

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA
INTERPROFISSIONALIDADE**

MARIA BETÂNIA ROCHA DE SOUZA BEZERRA

**O PROTAGONISMO DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO CAPS DR. MANOEL
SABINO COSTA PELA VIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL: PRESSUPOSTOS
NORMATIVOS E SOCIOEDUCATIVOS**

**ALAGOAS
2021**

MARIA BETÂNIA ROCHA DE SOUZA BEZERRA

**O PROTAGONISMO DA POPULAÇÃO USUÁRIA DO CAPS DR. MANOEL
SABINO COSTA PELA VIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL: PRESSUPOSTOS
NORMATIVOS E SOCIOEDUCATIVOS**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Tereza Angélica Lopes de Assis
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Milena Gomes de Medeiros.

**ALAGOAS
2021**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade – CRB-4 - 1251

B574p Bezerra, Maria Betânia Rocha de Souza.

O protagonismo da população usuária do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos / Maria Betânia Rocha de Souza Bezerra – 2021.

60 f. : il.

Orientadora: Tereza Angélica Lopes de Assis.

Coorientadora: Milena Gomes de Medeiros.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 51-53.

Apêndices: f. 54-60.

1. Serviços de saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica - Brasil. 3. Saúde mental.
4. Políticas sociais. I. Título.

CDU: 614:613.86

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me apoiaram na jornada até me tornar uma sanitarista: ao meu Deus e à minha família, às professoras Margarete Cavalcante, Suely Nascimento, Maria Betania Buarque Lins Costa e Milena Gomes de Medeiros; às colegas de curso Vanessa e Isabele, Cyntia Toledo, Risonilda, Rafaela; à colega de trabalho Solange Lins, aos usuários do CAPS Manoel Sabino Costa e toda sua equipe interprofissional.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão ao Criador, pelo dom da vida e por me conceder mais uma realização na minha carreira profissional!

Agradeço ao corpo docente da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), especialmente no NUSP e na Faculdade de Medicina (FAMED), bem como a parceria com a Rede Nacional de Escolas de Saúde (RNES) e a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), pela significativa contribuição na minha capacitação como sanitarista.

À coordenação do curso e às minhas orientadoras, pelo apoio, motivação e compreensão!

Aos meus colegas do grupo de trabalho, em especial à Vanessa e Isabele Cristina, pela partilha de conhecimentos e palavras de incentivo.

Por fim, agradeço à minha mãe e ao meu esposo, Diego Bezerra, por estarem ao meu lado, cooperando e me animando nos momentos difíceis!



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



“Grite” no único lugar em que não é possível ficar tímido (a) e amordaçado (a) dentro de si mesmo (a). Aliás, reflita: você é tímido (a) no teatro psíquico ou protagonista de sua história?

Augusto Cury

RESUMO

O Movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 — cujas propostas resultaram na universalidade do direito à saúde oficializado com a Constituição Federal de 1988 —, contribuiu para ampliar o debate e o acesso à saúde de toda população através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Aliado a essa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica, ao acompanhar as pautas de lutas, se constituiu em um divisor de águas na história do reconhecimento dos direitos no campo da saúde mental que culminou na instituição da Política Nacional de Saúde Mental e de outras normativas legais, que passaram a nortear o tratamento das pessoas com o adoecimento mental, nos serviços de tratamento de base comunitária possibilitando um cuidado humanizado, na defesa dos direitos de cidadania. Nesta perspectiva, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A propósito, o objetivo desta proposta é fortalecer o protagonismo dos usuários do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa, na luta pela garantia de serviços qualificados e por seus direitos de cidadania. Do ponto de vista metodológico essa proposta de intervenção se apoia na pesquisa bibliográfica, recorrendo a autores que tratam dos temas políticas sociais, política de saúde, saúde mental e reforma psiquiátrica, a exemplo de Barbosa *et al* (2016), Costa (2014), Farias (2002), entre outros. Também nos apropriamos da pesquisa documental, recorrendo as legislações como a Constituição Federal de 1988, as portarias e decretos ministeriais, além de outras que tratam sobre mudanças retrógradas na Política de Saúde Mental, ocorridas no final da segunda década do século XXI. O trabalho elaborado visa a potencialização da participação dos usuários nas oficinas, quando houver o retorno das atividades coletivas, para que os mesmos consigam discutir e assimilar os conteúdos abordados, podendo entender o significado e importância da luta pela garantia dos benefícios e serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), percebendo-se como protagonistas de suas próprias histórias, com direitos e deveres na sociedade.

