivas e de lazer são realizadas caminhadas no parcão, possibilitando aos usuários que exercitem, espireçam, e que tenham um momento de diversão e interação. Também parte dos serviços prestados pela instituição a inserção das rodas de conversas do projeto de extensão da Unipampa. Projeto este que justifica-se no compromisso social da Instituição de aumentar ações para além da instituição universitária, além do atendimento de tratamento, isto é, possibilitar à comunidade práticas de prevenção em todos os aspectos que dizem respeito à Saúde Mental com o objetivo de viabilizar melhor qualidade de vida, tendo em vista a prevenção e viabilizando a saúde de maneira integral, o que contribui para fortalecimento das potencialidades dos Usuários que frequentam a instituição.

A instituição recebe recursos federais para manter-se em funcionamento. E conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Centro De Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de São Borja (CAPS ad III) tem uma gestão municipal e atualmente conta com a atuação de 22 profissionais na instituição, sendo eles: 1 médico clínico geral, 1 psiquiatra, 4 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 2 psicólogas, 1 assistente social, 1 educador físico, 1 terapeuta ocupacional (a qual encontra-se de licença), 3 cozinheiras, 1 agente operacional, 1 monitor e 1 serviços gerais. Presta atendimentos ambulatoriais e de internação, possui acolhimento noturno até às 19h, dispendo de 12 leitos para acomodações como já citado anteriormente.

3.1 O Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps ad III) de São Borja

Alicerçado pelo método dialético Crítico que norteia o trabalho do Assistente Social, considera-se importante o reconhecimento dos processos históricos da profissão no âmbito de Saúde Mental e a referida instituição em questão, CAPS ad III de São Borja. Reconhecer a questão social ⁵como objeto de estudo e intervenção é

⁵ Conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

fundamental. No que diz respeito às categorias do método historicidade e totalidade, faz-se necessário além do reconhecimento da instituição, o entendimento do Serviço social neste espaço de trabalho e seu papel na prevenção e promoção em Saúde.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010, p.34).

A intervenção baseada nesta perspectiva pressupõe análise crítica da realidade, proporcionando melhores possibilidades de identificação e interpretação de demandas, visando à construção coletiva em prol da garantia de recursos (técnicos, financeiros e humanos) indispensáveis à manutenção e garantia dos direitos. Sendo esta uma perspectiva do Serviço Social, é necessário contextualizar que:

O Serviço Social é assim reconhecido como uma especialização do trabalho, parte das relações sociais que fundam a sociedade do capital. Estas são, também, geradoras da “questão social” em suas dimensões objetivas e subjetivas, isto é, em seus determinantes estruturais e no nível da ação dos sujeitos. As desigualdades e lutas sociais contra as mesmas se refratam na produção social, na distribuição desigual dos meios de vida e de trabalho, nas objetivações políticas e culturais dos sujeitos sociais. Reafirma-se a “questão social” como base de fundação sócio histórica da profissão, salientando as respostas do Estado, do empresariado e as ações das classes trabalhadoras no processo de constituição, afirmação e ampliação dos direitos sociais (IAMAMOTO, 2009, p.13).

Tendo em vista o entendimento acerca do Serviço Social com a Política de Saúde Mental dentro de um processo histórico, faz-se necessário a compreensão sobre acontecimentos significativos no que diz respeito à inserção do profissional assistente social na saúde mental. Cabe salientar que conforme Bisneto (2011), a profissão em sua gênese surge para auxiliar a Medicina Psiquiátrica, com função minimizar a tensão ocasionada pelas desigualdades sociais que se apresentavam, pois a área médica não dava conta da dimensão das demandas sociais.

No Brasil, o Serviço Social começou como assistência aos trabalhadores para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, 2011 apud IAMAMOTO; CARVALHO, 1998, p.20).

E, apesar de registro do início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil como sendo na década de 1940, pode-se destacar que nos primeiros 30 anos havia poucos assistentes sociais atuando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios em virtude de o número de profissionais assistentes sociais ser reduzido até os anos de 1960. Nessa época contava-se com um número reduzido de hospitais psiquiátricos, estando localizados nas principais capitais do País. Por vezes, apenas uma instituição para atendimento de uma grande parte do interior, sendo voltados para o atendimento da população mais pobre, ao invés de um atendimento dos trabalhadores em geral (RESENDE, 1990 apud BISNETO, 2011, p.21).

O aumento no número dos/das Assistentes Sociais na Saúde Mental ocorre após 1964:

O número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964 com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar, com a administração centralizada e com a privatização do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada privada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o atendimento e depois eram pagas pelo INPS. Com isso, se multiplicou a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental (BISNETO, 2011, p.23).

Em relação à inserção efetiva dos Assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos, pode-se dizer que só ocorreu em 1973 com a portaria do Inamps que dentre outros aspectos, exigia também o aumento do número de profissionais, incluindo assistentes sociais. Ressalta-se que isso ocorreu de forma bastante contraditória, ou seja, não partiu de necessidades ligadas a melhor forma de intervir junto às pessoas com transtornos mentais, mas sim por parte do Estado ditatorial que visava à legitimação de seu controle sobre os/as trabalhadores, sob o viés de adequar o/a usuário à lógica institucional.

Em meio a esse processo, temos períodos de reformas e conquistas relacionadas à Saúde, como já explicitado anteriormente a Reforma Sanitária, Constituição Federal 1988, Sistema único de Saúde. Em um cenário de desmonte das políticas públicas e de Saúde no País, torna-se importante lembrar que compete ao Serviço Social uma atuação juntamente com outros segmentos que trabalham em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS):

formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional

tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 apud CFESS 2010).

O Serviço Social na instituição trabalha com seu objeto que é a questão Social e suas múltiplas expressões. Respaldados pelo código de ética da profissão, norteados pelo Projeto ético político da profissão (1993) e tutelados pela Lei de Regulamentação da profissão conforme resolução nº 8662/93, trabalha em uma perspectiva de análise e compreensão da realidade baseando-se pelos determinantes sociais na vida dos sujeitos e em defesa da efetivação de seus direitos.

Através do Estágio Supervisionado I e II foi possível observar o trabalho do serviço social na instituição, constatando que além dos atendimentos internos a assistente social realiza trabalhos articulados com a rede, como palestras na rede de educação, participação em eventos com a rede, além de visitas domiciliares com o objetivo de construir os relatórios de cada caso e apreender possíveis novas demandas que envolvam os usuários ou a relação desses com seus familiares. Bem como,

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2009, p.12).

Trabalhar intervindo na vida do ser social requer muito estudo e apropriação da realidade que se manifesta na vida dos sujeitos. Exige também compreender que a classe que sofre com exploração é a trabalhadora, pois o capitalista visa o lucro e, para lucrar, ele necessita da exploração da força do trabalho. O trabalhador, para suprir suas necessidades básicas de vida como se vestir e alimentar - se, se insere no mundo do trabalho com a venda da sua força de trabalho. O capitalismo é gerador de múltiplas expressões da questão social, pois gerar competitividade no mundo do trabalho e massas de desempregados. Para enfrentar estas questões, o assistente social utiliza o método dialético crítico para intervir nas relações sociais, um método que propicia ir além da aparência, buscando os fatores na essência e obtendo uma leitura crítica da realidade.

No atendimento individual junto à instituição em forma de entrevistas, das visitas domiciliares e rodas de conversas, a profissional utiliza inúmeras técnicas profissionais, como por exemplo, a acolhida e a escuta sensível, fundamentais para a construção do vínculo entre profissional e usuário, bem como no processo de apreender a realidade concreta destes para assim intervir de maneira mais eficaz. Quanto a isso:

A escuta sensível e a acolhida ao diferente são potencializadas pela orientação de um tipo de prática que busca abrir-se no cotidiano para as multiplicidades, extraíndo a vida que ainda resiste às imposições do sistema capitalista (RIBEIRO, 2010, p.25).

A escuta sensível se apresenta como um instrumento fundamental para a construção do vínculo entre profissional e usuário, bem como no processo de apreender a realidade concreta destes, para assim intervir de maneira mais eficaz e desvendar expressões da questão social.

O/a profissional Assistente Social intervém no CAPS ad III prestando atendimento à população usuária que englobada usuários que fazem uso abusivo de álcool e drogas, pessoas em situação de vulnerabilidade social, pessoas em situação de rua, usuários com vínculos familiares rompidos e vínculos fragilizados, analfabetos ou com baixa escolaridade, pessoas que se encontram desempregadas ou empregadas informalmente. A partir disto, dá-se visibilidade à enes expressões da questão social vivenciadas na instituição.

Segundo CFESS (2012) “a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado” (CFESS, 2012, p.48). Partindo disso, as expressões da questão social devem ser entendidas enquanto expressões complexas, que muitas vezes não apreendidas facilmente pelos assistentes sociais, por se expressarem de inúmeras formas no cotidiano de vida dos sujeitos.

Assim, ao se falar sobre questão social não se pode reduzi-la ao reconhecimento da pobreza e da miséria, mas sim, ao reconhecimento do impasse existente nas sociedades modernas a fim de desvelar a contradição permanente entre a lógica do mercado e a dinâmica societária (PEREIRA, 2015, p.3).