Descritores: Políticas Sociais. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

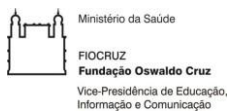
ABSTRACT

The Sanitary Reformation Movement started in the 1970s – whose proposes resulted in the universality of health rights formalized with the 1988 Federal Constitution –, contributed to broaden the debate and the access to health to all the population through the creation of the Unified Health System (SUS). Linked to this perspective, the Psychiatric Reform, by following the struggle efforts, became a turning point in the history of acknowledgement of rights in the field of mental health. This movement reached its peak in the establishment of the National Policy of Mental Health and other legal normatives, that got to guide the treatment of people with mental diseases in the services of community basis, making a humanized care possible in the defense of citizenship rights. In this perspective, Centers of Psychosocial Attention (CAPS) were created. Also, this proposal's goal is to strengthen the protagonism of the users of Dr. Manoel Sabino Costa CAPS in the pursuit of guarantee of qualified services and their citizenship rights. From the methodological point of view, our inter-ventual proposal is based on bibliographical research in which we've reached authors that discuss themes regarding social policies, health policy, mental health and psychiatric reform, such as Barbosa *et al.* (2016), Costa (2014) and Farias (2002), among others. We've also used documental research, resorting to legal documents –such as the 1988 Federal Constitution, orders and ministerial decrees –, besides others that concern the retrograde changes in the Mental Health Policy, processed at the end of the 21st century's second decade. This paper aims to potentialize the participation of users in workshops, when the collective activities are back, so that they can discuss and assimilate the contents, being able to understand the meaning and the importance of the efforts for the guarantee of the CAPS benefits and services, as well as acknowledging themselves as protagonists of their own histories, with rights and duties in the society.

Keywords: Social Policies. Mental Health. Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
GM	paGabinete do Ministro
GVS	Gerência de Vigilância à Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDMHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social
MJ	Ministério da Justiça
MS	Ministério da Saúde
NASP	Núcleos de Apoio Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SITUAÇÃO PROBLEMA	20
3	JUSTIFICATIVA.....	22
4	OBJETIVOS.....	28
4.1	Objetivo geral	28
4.2	Objetivos específicos.....	28
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
6	PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO ...	37
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
7.1	Plano de Intervenção	40
7.2	Público-alvo	40
7.3	Desenho da operação	41
7.4	Resultados esperados	44
7.5	Viabilidade	44
7.6	Materiais necessários à execução das oficinas	45
7.7	Financiamento	46
7.8	Parcerias estabelecidas/responsáveis	46
7.9	Recursos necessários	46
7.10	Resultados do trabalho interprofissional e discussão	46
7.11	Cronograma de execução.....	47
7.12	Gestão, acompanhamento e avaliação.....	48
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE A – Carta de Anuência.....	55
	APÊNDICE B – Termo de Aceite e compromisso de Orientação	56
	APÊNDICE C – Questionário de avaliação das atividades	57
	APÊNDICE D – Convite da reunião remota: primeira ação do projeto de intervenção	58
	ANEXO A – Fotos da reunião remota do dia 29/10/2021 para apresentação do projeto de intervenção ao CAPS – primeira ação de execução do projeto	60

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta de intervenção, cujo tema é *o protagonismo da população usuária do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Manoel Sabino Costa pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos*, constitui-se numa construção do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, ofertada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e tem como pressuposto ser executado no referido CAPS, localizado no município de Cajueiro, no estado de Alagoas, direcionando-se aos usuários da instituição.