Pereira (2015) aborda então que no espaço sócio ocupacional da saúde mental, o profissional do Serviço Social vai se deparar com as expressões da questão social que emergem a partir da exclusão social dos sujeitos com deficiência intelectual ou que passam por sofrimento psíquico. A autora destaca o estigma que os sujeitos carregam em suas identidades de “pessoa perigosa e incapaz” (p.4) que historicamente os fez entendidos pela sociedade enquanto sujeitos que deveriam ser excluídos do convívio social.

Com as observações feitas no decorrer do processo de Estágio, durante as rodas de conversa junto aos usuários do CAPS ad III de São Borja, salienta-se a importância de um trabalho de promoção e prevenção junto aos adolescentes da comunidade escolar, tendo em vista vários relatos de usuários que dizem ter iniciado o uso de álcool e substâncias psicoativas ainda na adolescência por influência de amigos, colegas de escola e até mesmo através de seus vínculos familiares que também faziam uso, acarretando no seu afastamento do âmbito escolar e a fragilização de seus vínculos familiares. Ressalta-se a importância dessa atitude tendo como intuito fomentar debates acerca do uso de álcool e outras e suas consequências a fim de evitar o uso e ou promover a redução de danos dos que já fazem uso. Com base nisto, o próximo capítulo irá trazer a promoção e prevenção em saúde como forma de contribuir com informações e reflexões que podem permitir às pessoas a escolha com maior grau de consciência ao fazer o uso de álcool e outras drogas.

4 RODAS DE CONVERSA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS JUNTO À ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL FRANCO BAGLIONI NO INTERIOR DO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA-RS

Ao abordarmos sobre a intervenção, faz-se relevante adentrar na implementação do projeto de intervenção que pauta este trabalho, sendo o principal objetivo proporcionar um espaço de discussão sobre a prevenção e promoção em Saúde Mental e uso de álcool e outras drogas. A partir desta premissa, traremos uma breve conceituação do conceito ampliado de saúde:

Ter saúde, portanto, implica não somente a ausência de doenças, indo muito além até mesmo da definição da Organização Mundial de Saúde sobre saúde. Impõe-se, [...] utilizar os pressupostos da promoção da saúde como estratégia para o (re) pensar no modelo de saúde, incorporando o indivíduo e a coletividade de acordo com suas necessidades, seus determinantes e condicionantes em saúde e, porque não dizer, em sua vida como um todo (FRANÇA et al. 2015, p. 25).

Portanto, quando falarmos em saúde, estamos nos referindo a um termo que vai para além da ausência de doenças, ou seja, não se limita apenas a um indivíduo isolado dos outros e do ambiente em que vive, pelo contrário, considera toda a sua condição, seja ela de moradia, alimentação, convívio com outras pessoas, etc. Assim, considerando mais fatores que o conceito utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), encontram-se elementos que caracterizam saúde enquanto um conjunto de fatores que, juntos, determinam os condicionantes de haver uma situação de adoecimento ou não. Dentre estes elementos: a prevenção e a promoção em saúde.

Temos o retorno da interferência não somente do homem no ambiente em que vive, mas também da influência do ambiente sobre a saúde mental e física do homem, podendo fazer-lhe bem ou não, demandando aos tempos modernos adensar os demais caminhos, desde como entender e manejar, da prevenção ao tratamento, passando inevitavelmente pela promoção da saúde (FRANÇA et al. 2015, p. 24/25).

Desta forma, o espaço de convivência dos sujeitos, conectada a forma como ele interage, é base para que as condições de sua saúde possam melhorar. Com isso,

as condições para a saúde estão em constantes mudanças, passando por consequência, a depender dos meios que vida que o indivíduo possua e ainda se ele poderá ter acesso ou não a elas. É nesta parte que entra a prevenção e a promoção em saúde, enquanto aliadas, fornecem estratégias para o enfrentamento de doenças, inclusive prevenindo a sua ocorrência e qualificando o seu tratamento. Neste sentido, abordaremos agora a respeito da primeira discussão, a Prevenção em saúde.

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades (ANS, 2009, p. 18).

Quando nos referimos a Prevenção na área da saúde, devemos considerar as ações que são realizadas em prol da tentativa de evitar que doenças se espalhem ou que venham a ocorrer em determinados lugares. Para isso, é necessário haver o conhecimento da localidade em que se quer conhecer, saber a sua realidade, as condições de vida da população e as situações em que ela está exposta, recorrendo também a dados e pesquisas para que a melhor estratégia possa ser adotada. Todo este processo corre para a finalidade de reduzir uma futura ocorrência de doenças, ou em alguns casos, a sua não proliferação, caso ela já esteja se desenvolvendo na população, e assim, procura evitar que fatores de risco possam aglutinar-se, o que acabaria por contribuir no processo de disseminação de doenças. Estes fatores de risco são caracterizados enquanto:

[...] ao grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento (PEREIRA, 1995). Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos saudáveis, mas expostos a determinados fatores, adquiram certa doença. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (ANS, 2009, p. 30).

Esta probabilidade leva consigo alguns determinantes sociais, dentre eles: a moradia, o saneamento básico no sentido de haver tratamento do esgoto, escoamento de águas, calçamentos, vias de acesso a alimentação saudável, atividades de lazer, ou seja, lugares para haver interações com outros indivíduos, praças, quadras de esporte, etc., e também as próprias relações sociais com outras pessoas,

principalmente para a questão da saúde mental do indivíduo. Assim, quem dispõe destes fatores pode se encontrar em uma situação concreta para a promoção e prevenção em saúde, diferente daqueles lugares que não provem estes direitos para a população, o risco de doenças é agravado justamente por não haver um ambiente que disponibilize tais acessos. Por isso, vale mencionar que quando identificamos fatores de risco, consideramos os elementos que compunham a realidade social dos indivíduos que se alia ao risco de contrair doenças, ocasionando que ela possa se espalhar e assim, adoecer grande parte da população. Já para Sodré (2013), a Prevenção em saúde:

[...] está correlata ao campo da epidemiologia e, desta forma, se detém a evitar o adoecimento a partir de um conhecimento de práticas cuja meta central é diminuir e evitar doenças, principalmente imunizando indivíduos (Czeresnia, 2003). De acordo com Buss (2003), evitar que as pessoas adoçam é o ponto principal das técnicas preventivas (SODRÉ, 2013, p. 73).

Para a autora, o foco principal da prevenção é a imunização dos indivíduos, a partir da aquisição de conhecimentos que podem gerar o combate às doenças que a população possa estar exposta. Com esta premissa, busca-se primordialmente, realizar um trabalho para evitar a ocorrência do adoecimento dos indivíduos que, estando ou não em situação de risco, possam contrair enfermidades, e assim, evitar o máximo possível que ela necessite de intervenções profissionais e tratamentos. Embora Sodré vá em direção ao que preconiza a ANS, quanto à necessidade de se realizar um trabalho preventivo, ambos diferem no seu principal foco, enquanto o primeiro, respectivamente, enaltece a imunização dos sujeitos, a segunda possui uma focalização maior nas condicionalidades de vida das pessoas, podendo em uma visão de intervenção mais ampliada, uma união entre ambas.

Quando dizemos que algo pode ser evitável, conhecemos o agente causador. Desta forma, afirmamos conhecer “o risco”, o que significa conter aquilo que a priori determina o surgimento de uma doença. Então podemos afirmar que iremos prevenir se antecipar, agir antes que a doença se instale. Os trabalhos de prevenção são de antecipação à doença, combatendo seus possíveis agentes causadores (SODRÉ, 2013, p. 73).

Embora a autora discorde do principal enfoque que se deve dar a prevenção, ele admite que trabalhar na questão dos fatores de risco, ou segundo ele os “agentes causadores”, é de extrema importância. Desta forma, o agir antes do surgimento das doenças é um aspecto que deve ser levado em consideração, pois ele é quem pode

definir que uma possível epidemia seja evitada. Sodré (2013), afirma que esta atividade está correlacionada a área da medicina, mais especificamente aos médicos, pois segundo ele, são os profissionais centrais nesta prática, pois direciona um cuidado maior para o público-alvo, ou seja, um determinado grupo que está em risco ou que já esteja em condições de adoecimento. Porém, não podemos delimitar o papel profissional de prevenção apenas para esta área do conhecimento, caso isso ocorresse, as atividades desenvolvidas seriam padronizadas, ou seja, haveria uma imposição de hábitos de vida para com a população, Sodré (2013). Porém, o Serviço Social existe também para se pensar em estratégias de prevenção em saúde.

Como apenas a prevenção não é capaz de dar conta das doenças, foi necessário realizarem ações que viessem ao encontro dessa discussão, mas enquanto propostas para o enfrentamento a partir da sua já existência, no caso, ações de promoção à saúde. Segundo o ANS (2009), ocorreu em 1986 a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que deu origem a Carta de Ottawa, de acordo com esse documento:

[...] promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986 apud ANS, 2009, p. 19).