Cajueiro fica localizada na região da mata alagoana, possuindo uma extensão territorial de 136,7 km², situado a 78,2 km² de Maceió, capital de Alagoas. A cidade faz fronteira com os municípios de Atalaia (Sul), Capela (Leste) e Viçosa e Pindoba (Oeste). Atualmente, tem a frente de sua gestão, como prefeita, a assistente social Lucila Régia Albuquerque Toledo.

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE), no ano de 2020, a população de Cajueiro era estimada em 21.331¹ pessoas, em sua maioria jovens do sexo feminino, concentrando-se na faixa etária entre 20 a 39 anos. A hipótese mais provável é a de que a redução da população masculina se dá pelo êxodo rural e o desemprego no setor canavieiro, sendo necessária a busca de trabalho em outros municípios e/ou estados. Há ainda uma redução na população idosa de 70 anos acima, sobretudo no gênero masculino, gerada pela falta de condições dignas de vida (alimentação, saúde, educação, moradia etc.).

A economia do município é fundada no comércio, na prestação de serviços públicos e na agricultura familiar.

O fornecimento de água é feito pelo Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto (SAAE), gerenciado pelo município. São 5.947 ligações residenciais, 250

¹ Esses dados são mais atuais disponíveis na base do IBGE.

ligações comerciais e 52 ligações do setor público, totalizando 6.249 ligações ativas, abastecendo uma população de 21.293 habitantes. Na zona rural, contamos com Sistema de abastecimento da Serra dos Mamões, o manancial que alimenta o sistema é a Barragem Serra dos Mamões, com 37 ligações domiciliares.

O fornecimento de energia elétrica é feito pela empresa Equatorial Energia Alagoas, atendendo a 4.915 domicílios, que corresponde a um percentual de (84,5%) beneficiados; 27 (0,46%) declararam que não dispõem de energia elétrica e 876 (15,1%) não informaram; o que totaliza 5818 domicílios. A limpeza urbana é realizada pela Secretaria de Viação e Obras, responsável pela coleta do lixo e varrimento de ruas, bem como pelo sistema de drenagem urbana, conservação e pavimentação de vias. O lixo coletado é conduzido para o aterro sanitário. A prestação regular desses serviços contribui para um desenvolvimento relativo à qualidade de vida da população, por dispor do saneamento básico, água encanada e o fornecimento de energia, algo que auxilia na redução de alguns tipos de doenças –a exemplo da contaminação por verminoses, problemas visuais, entre outras.

De acordo com o IBGE, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMHM) de Cajueiro era de 0.562 em 2010, seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* era de 8.676,02 R\$ em 2018. No que diz respeito ao trabalho e aos rendimentos, em 2019 o salário médio mensal era de 2,0 salários-mínimos dos trabalhadores formais – considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 49,8%. A taxa de escolaridade era de 06 a 14 anos era de 96,2%. No último Censo Demográfico, realizado em 2010, a Renda *per capita* dos vulneráveis à pobreza era 129,0.

Vale ressaltar que as condições econômicas e sociais impactam nas condições de vida da população usuária dos serviços de saúde mental, principalmente entre aqueles em situação de vulnerabilidade.

Segundo informações da “Análise da Situação de Saúde”, no ano de 2020 a predominância das causas básicas das doenças circulou aquelas correspondentes ao aparelho circulatório (54 - 31,0%), seguidas de algumas doenças infecciosas e parasitárias (28 - 16,1%) e causas externas de morbidade e mortalidade (23 -

13,2%). Entre as causas externas, tivemos por acidente (8 - 4,6%) e por homicídio (12 - 6,9%), suicídio (1 - 0,6%) e ignorado (2 - 1,1%).