Uma das características da promoção à saúde é a participação coletiva da população para o bem estar de todos, ou seja, cada indivíduo tem papel fundamental no processo de melhoria nas condições de vida, podendo ter participação na manutenção do controle dele. Esse processo envolve compreender que o objetivo principal é conquistar o bem-estar não apenas físico, e muito menos individual, mas sim algo muito mais abrangente, envolvendo, respectivamente, a saúde mental e também a social, ou seja, abrangendo todos e todas as complexidades menores. A partir dessa informação, vale mencionar que o papel de contribuir nessa realidade não parte apenas do Estado, ou no caso, dos órgãos responsáveis da saúde, mas sim de toda população que possa contribuir para que a promoção à saúde possa ser efetivada, não apenas naquela localidade, mas sim em um âmbito muito mais amplo, para que todos possam ter acesso.

Ainda segundo a ANS, o termo Promoção em saúde passou por diversas mudanças ao longo do tempo, visto que ela pode ser considerada recente, pois teve o início de sua discussão em 1974, no Canadá, a partir da Carta de Ottawa, documento este assinado por 35 países que criaram ações em saúde, oportunizando que os sujeitos tenham a escolha de qual caminho devem seguir para alcançarem melhores condições de vida. Tal carta surgiu por consequência dos constantes aumentos nos custos da assistência à saúde e o questionamento da atuação médica para com o atendimento a doenças crônicas, (ANS, 2009). Já no Brasil, o tema começou a ser debatido a partir da 8^o Conferência Nacional de Saúde⁶ ocorrida em 1986, evento este que marcou o início da luta pela universalização do sistema de saúde e pela criação de políticas públicas que viessem a atender as demandas existentes, Política Nacional de Promoção da Saúde PNaPS (2014). A própria Constituição Federal do Brasil (1988) aponta para a Promoção em saúde dentro de sua legislação, onde segundo ela:

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

Ainda neste viés Malta (2016) dirá que a promoção da saúde é um compromisso firmado do SUS, além se vincular aos princípios da Carta de Ottawa. Atualmente pode ser caracterizado enquanto um conjunto de valores, tais como “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria” (ANS, 2009, p. 18). Desta forma, podemos apontar que contemporaneamente, a promoção em saúde denota:

[...] novas propostas de políticas públicas, com o envolvimento articulado entre governo e população, partindo do pressuposto que a participação social é determinante para desenvolver ações que assegurem uma saúde mais digna e que atenda às suas reais necessidades. Assim, as políticas públicas de tratamento, de prevenção e de promoção da saúde se impõem, pois refletem o meio em que os cidadãos vivem e determinam as condições de saúde, bem-estar ou de doença, física ou mental (FRANÇA et al. 2015, p. 25).

Tendo em vista que a promoção em saúde pressupõe a participação conjunta entre os governos e a população, estratégias de combate a doenças devem ser

⁶ Conforme mencionada no Capítulo 2.

pensadas a partir da implementação de políticas públicas, estratégias como o CAPS AD. Instituições que visam atender usuários com demandas em Saúde Mental, bem como decorrentes do uso de álcool e outras drogas, devendo trabalhar de forma articulada com outras instituições, neste caso, a rede de atenção psicossocial. Isso é importante para que as necessidades dos indivíduos possam ser sanadas. Para Sodré (2013), ao falar em promoção em saúde:

[...] é preciso associar os saberes técnicos aos saberes populares, para, agindo em ações intersetoriais, gerar o protagonismo dos sujeitos levando, conseqüentemente, a um nível ótimo de vida (Buss, 2003). Portanto, a promoção da saúde é um conceito em construção por meio de ações que se completam entre a prevenção e a promoção, de tal forma que uma não venha a anular a outra e o saber técnico dialogue com o saber popular, proporcionando a criação de um “novo saber” que não tem parâmetros ou pressupostos sobre ele (SODRÉ, 2013, p. 74).

O conceito de promoção é algo que ainda está em construção, por se tratar de um termo relativamente novo. Porém, um fator que caracteriza o pensamento da autora sobre a temática é que ela deve ser pensada em um conjunto de conhecimentos técnicos, ou seja, científicos, e também com o conhecimento popular, em outras palavras, a forma como os indivíduos daquela localidade vivem e a forma subjetiva que possuem, para assim, um novo tipo de saber possa emergir, acarretando então que a prevenção e a promoção em saúde possam trabalhar em conjunto para se alcançar os objetivos propostos.

[...] quando objetivamos a promoção da saúde, essa prática é avaliada socialmente de forma positiva pelos profissionais da saúde. Os trabalhos de promoção à saúde não se tornam objetos apenas de profissionais da área médica, mas ao contrário, deverão favorecer o envolvimento e a participação de todas as pessoas, as organizações da sociedade civil, as associações de bairros etc (SODRÉ, 2013, p. 74).

A autora com este discurso vai ao encontro do que diz a ANS sobre a participação de todos na possibilidade de promover a saúde enquanto uma política para toda a comunidade, havendo tanto a participação de profissionais qualificados como também dos sujeitos envolvidos naquele contexto, para que assim possa existir um trabalho coletivo com o objetivo de possibilitar o acesso das pessoas ao sistema de saúde, além de sua permanência neles, caso seja necessário. Sodré (2013) irá mencionar que não devemos dar visibilidade apenas a questões de saúde, pois como já vimos, esse termo requer que se vá além da ausência de doenças, abrangendo

assim diversas outras áreas da vida, tudo isso a fim de cultivar uma mudança de vida e de hábitos de forma opcional no ambiente em que a população vive. A partir dessa perspectiva, buscar-se-á um trabalho interventivo que se trata de “uma ação baseada no acesso ao serviço de saúde como aquele que irá “produzir junto” conhecimentos, ações, vinculações e interpretações sobre o modo de produzir saúde” (SODRÉ, 2013, p. 75), assim essa atividade possuirá os subsídios necessários para se viabilizar enquanto uma política de acesso ao sistema, além de ser uma forma de construir coletivamente um enfrentamento para as demandas que emergirem. Neste sentido:

A ANS considera como um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aquele que possua um conjunto de atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas prioritariamente para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional (ANS, 2009, p. 25).

Portanto, quando nos referimos à prevenção e promoção em saúde, segundo a ANS, ambas podem ser institucionalizadas no sentido de serem praticadas dentro de uma instituição que conte com uma equipe multiprofissional, contando com profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, etc, profissionais das áreas de humanas como assistentes sociais, entre outros. O alvo das ações a partir das políticas públicas deve assim, não se limitar a sujeitos que já estejam em situação de adoecimento, mas sim, ir além, trabalhando diretamente nas causas daquela situação, ou seja, prevenindo que a sua ocorrência. De acordo com a ANS (2009), o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde tem por objetivo a transformação do sistema assistencial na saúde e a qualificação de vida da população, considerando que a maior parte das doenças que ela está exposta pode ser prevenida. Abordaremos agora o papel do Serviço Social, enquanto profissão que visa viabilizar os direitos dos cidadãos dentro da prevenção e da promoção em saúde:

Os assistentes sociais relatam diferentes formas de prevenir ou promover nas ações que desenvolvem em saúde. Quando são solicitados para explorar as atividades de prevenção, respondem com clareza e precisão, pois compreendem a atuação de combate ao um “risco” específico, referem-se a doenças que requerem uma atuação que se antecipe e que não deixe avançar um quadro preexistente ou em vias de aumento de número de casos (SODRÉ, 2013, p. 75).

Como podemos identificar a partir da fala desta autora, assistentes sociais possuem diversas maneiras de agir enquanto profissão interventiva na realidade dos sujeitos. Quando se trata da prevenção, o Serviço Social possui os conhecimentos necessários para identificar que toda a realidade pressupõe um processo histórico e que nada na atualidade pode ser analisado de forma isolada. Com isso, a profissão pode ser utilizada para pensar-se em estratégias de enfrentamento aos fatores de risco que existem naquela localidade, considerando a historicidade dela e as atuais condições que se encontram, permitindo que o combate possa prevenir a existência ou evitar sua propagação. Ainda nesse sentido:

A promoção da saúde quase sempre é referida como uma atividade de educação em saúde pelos assistentes sociais. Referem-se às atividades dialógicas, como as reuniões com a comunidade, mas também mencionam as palestras — como forma de transmissão de conhecimentos considerados “científicos” aos usuários dos SUS (SODRÉ, 2013, p. 76).

As ações de promoção em saúde podem ser vistas como uma forma de auxiliar a população, em um sentido positivo, para a melhoria de suas condições, partindo de suas próprias atitudes. Segundo a autora, um espaço onde o profissional pode desenvolver atividades com seus usuários é em reuniões comunitárias, visto que tais encontros buscam justamente dialogar com os moradores a respeito de como está à convivência e os problemas que estão ocorrendo ali.

Outra ideia trazida pela autora é a utilização de palestras informativas que podem ser aplicadas, enquanto proposta de transmitir aos usuários conhecimentos que lhes serão úteis no seu dia a dia, porém, vale mencionar que se deve ter cuidado ao utilizar deste método, pois este tipo de abordagem, segundo Sodré (2013), divide os papéis de cada indivíduo nesse processo, ou seja, existe aquele “detentor” do conhecimento e que deve repassar as informações aos demais, e aos que restam, apenas tornam-se receptáculos do que lhes é dito. Os assistentes sociais devem fugir desta perspectiva porque ela remete que o diálogo não seja construído verticalmente, a fim de construir conhecimento coletivamente, mas sim, expressa uma relação hierarquizada de poder, não contribuindo para o processo.

Quando perguntados ao final das reuniões, os usuários não entendiam os motivos pelos quais tiveram que ouvir uma “palestra” sobre um tema que não se relacionava com suas vidas, não encontravam sentido na ação, mas diziam compreender que aquilo era realizado para cumprir um protocolo. Por outro lado, os assistentes sociais faziam mecanicamente uma palestra sobre

um tema escolhido, muitas vezes com um convidado especialista no assunto abordado (por exemplo, um enfermeiro com especialização em controle de diabetes) e assim finalizavam a ação como quem atendeu um quesito do programa estabelecido pelo governo federal (SODRÉ, 2013, p. 77).

Ainda nesta relação, Sodré (2013) aponta duas concepções de ver o uso de ações interventivas enquanto educação para a saúde, como a palestra: a primeira é realizar tais atividades pode ser visto como a construção de um saber entre ambas as partes (profissionais e civis), com o objetivo de dialogar sobre as circunstâncias da vida e as mudanças que nela são necessárias para qualificação de vida. Neste sentido o assistente social entra como uma forma de mediador entre o que se deseja passar e o público alvo, servindo de tradutor das ações a serem tomadas numa linguagem mais acessível e sempre visando informar aos moradores as reais intenções daquelas práticas; a segunda concepção, segundo a autora, é que o usuário seria apenas um receptor de informações, que muitas vezes está participando de uma palestra ou qualquer outra atividade apenas para “cumprir tabela”, ou seja, não é de interesse do usuário estar lá, estando presente apenas, por exemplo, para cumprir os requisitos do Programa Bolsa Família, ou ainda, quando se é discutido sobre uma doença que naquela localidade é inexistente ou sequer existem os fatores de risco. Nestas ações, o assistente social pode ser visto como um profissional que reproduz apenas um discurso hierarquizado que utiliza os materiais disponíveis formalmente, utilizando slides, falas com termos técnicos, etc. Como foi mencionado o PBF, abordaremos a sua contribuição para a discussão:

Muitos profissionais entendem que um programa que gere renda contém em si a ação de promoção da saúde, visto que essa ação desencadeará inúmeras outras possibilidades de gerar autonomia e liberdade para o consumo de mercadorias que proporcionarão maior qualidade de vida, acesso a determinados alimentos, medicamentos, vestuários etc (SODRÉ, 2013, p. 76).

Assistentes sociais podem observar este programa enquanto uma forma de promover a saúde, considerando que ele proporciona uma renda em que a população poderá acessar produtos que podem melhorar a qualidade de vida. Porém, devido ao valor recebido deste programa ser muito baixo, o menor valor de trinta e oito reais, o máximo que agrega é comprar um pacote de fraldas para um bebê ou algumas frutas para a família, não sendo possível na maioria dos casos, desfrutar dele enquanto recurso para o lazer familiar. Portanto, a contribuição trazida pelo autor, embora válida,

é muito limitada. Segundo Sodré (2013), pode ocorrer um processo de culpabilização dos sujeitos que se encontram em suas situações particulares

[...] ações ligadas às mudanças das condições de existência, como acesso à educação, à moradia e ao saneamento, não são encaradas como relevantes nesse processo. Podemos dizer que essa concepção de saúde relaciona-se à ideia de ausência de doenças e reflete a primazia da ação individual. O foco da ação passa a ser, então, o indivíduo e seus hábitos, como se fosse possível isolá-lo de seu contexto social [...] (SODRÉ, 2013, p. 79).

Embora entende-se que a questão da saúde está para além da ausência de doenças e que a estrutura em que a população vive interfere diretamente nesta questão, muitos profissionais ainda utilizam do discurso da culpabilização dos indivíduos, como se estes fossem os únicos responsáveis por sua situação e os únicos que devem tomar medidas para mudar isto. Os assistentes sociais devem evitar utilizar de tal discurso, fugindo dele para evitar que possa haver inclusive o agravamento das condições de seus usuários, visto que causar a “culpa” é um sentimento que vai de encontro com a premissa exposta na forma como se deve intervir na realidade. Realizar tal posicionamento não condiz com o que a profissão preza, que é justamente a historicidade dos fatos, ou seja, o seu não isolamento frente que tudo que contemporaneamente se expressa, está interligado a formas de viver em sociedade em épocas anteriores a nossa, estando ela em constantes mudanças graças ao movimento dialético que a sociedade produz. Podemos observar agora uma das dimensões do trabalho do assistente social nas unidades de saúde: o seu vínculo com o trabalho do agente comunitário:

Logo no início da implantação da estratégia de saúde da família pelo Ministério da Saúde, o Serviço Social, por meio do seu órgão de representação de classe, questionou a inserção do assistente social como “equipe de apoio” a “equipe básica” nas unidades de saúde (SODRÉ, 2013, p. 79).

Muitas vezes as ações desenvolvidas pelo assistente social e o agente comunitário podem ser visualizadas e consideradas de forma igual aos olhos que desconhecem o papel que cada profissão deve desenvolver. Desde a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo MS, o Serviço Social indaga a sua participação dentro desse espaço sócio ocupacional enquanto uma equipe de apoio para a equipe básica dentro dessas instituições, ou seja, ela seria uma profissão que viria a contribuir para a qualificação do trabalho já realizado, em virtude da sua ótica

de ver além da aparência das demandas que lá emergem. Quando há a presença de assistentes sociais nela, pode ocorrer que não se possa diferenciar o trabalho desempenhado pelo (a) Assistente Social do que é feito pelo agente de saúde, principalmente quando se fala nas visitas domiciliares, tendo em vista este ser instrumento utilizado pelas duas áreas.

Porém, vale mencionar que no caso do agente de saúde, seu objetivo é limitado, pois deve cumprir um número pré-determinado de visitas em um dia, leva consigo um questionário fechado que deve ser respondido pelos usuários e assim, não procura descobrir outras informações além daquelas que se propôs a realizar. Já o assistente social, utilizará a visita domiciliar com o objetivo de desvendar a realidade daquela família, com o intuito de descobrir se há algo acontecendo, e se houver, descobrir o que as causou, podendo assim pensar em estratégias que venham a enfrentar e mudar a sua situação.

A partir disso, salientamos o trabalho realizado que baseia a discussão deste trabalho, o Projeto de Intervenção executado durante o componente curricular Estágio Supervisionado em Serviço Social II que teve sua justificativa a partir das observações feitas no componente curricular de Estágio obrigatório I, nas rodas de conversas do projeto de extensão no CAPS AD III e posteriormente com maior aproximação do trabalho da profissional de Serviço Social que atua na instituição, notou-se o uso de técnicas e instrumentos para desvendar a realidade dos usuários pela assistente social, como entrevistas, visitas domiciliares, escuta sensível, acompanhamento social, trabalho em rede, entre outros.

Em uma visita solicitada pela rede, sendo realizada em uma escola estadual do interior do município, escola esta denominada Escola Estadual de Ensino Fundamental Franco Baglioni, foi possível observar a necessidade de criar um trabalho de intervenção mais articulado para a prevenção promoção em saúde e ao uso abusivo de álcool e outras drogas com crianças e adolescentes. A prevenção de álcool e outras drogas na escola “significa estar atento ao jovem, abrir um canal de comunicação, valorizá-lo como ser humano” (SANTOS, 1997, p.84).

Como categorias teóricas centrais a prevenção e promoção, cabe-se ressaltar que a prevenção passa por três níveis, a saber:

Prevenção primária, que acontece antes de qualquer contato com álcool e outras drogas; A prevenção secundária ocorre quando já existe o contato com

a droga, e a prevenção terciária quando já observa-se a dependência na droga (SANTOS, 1997, p. 85).

Destaca-se que o projeto visou trabalhar com esses três tipos de prevenção, considerando toda a historicidade das crianças e adolescentes que participaram das rodas de conversa.

O projeto de intervenção cujo objetivo geral foi implementar um espaço de diálogo para crianças e adolescentes matriculados no ensino fundamental na escola rural, a qual encontra-se em um território de difícil acesso, estando mais desassistido e sem muita visibilidade por esse tipo de trabalho, teve por finalidade fomentar a promoção e prevenção de saúde mental e uso de álcool e outras drogas junto à Escola Estadual Franco Baglioni no Município de São Borja- RS, foi motivado após realização de palestra nesta mesma Escola, da qual as acadêmicas e estagiárias da instituição CAPS ad III tiveram participação enquanto palestrantes, ministradas e supervisionadas pela Assistente Social da instituição. A supracitada palestra foi solicitada pela direção da escola perante reconhecimento da necessidade de um maior aprofundamento da temática, a fim de trazer maiores informações. Acrescido a isto, contou-se também com as percepções das estagiárias durante as rodas de conversas ocorridas no segundo semestre de 2018, em que os usuários trouxeram em suas falas, em grande maioria, que o uso de álcool e outras drogas foi sendo iniciado nessa faixa etária, incentivado pelos amigos e colegas de aula durante o período escolar. Assim sendo, o projeto foi pensado em conjunto pelas acadêmicas, além de ter sido construído coletivamente com os próprios estudantes que tiveram papel fundamental neste processo, não sendo nada impositivo, sendo instruído também instruído pela supervisora acadêmica e supervisor de campo, tendo em vista a pouca discussão sobre promoção e prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas no município.