O cenário relativo ao número de adoecimento mental no Brasil e no mundo tem crescido. No nível local, segundo o livro de registro de prontuários do CAPS I, atualmente são 3.158 moradores do município fazendo uso dos serviços de saúde mental no Ambulatório e no CAPS, espaços procurados para o tratamento psiquiátrico e/ou psicológico, solicitar relatórios sociais ou médicos, atestados para acessar os direitos assistenciais, Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefícios previdenciários, auxílio-doença, tutela, curatela, processos jurídicos de liberdade assistida e outros

Ademais, diante de uma conjuntura marcada pela instabilidade em áreas como a economia, a política e o social — percebidas, sobretudo, desde a primeira década do século XXI —, observa-se o processamento de mudanças nas leis constitucionais, como emendas que afetam os serviços voltados ao atendimento dos mais necessitados, especialmente no campo das políticas de saúde e assistência social. A propósito, a Saúde Mental vem se defrontando de forma negativa com novas portarias que alteram as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica.

Sobre essa concepção, Cruz *et al.* (2020) analisam os documentos que apontam para o redirecionamento da Política Nacional de Saúde Mental, tais como:

- Portaria Ministério da Saúde (MS) n.º 1.482 de 25/10/2016 – que se refere a inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possibilitando financiamento com recursos da Saúde;
- Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 14/12/2017 – institui as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS em que aponta o hospital psiquiátrico como componente da rede e de um maior aporte de recursos para ele;
- Portaria MS 3.588 de 21/12/2017 - Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 02 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências e determina ou define o Centro de

Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad IV). Ademais, estende o tamanho das Residências Terapêuticas, enfermarias e leitos de saúde mental em hospital geral e aumenta o valor da diária de internações hospitalares psiquiátrico em mais de 60%;

- Portaria GM nº 3.992 de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação n.6/GM/MS, de 28/09/2017, esta portaria acaba com a destinação de financiamento do MS para fins específicos, resumindo todo orçamento em 'Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde' e 'Bloco de investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde';
- Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) n.º 35 e 36, de 25/01/2018, a primeira referindo-se à devolução de recursos de implantação e a segunda ao bloqueio do custeio de unidades que não apresentavam faturamento de forma correta. Segundo os autores (CRUZ *et al.*, 2020), após essas resoluções houve um corte de verbas para CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, que tiveram dificuldade de apresentar a produção. Os envolvidos nesse processo justificam a dificuldade do preenchimento do faturamento, lembrando a mudança no referido sistema, ocorrida em 22 de agosto de 2012, com a publicação da portaria n.º 854 substituindo a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), que era mais simples do que a publicação que trata do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), de preenchimento detalhado e complexo;
- Recomendação n.º 1, 31/01/2018, de revogação da portaria 3.588, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por considerar que esta portaria fere a lei 8.142 sendo publicada sem consulta ou debate com a sociedade civil e com o Conselho Nacional de Saúde;
- Publicação do Edital 1/18 pela SENAD/MJ (MS e MDS) em 25/04/2018, dizendo respeito ao cadastramento de comunidades terapêuticas para o recebimento do financiamento da União, acolhimento que podem chegar até 12 meses, com altos valores pagos por cada ação de acolhimento, sem especificar no edital a quantidade de recursos disponibilizados e efetuados nessas ações;

- Portaria MS 544, de 07/05/2018, que inseri o CAPS ad IV no CNES;
- Portaria MS n.º 2.432 de 15/08/2018, que aumentou o financiamento das internações de mais de 90 dias, e a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, com o Ministério da Saúde discordando da ideia de serviços substitutos e questionando a efetividade de uma política baseada no cuidado comunitário – a nota técnica segue de forma adversa as orientações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Decreto Presidencial n.º 9.761 de 14/04/2019, que aprova a nova Política Nacional Sobre Drogas, coloca a gestão dos recursos e administração das ações sob a incumbência dos ministérios da Cidadania, da Justiça e Segurança Pública. Sobre esse decreto, Cruz *et al.* comentam que: “Tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidados relacionados ao uso de drogas. Deixa clara a concepção de tratamento sob confinamento como prioritário” (CRUZ *et al.*, 2020, p. 12);
- Publicação da Recomendação n.º 043, no dia 15/09/2021, pelo CNS, para retirada das comunidades terapêuticas do cadastro do CNES.

Esse panorama de reformas serviu de motivação para pensarmos, com esta proposta, o fortalecimento do protagonismo dos sujeitos na relativa Política, no interior do próprio CAPS, para que os usuários possam se perceber sujeitos/agentes importantes e que tencionam a luta pelos direitos, inclusive o do atendimento digno. A intenção é instrumentalizá-los para propor melhorias no serviço, para que o mesmo possa garantir um atendimento cada vez mais qualificado.

Para tal, alguns aspectos da saúde, como a caracterização do município e o local onde o propomos executar o projeto, serão delimitados. No que diz respeito à esfera da saúde, a Gerência de Vigilância à Saúde (GVS) do município é responsável pelas ações de vigilância epidemiológica, imunização, endemias, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. A GVS gerencia todos os sistemas de informação epidemiológica.

Por sua vez, a Secretaria de Saúde, órgão administrador da Política de Saúde, conta com as seguintes unidades: 01 hospital geral; 05 Unidades Básicas de Saúde cobrindo a zona urbana e 03 Unidades Básicas na zona rural; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Reabilitação, além do Programa Melhor em Casa. A Secretaria conta ainda com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como para aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em nível local, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está estruturada pelos seguintes equipamentos e serviços: as Unidades Básicas (escuta e encaminhamento para os serviços especializados); Centro de Reabilitação (Ambulatório de Psicologia); Centro de Atenção Psicossocial (Consultas Psiquiátricas e Equipe Multidisciplinar); e Hospital Geral (urgência). A Rede se articula a algumas políticas públicas, a exemplo, dentre outras, das de Assistência Social e Educação. Nesse plano, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU, 2021, p. 13), o CAPS se constitui “[...] como um dispositivo articulador dos recursos do território: criação de rede (sócio-sanitarista, jurídicas, sociais e educacionais)”.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, presta assistência à população de sua cobertura, auxiliando nos aspectos clínico, reinserção social através do acesso ao trabalho, convívio familiar e comunitário, lazer e direitos civis.

O CAPS Dr. Manoel Sabino Costa, locus desta proposta de intervenção, foi inaugurado em março de 2006. Está localizado na cidade de Cajueiro/AL, na Avenida Teixeira Costa, no centro; integra, junto dos municípios de Atalaia, Capela, Viçosa, Quebrangulo e Paulo Jacinto, a 4ª Região de saúde. O CAPS está incluído na modalidade de CAPS I, por ter uma população acima de 20 mil habitantes, tendo por finalidade prestar assistência à população que sofre com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e severas, e afetadas pelo uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). O CAPS atende as demandas dos órgãos:

jurídico, Centro de Reabilitação, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e escolas. O atendimento envolve acolhimento, escuta, marcação da consulta médica e atividades coletivas – oficinas terapêuticas, socioeducativas, esportivas, artísticas, passeios, dispensação de medicamentos, encaminhamentos e acompanhamento biopsicossocial.

O CAPS Dr. Manoel Sabino Costa conta com 184 usuários frequentando o equipamento nas seguintes modalidades: intensiva (diariamente); semi-intensiva (duas vezes por semana) e não intensiva (uma vez por semana ou a cada 15 dias).

Antes da pandemia, durante discussões nas atividades socioeducativas, alguns usuários apontaram os problemas que perceberam prejudiciais ao funcionamento qualificado do equipamento. Eles elencaram, dentre outros, a falta de materiais para realização de oficinas, falta de medicamentos e a redução do quadro funcional. Diante das condições geradoras dessa insatisfação nos usuários — motivando-os a buscar alternativas para melhorar a qualidade do atendimento —, aliada à exigência de elaboração de proposta de intervenção voltada à instituição, nosso lócus profissional posta pelo do curso de especialização, pensamos na elaboração da proposta de intervenção intitulada: o protagonismo da população usuária dos CAPS pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos. Elencamos como propósito a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários e, ao mesmo tempo, possibilitar o acesso destes, por meio do trabalho interdisciplinar e intersetorial, as informações sobre os direitos sociais.