A aplicação do projeto contou com crianças e adolescentes matriculados na escola Estadual de Ensino Fundamental Franco Baglioni. Com isso, vale ressaltar a diferença entre elas, ou seja, o que caracteriza ser criança e ser adolescente, a partir de embasamento legal para afirmarmos tal constatação. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade.” Portanto todo processo de construção do projeto de

intervenção que baseia este trabalho partiu de estratégias de intervenção que viesse ao encontro dos interesses destas faixas etárias, considerando as dificuldades que poderiam ser encontradas no caminho.

4.1 Avaliação e Monitoramento

Foram realizados seis encontros, que abordaram sete temáticas das dez previstas. Foram previstas dez rodas de conversas com diferentes temáticas, uma para cada dia, sendo elas elencadas pelo grau de interesse dos alunos:

Quadro 1 - Informações sobre os encontros

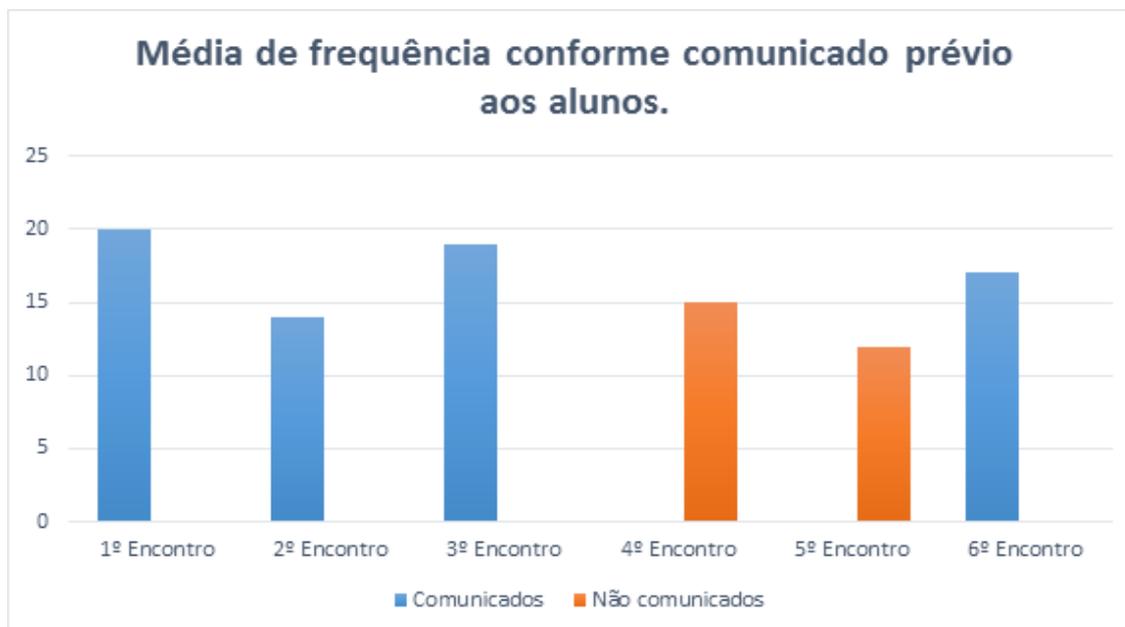
Nº do encontro	Tema do encontro	Nº máximo de participantes esperados	Quantidade de participantes	Data prevista no cronograma do projeto	Data prevista após adequações	Data realizada	Motivo das alterações
1º	Saúde Mental	24	20	11/04/2019		11/04/2019	
2º	bullying	24	14	25/04/2019	02/05/2019	02/05/2019	Alterações climáticas (chuva)
3º	Respeito ao próximo/ Violência	24	19	02/05/2019	09/05/2019	16/05/2019	Alterações climáticas (chuva)
4º	Depressão	24	15	09/05/2019	16/05/2019	27/05/2019	Alterações climáticas (chuva)
5º	Álcool e outras drogas	24	12	16/05/2019	24/05/2019	05/06/2019	Alterações climáticas (chuva)
6º	Redução de danos	24	12	23/05/2019	05/06/2019	05/06/2019 Junto com anterior	Para conseguir ser realizado optou-se por ser discutido juntamente com a temática álcool e

							outras drogas.
7º	Raps	24	17	30/05/2019	12/06/2019	12/06/2019	
8º	Rede social e exposição		Não foi possível realizar	06/06/2019			
9º	Vínculos comunitários e familiares		Não foi possível realizar	13/06/2019			
10º	Gênero		Não foi possível realizar	Data a combinar de acordo com disponibilidade da convidada que ministraria a roda de conversa			

Fonte: Elaborado pela Autora, (2019).

Como é possível observar no Quadro 1, em nenhum dos encontros contou-se com a presença de 100% dos participantes esperados.

Vale ressaltar que, no que se refere ao desenvolvimento das temáticas, foi possível atingir 70% do objetivo. Por ocasiões climáticas algumas atividades não foram realizadas no dia previsto, e foi combinado com a direção e alunos da escola, quando foi necessário reajustar as datas, agregando em uma das rodas de conversa mais de uma temática abordada, resultando também na não realização de quatro das dez atividades inicialmente programadas. Quando se mencionam as condições climáticas, isso se refere às chuvas ocorridas na região, pois, como a escola fica no meio rural, isto dificulta inclusive o acesso dos estudantes à escola, já que o transporte público gratuito não atende alunos que residem no assentamento da localidade. Além disso, alguns destes residem em uma distância de 2 km da escola e a maioria das famílias não possuem recursos para transportar seus filhos, o que nos remete à posição do Estado no que diz respeito às condicionalidades para obtenção de direito ao acesso à Educação. Ainda neste viés, o projeto realizado possui relevância no sentido de possibilitar aos alunos, pelo seu interesse em participar das rodas, que aumentassem a sua assiduidade à escola, o que por sua vez contribui para a não ocorrência da evasão escolar, uma das expressões da questão social, o que se evidencia no gráfico a seguir:

Quadro 2: Média de frequência dos/as alunos/as:

Fonte: Elaborado pela autora, (2019).

Para construção do gráfico, foi levada em consideração a média de alunos que compareceram nos dias (sobre os quais eles foram comunicados anteriormente pela direção da escola) da realização da roda de conversa. A primeira atividade contou com a presença de 20 dos 24 alunos esperados; a segunda contou com 14 alunos; a terceira contou com a participação de 19 alunos; e, na sexta e última ação, fizeram-se presentes 17 alunos, remetendo a uma média de 73% de presença.

Foi considerado também o quarto encontro, o qual foi realizado com a presença de 15 alunos, sendo necessário salientar que neste dia os alunos realizaram uma atividade avaliativa da grade curricular da escola, prevista antecipadamente; e o quinto encontro, que aconteceu com a presença de 12 alunos, conquanto estes não tenham contado com o aviso prévio da direção da escola, o que evidencia uma média menor, sendo esta de 54% de participação.

Dessa forma, confirma-se que houve uma maior assiduidade dos alunos nos dias em que eles sabiam que iriam participar das rodas de conversas. Sendo assim, cabe sistematizar algumas discussões que se destacaram entre as demais. A primeira roda de conversa realizada trouxe como tema a Saúde Mental. Sobre saúde mental, conforme Amarante (2007) essa não se restringe a psicopatologia, semiologia, não sendo limitada somente ao “estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE,

2007, p. 16). No que diz respeito à saúde mental, cabe destacar a existência da Política Nacional de Saúde Mental. Sobre esta, fica estabelecido:

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas (BRASIL, 2018, s/p).

Para tanto, foi realizada uma dinâmica que visava introduzir o tema. Nela, foram entregues três balões para cada aluno: o primeiro balão deveria ser enchido enquanto o adolescente pensava em algo que não estava lhe fazendo bem, o segundo deveria ser enchido enquanto se pensava em um sonho que desejava realizar, enquanto o terceiro deveria ser enchido pensando em algo que desejaria a algum colega. Após estarem cheios, os dois primeiros balões foram estourados e o terceiro foi entregue para um colega, sendo que a maioria acabou desejando que o colega do lado, ao qual foi entregue o balão, tivesse uma boa saúde mental.

Assim que todos leram o que o colega havia desejado, foi questionado a eles sobre o que achavam sobre a saúde mental. Houve respostas como, por exemplo, de que quando se tem uma boa saúde mental consegue-se manter bons relacionamentos na escola e em casa, obter sucesso na escola, além de se evitar o desencadeamento de doenças: “estando bem comigo mesmo estarei bem com os outros e o universo” (SIU), “a saúde mental é tão importante quanto a saúde física” (SIU). Outro estudante ainda comentou ter chamado atenção o fato de que ter saúde mental era algo para além da ausência de doenças mentais, e que, uma vez a possuindo, é possível compreender o mundo e entender melhor as diferenças.