2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

A situação desafiadora na qual se encontram, de maneira geral, as políticas sociais – e, particularmente, a de saúde – envolve as mais diversas formas de sucateamento que atingem, de forma assustadora, o funcionamento de seus serviços. Tal contexto tem contribuído para que a população fique à mercê da sorte na busca pelo atendimento em suas diversas modalidades. Nesse sentido, os CAPS se colocam como Unidades de tratamento Psicossocial dirigidas às pessoas acometidas por qualquer espécie de transtorno mental², diretamente afetadas por essas restrições.

Segundo informações da gestora da Saúde do município, o valor repassado pelo fundo federal para a gestão do funcionamento do CAPS é de R\$ 28.000,00, recurso insuficiente para atender com eficácia as necessidades institucionais, os recursos humanos e materiais, a compra de medicamentos. Apesar dos entraves, há um esforço da equipe mínima de Saúde Mental, que trabalha de forma colaborativa na realização do acolhimento humanizado e empático, fazendo os encaminhamentos para outros órgãos que compõem a rede psicossocial na tentativa de responder as demandas dos usuários.

Nos últimos anos, principalmente após a instauração da situação de emergência sanitária mundial em decorrência da pandemia de COVID-19, houve o crescimento do número de pessoas com quadro de ansiedade, transtorno de depressão, síndrome do pânico, pensamentos e tentativas de suicídio devido a diversos fatores. Um dos maiores gatilhos foi o medo da patologia, da morte de familiares e amigos, da vivência da exclusão no mercado formal de trabalho e dificuldade de inserção no espaço da informalidade, pondo a percepção de que a vulnerabilidade social relativa à falta de renda ou renda insuficiente para prover as

²Conforme o Manual Diagnóstico e Estático de Transtornos Mentais (DSM-5), um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento do indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimentos subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2013, p. 43).

necessidades básicas dos sujeitos e de suas famílias tem afetado significativamente a vida da população, gerando adoecimento mental. Diante dessa conjuntura complexa, a Rede Psicossocial deve estar cada vez mais capacitada, recorrendo a cursos de capacitação, melhores condições de estrutura física e materiais adequados para o atendimento satisfatório das demandas dessa população.

Ressalte-se que toda trajetória dos CAPS é marcada por lutas e resistências na tentativa de romper com as práticas desumanas e caminhar na busca por novas formas de tratamento e cuidado, assim como das condições de enfrentamento das retrações que limitam o acesso da população a um atendimento qualificado.

No CAPS Dr. Manoel Sabino Costa, locus de execução desta proposta, as mudanças nas normativas legislativas – algumas pertinentes à esfera federal, repercutindo de forma negativa, causando um desfinanciamento na Política de Saúde Mental, fato gradativamente percebido ao longo dos anos –, têm causado inquietação nos usuários, que questionam a equipe sobre a falta de medicamentos, materiais para as oficinas e de profissionais para atendê-los. Eles já percebem e sentem o reflexo de tal sucateamento, levando-nos a pensar na elaboração/execução deste projeto de intervenção. Assim, adotamos como ponto de partida o seguinte questionamento: como fortalecer o protagonismo dos usuários do CAPS com o suporte interprofissional – mediante a socialização dos pressupostos normativos e sócios educativos preconizados no âmbito da saúde mental –, considerando sua instrumentalização em defesa do cumprimento das disposições constitucionais que tratam dos recursos necessários ao atendimento das necessidades institucionais?

3 JUSTIFICATIVA

No decurso histórico do capitalismo, as políticas sociais surgiram e foram ampliadas como medidas intervencionistas e de controle estatal, tendo como pontos importantes a legitimação do poder, a regulação e administração das desigualdades e da pobreza.

Nessa direção, desde o século XVII podemos perceber iniciativas e a adoção de medidas para tentar responder às demandas engendradas pelo capitalismo. Na Inglaterra tivemos a *Poor Law*, sucedida pelo Keynesianismo no século XX; também no mencionado país, e o *Welfare State* ou Estado de bem-estar social – modelo de Estado assistencialista e intervencionista, fundado nos direitos sociais universais dos cidadãos –, nos países de capitalismo avançado, a exemplo da própria Inglaterra e da região da Escandinávia.