A partir destes relatos, é possível observar que, para a maioria dos alunos, a saúde mental tem papel essencial na realidade concreta, estando muitas vezes ligada a questões de relacionamentos sociais, ou seja, estando com boa saúde mental, o indivíduo terá maiores possibilidades de viabilizar melhores relações, seja consigo mesmo, como também para com outros sujeitos.

Durante o processo houve alguns comentários dos próprios estudantes em relação à saúde mental. Dentre eles, destacamos dois: o primeiro foi sobre a

importância da discussão para os alunos, pois eles puderam ter contato com um assunto que não desenvolveriam dentro do ambiente escolar, visto que não é um tema do currículo deles; e o segundo relato é sobre a participação da família neste processo, tendo em vista a importância de um momento de debates e reflexões na escola, em conjunto com os pais. Desta forma, vemos como a saúde mental também está ligada às relações familiares, com quem eles mantêm laços afetivos, e às possibilidades de poder expressar-se; este segundo aspecto, respectivamente, relacionado a espaços de diálogos onde se tenha enquanto objetivo melhorar como ser humano, adquirindo conhecimento e o compartilhando com outros sujeitos.

O segundo encontro realizado tratou da temática bullying, onde foi oportunizado aos alunos discutirem sobre o tema, e, juntamente com a estagiária, construir conhecimento sobre esse assunto. A fim de conceituar este termo, trazemos seu significado enquanto:

Um comportamento cruel e intrínseco nas relações interpessoais, em que os mais fortes convertem os mais frágeis em objetos de diversão e prazer, através de “brincadeiras” que disfarçam o propósito de maltratar e intimidar (FANTE, 2005. p.29).

Inicialmente, optou-se por realizar uma atividade para introduzir o tema, onde se pediu que um voluntário segurasse um balão cheio, enquanto os demais colegas tentariam estourá-lo. Assim que a primeira pessoa o estourou, na próxima rodada tentaria proteger aquele que segurava o balão, impedindo que os demais estourassem, e assim até que o balão não pudesse ser estourado novamente. Ao final desta dinâmica, foram elencados alguns questionamentos sobre como cada um havia se sentido: aquele que segurou o balão mencionou que se sentiu coagido, com medo, aqueles que conseguiram furar o balão comentaram que se sentiram fortes, pois estavam em maior número, e aqueles que no final protegeram a pessoa, disseram ter sido mais fácil proteger do que estourar. Tal atividade serviu para, além de introduzir a temática, possibilitar uma reflexão sobre como cada indivíduo se sente na relação do bullying.

Após isto, foi trazida a Lei nº 13.185/15, que trata da legislação sobre o Programa de Combate à Intimidação Sistemática, que traz quais as condições que caracterizam a ocorrência de bullying, sendo elas:

- Verbal: com atos como insultar, xingar e/ou apelidar de forma pejorativa;

- Moral: com atos como difamar, caluniar ou inventar rumores;
- Sexual: enquanto atos de assediar, induzir e/ou abusar sexualmente;
- Social: atos como ignorar, isolar e/ou excluir;
- Psicológica: enquanto ações de perseguir, amedrontar, intimidar, dominar;
- Física: socar, chutar e bater;
- Material: roubar ou destruir materiais de outra pessoa; e, por fim,
- Virtual: com ações de depreciar, enviar mensagens intimidadoras, enviar e/ou editar fotos pessoais que gerem sofrimento, etc.

Após esta exposição, questionou-se aos alunos quais destes tipos de bullying eles já haviam presenciado no ambiente escolar, sendo unanimemente apontado o modo verbal, através de apelidos entre colegas. No decorrer do processo neste dia, partiu de um aluno a percepção de que o Bullying psicológico também havia sido praticado por eles, através de ameaças entre colegas também e o de agressões físicas, como relatadas pelo mesmo: “a gente batia no ‘fulano’ e o chamava de ‘mariquinha’⁷ porque ele não queria jogar bola com a gente” (SIU), demonstrando que somente após este debate alguns alunos refletiram sobre suas atitudes e observaram que seus comportamentos não eram apenas uma brincadeira, mas sim, que se tratava de um tipo de bullying. Outro aluno ainda comentou: “bullying é quando tu [sic] faz/chama algo com a pessoa e ela se ofende, brincadeira é quando tu [sic] faz uma brincadeira e não se sente ofendido” (SIU). Aqui se pode demonstrar, através da reflexão realizada, que um estudante observou a diferença entre um tipo de violência e algum tipo de brincadeira que acontece entre colegas.

O sexto dia de atividade realizada foi sobre a temática de álcool e outras drogas, onde o conceito do que seria “droga” foi apresentado, sendo ele:

O termo droga possui várias acepções, podendo ser referido a medicamentos ou remédios com propriedades terapêuticas estabelecidas e mais especificamente a substâncias que são capazes de causar dependência e/ou são objeto de abuso. Em um contexto legal o termo “droga” refere-se às substâncias psicoativas e, em particular, às drogas ilícitas ou àquelas cujo uso é regulado por lei. No Brasil, a legislação define como droga “as substâncias ou produtos capazes de causar dependência” assim especificado no parágrafo único art.1º da Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD (LIMA, 2013, p. 25).

⁷ O termo remete-se a insinuar que o aluno seria LGBTTI, ao não querer jogar bola.

Como podemos verificar, há várias conceituações sobre a terminologia “drogas”, indo desde a questão apenas medicinal, ou seja, de uso para combater doenças, àquelas que geram a dependência, ou seja, seu uso contínuo sem prescrição médica. Legalmente este termo carrega consigo a conotação de substâncias psicoativas, referindo-se a algo que modifica o estado natural do ser humano, sendo seu uso controlado pela lei, enquanto no Brasil esta questão pauta-se principalmente no princípio de gerar dependência. Neste sentido, conforme a OMS (Organização Mundial da Saúde), podemos separar as drogas enquanto lícitas (aquelas que a lei permite serem comercializadas: bebidas alcoólicas e medicamentos em geral) e as ilícitas (cuja comercialização é proibida: maconha, crack, heroína, LSD, etc.).

A partir desta questão, mencionaram-se os tipos de drogas mais utilizados no âmbito de atendimento no CAPS AD São Borja, ou seja, aquelas que os usuários que estão no processo de tratamento relatam terem feito ou fazerem uso. São elas: maconha em menor escala, álcool, crack e cocaína. Foi discutido também o papel do Caps AD III no atendimento aos usuários de Saúde Mental, bem como no atendimento às demandas de uso abusivo de álcool e outras drogas, trazendo também de forma sintetizada a perspectiva de redução de danos.

A fim de problematizar a questão do uso das drogas, foi questionado aos alunos sobre quais medidas poderiam ser realizadas a fim de propiciar que o uso destas substâncias fosse evitado. Algumas das respostas foram de que, se houvesse mais projetos que dessem visibilidade a essa temática, mostrando as consequências de seu uso abusivo, poder-se-ia prevenir o início do consumo; outros estudantes demonstraram a importância de discutir essa temática não somente em escolas, mas também pelo governo através de programas, debates, palestras ou projetos que visassem à prevenção ao uso de drogas.

Como é possível observar através dos comentários dos estudantes, há a preocupação de que exista algum tipo de prevenção ao uso de substâncias que fazem mal ao seu usuário, principalmente com intervenções nas próprias escolas, onde este tema é pouco discutido. Projetos como o que foi realizado pela discente vêm ao encontro desta proposta, que inclusive é preconizada pelo SUS:

- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990, s/p).

Considerando desta forma a prevenção e a promoção em saúde a partir de alguns objetivos do SUS, cabe salientar a importância de atividades que estejam presentes tanto no pré-uso das substâncias – ou seja, a prevenção de seu consumo – como também no pós-uso, através de um tratamento adequado aos usuários, garantindo não apenas o seu atendimento clínico, mas também o trabalho em rede, incluindo o Serviço Social, para que o atendimento possa ser realizado o mais qualificado possível, visando sempre à viabilização tanto ao acesso a instituições, como à autonomia do usuário. Ainda nesta perspectiva, surgiu a fala de um aluno que comentou sobre como seu tio poderia ter realizado o tratamento na rede, pois faz uso abusivo de álcool, foi internado em uma fazenda terapêutica, mas não foi possível sequer diminuir o seu consumo através da redução de danos, visto que as fazendas não possuem tal ponto de vista enquanto atendimento das demandas de saúde mental, cabendo esta questão para instituições do Estado, como o CAPS AD III.

O último encontro realizado pelo projeto de intervenção abordou a temática da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁸. No início da roda de conversa foram entregues folders informativos sobre as instituições CAPS I e CAPS AD – São Borja – RS, servindo com propósito de informar os alunos sobre as responsabilidades de cada política pública. Após a entrega dos materiais, foi exposta aos estudantes uma explicação sobre o que seria a RAPS e as instituições que a compõem, dentre elas, as mencionadas acima, que foram comentadas anteriormente no mesmo encontro.

Ao final da explanação, os alunos comentaram sobre a importância de conhecer a Rede de Atenção Psicossocial, inclusive para saber identificar o intuito de cada instituição. Segundo eles, as informações passadas também servirão para caso algum familiar necessitar de algum atendimento, saber como agir e aonde ir. Assim, os estudantes foram dizendo se conheciam as instituições abordadas, trazendo suas considerações sobre elas.

Na sequência, foi divulgado um vídeo institucional sobre o CAPS AD III de São Borja, com o intuito de facilitar a compreensão dos alunos, além de fomentar o que já

⁸ Abordada e sistematizada no capítulo 3 deste trabalho.

havia sido discutido durante o encontro, buscando tirar dúvidas que pudessem existir. Após, foi entregue o questionário de avaliação do encontro, que os 17 alunos presentes avaliaram de forma positiva.

Por se tratar do último contato trazendo as temáticas, foi solicitado aos estudantes que sistematizassem sobre a importância do projeto e suas considerações sobre o mesmo. Dentre as respostas, destacaram-se:

Quadro 3: Opinião dos estudantes sobre o projeto desenvolvido

Estudante 1	“Eu acho importante porque eu aprendi muitas coisas. eu gostei do projeto”.
Estudante 2	“Eu gostei das palestras apresentadas, foi bem importante, eu aprendi bastante e achei bem legal.”
Estudante 3	“Foi importante, aprendi bastante sobre os temas que vocês falaram”.
Estudante 4	“É importante para as pessoas aprenderem e mudarem seus pensamentos e também procurarem os profissionais”
Estudante 5	“A importância desse projeto serve como auxílio para nós adolescentes sobre todos os temas que foram conversados, é muito legal e o tema de hoje muito importante para todos”.
Estudante 6	“Foi muito importante, aprendi muito sobre o que vocês falaram e ensinaram e os temas foram ótimos”.
Estudante 7	“Eu achei importante porque a gente fica sabendo de tudo o que acontece nesses assuntos que elas falaram e evitamos de fazer algumas coisas”.
Estudante 8	“Eu achei ótimo, foi algo inédito na escola, precisamos mais disso para refletirmos e termos momentos de debates”.
Estudante 9	“Achei ótimo, pois aprendi muito coisas que a escola não ensina”.
Estudante 10	“Foi muito legal e importante porque aprendemos muito. Não quero que termine”.

Fonte: Falas dos estudantes. Elaboração pela Autora, (2019).

Inicialmente, o objetivo geral era “implementar um espaço de diálogo para crianças e adolescentes matriculados no ensino fundamental em escolas estaduais e

municipais, a fim de fomentar a promoção de saúde mental e prevenção uso de álcool e outras drogas junto à comunidade escolar no Município de São Borja-RS”⁹, objetivo este, que passou por alterações em relação ao número de escolas que estava previsto que participassem do projeto. Este foi realizado apenas na Escola Estadual de Ensino Fundamental Franco Baglioni, visto que na outra escola, que se localiza em área urbana, já havia projetos em andamento e optou-se por não sobrecarregar os alunos. Oportunizou-se, assim, um cronograma mais ampliado para a escola rural, proporcionando apresentar um maior número de temáticas para esta escola, que não tem tanta visibilidade e que é de mais difícil acesso.

Isto não desqualifica o objetivo, pois a proposta foi alcançada com sucesso pelas discentes, foram propiciadas aos alunos discussões sobre temáticas centrais enfatizando a prevenção e promoção na área da saúde mental. O primeiro objetivo específico foi: “criar um espaço de diálogo, socialização de informações e maior aproximação do público alvo com a temática a ser abordada”. Este objetivo foi contemplado, uma vez que vai ao encontro do que preconiza o objetivo geral: a criação de um espaço de discussões sobre os temas escolhidos durante o processo, sendo este objetivo avaliado positivamente, pois tal ambiente foi concretizado.

O segundo objetivo específico foi “planejar rodas de conversa através de fundamentação teórica, para promover reflexões referentes à saúde mental e à prevenção ao uso álcool e outras drogas”. Este objetivo foi alcançado a partir da realização de sete rodas de conversas que tinham como foco principal a prevenção e promoção em saúde, sendo um destes encontros especificamente sobre o uso de álcool e outras drogas, que contou com o auxílio de embasamentos teóricos que fundamentaram a intervenção e orientaram os rumos das discussões.

Conforme o quadro 3, através das falas dos estudantes, ficou evidente que os objetivos propostos foram atingidos com êxito, visto que os alunos(as) tiveram uma boa percepção, que gerou reflexões acerca dos assuntos abordados, partindo deles um notório interesse pela continuidade deste ou de outros projetos que venham ao encontro da perspectiva abordada.

⁹ Objetivo geral reformulado encontra-se descrito no capítulo 4, p. 65.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste trabalho final de graduação, buscou-se salientar o projeto de intervenção que serviu como base para a sua construção, visto que este se trata de um relato teórico prático, vivenciado pela discente durante a graduação na disciplina de Estágio Supervisionado II, que contou também com a participação dos supervisores, direção e professores da escola Estadual de Ensino Fundamental Franco Baglioni e dos estudantes. Desta forma, objetivou-se a criação de um espaço de troca de conhecimento, que fomentou a promoção de saúde mental e prevenção do uso de álcool e outras drogas, podendo-se afirmar que foi possível alcançá-lo e obter momentos únicos de troca de experiências e aprendizado, proporcionando um espaço de potencialização das categorias promoção e prevenção em Saúde Mental, bem como de impulso a uma maior reflexão acerca das diferentes temáticas abordadas, o que possibilitou aos envolvidos aprender e construir coletivamente um novo saber para aquela realidade escolar.

A partir da realidade apreendida na intervenção, foi possível verificar algumas condições em que se encontram as escolas em meio rural, suas dificuldades em manter a assiduidade dos alunos, tais como a falta de recursos, como, por exemplo, para o transporte gratuito para todos os alunos da escola.

O Método Dialético Crítico que embasa este trabalho proporcionou uma análise mais detalhada sobre a historicidade da temática, a sua totalidade, a forma como está organizada atualmente e também a contradição que dela emerge. Assim, pode-se evidenciar que, pela atual configuração da Promoção e Prevenção em saúde, temas centrais nesta discussão, estas não são pautas desconectadas uma da outra e nem de seu processo histórico de construção e tentativa de implementação. Na metodologia foi utilizada a análise documental, visando agregar informações teóricas a fim de contribuir para a discussão, e, a partir dela, realizar análise de conteúdo a fim de identificar limites e possibilidades, bem como conhecimento empírico da realidade, permitindo manipular as informações existentes a fim de criar novas formas de se vislumbrar as temáticas escolhidas.

Dentre os assuntos abordados neste trabalho, enfatiza-se a Saúde Coletiva, uma forma de enfrentar as necessidades da população na área da saúde, buscando qualificar as condições de vida daquela determinada localidade, ou ainda, de forma mais abrangente, de todo um território. Uma das estratégias que se propõe a efetivar

a saúde coletiva é a adoção da prevenção e promoção da saúde, visto que ambas possuem papel fundamental para a área, pois respectivamente atuam nos âmbitos de evitar que uma doença ou agravos na vida dos sujeitos ocorram, e também possibilitar o acesso a tratamentos e melhores condições de vida para usuários das instituições de saúde e que dela necessitem. Vale ressaltar que as ações devem ser realizadas por toda a comunidade: civil, profissionais, entre outros. O Serviço Social, neste contexto, pode ter uma participação essencial, enquanto uma profissão que busca intervir na realidade dos sujeitos, objetivando contribuir para a sua mudança.

No Caps AD III de São Borja, por exemplo, o assistente social pode utilizar de diferentes instrumentos, realizando reuniões, palestras, rodas de conversa, visitas domiciliares, sendo este último um dos principais instrumentos utilizados pelos profissionais. Haja vista a sua importância para desvendar a aparência das demandas dos usuários por alguma vulnerabilidade social, ou no caso, expressão (ou expressões) da questão social, é necessário que se utilizem também algumas técnicas, como a escuta sensível, a acolhida, o questionamento, entre outros. Além disto, os assistentes sociais podem trabalhar juntamente com outras categorias para assim realizar um trabalho multiprofissional que vise qualificar suas intervenções na saúde, seja com psicólogos, enfermeiros, médicos, e demais profissionais da equipe que fazem parte da instituição e da rede de atenção psicossocial.

O assistente social busca, através do uso de instrumentos e técnicas, inteirar-se da realidade dos sujeitos a fim de poder pensar na melhor estratégia para intervir, podendo realizar também ações em rede para melhor atender as demandas que emergem em seu âmbito de trabalho. Aquele profissional que é comprometido com o que sua profissão preconiza tem maiores possibilidades de promover a seus usuários os direitos que lhes devem ser garantidos pelo Estado, cabendo engajamento coletivo.

Com os dados e as informações contidas neste trabalho, é possível dizer que este contribui para a Universidade Federal do Pampa (Unipampa) no sentido de ser uma continuidade de discussões que vêm sendo realizadas por discentes, docentes e TAEs que têm interesse pela temática de Saúde, neste caso, focando na Promoção e Prevenção. A inserção desses assuntos dentro da academia favorece que novos estudos respeito dessa temática possam ser efetuados, visto que a sociedade, sendo dialética, está em constante transformação, e as expressões da questão social que advêm como demandas da não implantação de tais ações (como a Saúde Coletiva) surgem conforme a sociedade se desenvolve e as relações sociais acontecem. Outra

contribuição deste trabalho de conclusão de curso foi a de produzir conhecimento crítico quanto à temática, o que pode ou não ir de encontro com a realidade, visto que uma questão é a legislação ou conceitos serem criados e embasados, onde se tem uma ideologia de atenção às demandas de saúde; outra questão é que tais conceitos sejam praticados no mundo concreto, considerando suas limitações e seus recursos. Dessa forma, o presente trabalho proporcionou grandes contribuições para a autora, no sentido em que possibilitou inúmeras reflexões acerca dos assuntos abordados, bem como respostas às inquietações que emergiram após contato com a área de Saúde Mental e o contato com a rede de ensino. Possibilitou também um crescimento pessoal, contribuindo para a formação profissional como Assistente social. Por fim, uma última contribuição é a possibilidade que este trabalho proporciona aos futuros concluintes da Graduação em Serviço Social, de não apenas continuar a discussão, mas também qualificá-la com novos dados à medida que mudanças ocorram.

Este trabalho, além de contribuir para a Academia, usuários da política de saúde e educação, possui um papel social importante, pois ele discute temas atuais de extrema relevância para quem estuda a temática ou vive em algum dos contextos aqui descritos e analisados. Desta forma, aqueles que almejam estudar sobre estes assuntos podem ter acesso a informações sobre alguns aspectos da realidade da cidade de São Borja/RS, ou ainda, utilizar-se dos conceitos aqui trazidos para qualificar suas inferências. Com isso, abrem-se diversas portas para aqueles que almejam conhecer mais sobre a realidade ou simplesmente têm interesse pela temática abordada neste trabalho. Existe também a possibilidade dos próprios estudantes que participaram do Projeto de Intervenção descrito aqui, interessarem-se pelo que foi discutido, pois, conforme vislumbrado, estes não terão de imediato uma continuação deste trabalho. Cabe ressaltar que é de extrema importância a continuidade de trabalhos como este, visto a necessidade – a partir do que foi observado pela discente, durante a sua implementação – de atendimento a alguns adolescentes que podem se encontrar em ou estar presenciando alguma(s) situações de risco, e poder despertar possibilidades de enfrentamento em seu cotidiano. E por fim, mas não menos importante, destaca-se a inserção do profissional Assistente Social atuando na rede de ensino, visto que é um profissional que intervém na luta pela inclusão social, acesso, permanência na garantia de direitos.

A partir disto, destaca-se a necessidade da continuação de atividades articuladas entre as secretarias de Saúde e Educação, tendo em vista a importância

destas ao proporcionar uma maior aproximação de crianças e adolescentes com a temática, em especial, às que se encontram em maior afastamento da zona urbana e com mais dificuldade de acesso à rede. Deixa-se a sugestão de continuidade a esse projeto pelas futuras estagiárias da instituição CAPS ad III de São Borja, bem como de outras instituições, tendo em vista que é de interesse da escola um trabalho contínuo com os alunos da mesma, aceitando e acolhendo alunos da Unipampa que estejam dispostos a contribuir com a construção e troca de saberes relacionados a estas temáticas, que são pertinentes de serem discutidas e analisadas por crianças e adolescentes – o que a direção da escola destaca ser de suma importância para o desenvolvimento dos alunos enquanto pertencentes à sociedade. Para os discentes, ressalta-se a importância desse trabalho no sentido de proporcionar o retorno da Instituição à qual se vincula para a sociedade local, contribuindo de maneira positiva para a construção de novas estratégias que vão ao encontro da promoção e prevenção em Saúde e uso de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400014&fbclid=IwAR3ShvuDW8F_Gnotm_3-fp2Ntbvx5K-u8g6LF8aTfLJDUglZbfWB4Wjymes>.

ANS. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal, 1977.

BISNETO, José Augusto. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil, 1988**.

_____. **LEI 8080, 19 de setembro de 1990**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 19 set.1990.

_____. **LEI 10216 de 6 de abril de 2001**. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 6 abr.2001.

_____. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**.

Secretária de Atenção à Saúde. DATASUS, 2018. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4318005509114&fbclid=IwAR2eYr0fO8GYSNcld3oVTfQk4J1JI29sFAHx9wSRacSuU2be-KMK7QTgHHg>. Acesso em: 16 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde Mental atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas**. Projeto “Caminhos do Cuidado” - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica, 2013.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS** : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnap_s.pdf. Acesso em: 10/06/2019.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Gabinete do Ministro, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html>. Acessado em: 12 dez. 2018.

_____. **Portaria 1028/gm de 1º de julho de 2005**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html?fbclid=IwAR3ShvuDW8F_Gnotm_3-fp2Ntbvx5K-u8g6LF8aTfLJDUglZbfWB4Wjymes>

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília – DF, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana Elizabete. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRITO, Kleidy de Jesus; OLIVEIRA, Maria de Lourdes Silva de; SANTO, Eniel do Espírito; SILVA, Fabiane do Carmo Santos. **SAÚDE COLETIVA: O OLHAR DO EGRESSO SOBRE A FORMAÇÃO**. Revista Saúde e Desenvolvimento |vol. 7, n.4 | jan – dez 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reflexões sobre a construção do sistema único de saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. São Paulo: Cortez, 2006.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10ª Edição Revista e Atualizada, 1993

_____. **Código de ética do/a assistente social: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social,

2012.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de saúde.** Brasília, 2010.

CRUZ, Marcelo Santos. **A REDUÇÃO DE DANOS NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS.** Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>>. Acesso em: 30/05/2019.

EIDELWEIN, Adriane Guedes Medeiros. **SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO: EM PAUTA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL POR IDOSOS ATENDIDOS NO CAPS AD III EM SÃO BORJA/RS.** São Borja, 2017.

FANTE, Cleo. Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas, SP: Verus Editora, 2005

FRANÇA, Cristineide Leandro-; MURTA, Sheila Giardini; POLEJACK, Larissa; GONCALVES, Aline Moreira; LOPES, Helenice Pereira. **A política nacional de redução de danos:** do paradigma da abstinência às ações de liberdade. Pesquisas e Práticas Psicossociais 13(1), São João del Rei, janeiro-abril de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na cena contemporânea.** CFESS/ABEPSS (Orgs. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 1998.

KONDER, Leandro. **O que é dialética?.** 23. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2008.

LIMA, Heloisa Helena de. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E USO DE DROGAS: UM ESTUDO ACERCA DA REPRESENTAÇÃO DA DROGA PARA JOVENS EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS EDUCATIVAS.** Belo Horizonte, Julho/2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** capítulos de uma caminhada ainda em construção. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 28/05/2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2º edição, Editora Expressão Popular, São Paulo 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1º edição, Editora Expressão Popular, São Paulo 2011.

PAIM, J.S. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista Saúde Pública. 1998.

_____. **A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico**. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **Serviço social, questão social e saúde mental: análise sobre as expressões da questão social presentes nos CAPSs II de Teresina - PI** Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/servico-social-questaosocial-e-saude-mental-uma-analise-sobre-as-expressoes-da-questao-social-presentes-nos-caps-s-ii-de-teresina-%E2%80%93-pi.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PIEVE, Denise Ribeiro da Fonseca. **Os desafios das integralidades desvendando as necessidades em Saúde vivenciadas pelos Usuários do centro de atenção psicossocial-álcool e outras drogas (CAPSAD) de São Borja**. Trabalho final de graduação em Serviço Social. Unipampa, 2010.

PRATES, Jane Cruz. **O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária**. Porto Alegre: Textos & Contextos, v.11, n.1, p.116-128, jan./jul. 2012. Disponível em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf Acessado em: 13 jul. 2018.

RIBEIRO, Cristine Jacques. **Problematizando o instrumento visita domiciliar**. Sociedade em debate. Disponível em:

<<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/346/304>>. Acesso em: 15 nov. 2018. <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/346/304>

ROSA, Lúcia Cristina do Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Karine Brito dos. **Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e Estratégias de intervenção** – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2015.

SANTOS, Rosa Maria Silvestres. **Prevenção de droga na escola: Uma abordagem psicodramática**. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

SILVA, Jocenir de Oliveira da. **Saúde mental: rodas de conversa no CAPS AD de São Borja**. Projeto de extensão. São Borja: 2017/2018.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2013

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Saúde Pública ou Saúde Coletiva?** REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE | Londrina | v. 15 | n. 4 | p. 01-21 | out/dez. 2014.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. 1º edição, Instituto Lukács, São Paulo, 2015.

VIEIRA, Monique Soares. **Rompendo o silêncio: o enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no âmbito dos CREAS tocantinenses**. Porto Alegre, 2015.