Segundo Graneman (2006, p. 16),

A formatação do Estado de bem estar social realizava a intervenção na economia ao direcionar os investimentos, estimular a produção, efetivar obras públicas, controlar os níveis de emprego, para que fossem os mais altos possíveis ao modo de produção capitalista, e promover políticas sociais de proteção ao trabalho, dentre as quais saúde, previdência, habitação, educação e várias outras.

Vale ressaltar que, em meados dos anos 1970, com a crise econômica mundial, as políticas sociais sofreram ataques com as modificações estruturais econômicas e política visualizadas pelo processo de reestruturação produtiva e globalização, na perspectiva do fortalecimento do neoliberalismo.

Especificamente na realidade brasileira, não houve a experimentação do Estado de bem-estar social, mas foram adotadas políticas sociais paliativas e pontuais. A primeira política social implementada no país foi a de Previdência Social dos ferroviários, através do Projeto de Lei do Deputado paulista Eloy Chaves, em 1923.

Os anos 1930, liderados por Getúlio Vargas na Presidência da República, viram a implementação da política trabalhista, adotando um sistema de seguro social como meio de consenso para restrição de greves e manifestações dos trabalhadores. Esse modelo esteve em vigência até a implantação da Ditadura Militar no ano de 1964.

Ainda no ano de 1960 houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), determinando a união dos benefícios dos diversos Institutos – 1966 houve a unificação dos Institutos de Previdência, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Daí para frente foram realizados diversos convênios entre o INPS com o setor privado, no intuito de que o trabalhador tivesse a oferta de serviço de saúde e segurança no trabalho, com o intuito de possibilitar o crescimento da produtividade.

Em relação à política de saúde, entre os anos de 1930 e 1980, ela expressava traços de duas realidades distintas: a saúde pública dirigida à contenção de doenças específicas e o auxílio médico previdenciário, destinado aos trabalhadores com carteira assinada. Sendo assim, o modelo de atenção à saúde não previa o atendimento das pessoas que estavam fora do mercado de trabalho, que dependiam de iniciativas filantrópicas.

Historicamente, a década de 1980 ficou marcada pelas mobilizações populares abrangendo tanto a esfera política, através da luta em busca de mudanças no regime político do país, como o Movimento Sanitarista em prol dos avanços na política de saúde, em vistas à acessibilidade de todos os brasileiros aos serviços públicos de saúde e a concepção de um sistema único e descentralizado, entre outros.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, foi um dos resultados dessas mobilizações; nela foram debatidas as propostas contidas no projeto da Reforma Sanitária.

A Constituição Federal de 1988 veio consolidar todos esses movimentos, assegurando, no artigo 196, o direito à saúde e declarando-a como um direito universal. Outros avanços foram alcançados, a exemplo da implementação da Lei

Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 19/09/1990, regulamentando o referido artigo. Nesse contexto, vale ressaltar o artigo 200 da Constituição Federal, que diz:

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, p.111).

Ainda nessa perspectiva, pode-se mencionar a Lei nº 8.142, sancionada neste período, que regulamentou a participação social na gestão do SUS e a transferência de recursos, criando as Conferências e o Conselho de Saúde. Para Machado, Lima e Baptista (2017, p. 2),

A Reforma Sanitária dos anos 1980, no contexto da redemocratização e da crise financeira, partiu da crítica a essas características para construir uma proposta abrangente, incorporada à Constituição Federal de 1988. Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um sistema de saúde universal, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais.

No que diz respeito à política de saúde mental, os anos de 1980 foram de relevantes conquistas mediadas pela Reforma Psiquiátrica, que se constituiu em um projeto coletivo de modificações no modelo de atenção à saúde mental dos usuários e no gerenciamento do cuidado. Destacamos ainda o Movimento Social de Luta Antimanicomial, contando com a participação nas manifestações sociais de grupos de usuários, familiares e trabalhadores que contribuíram com a substituição do modelo manicomial pelo de atenção à saúde mental baseada nos serviços comunitários.

O antigo modelo utilizado, o hospitalocêntrico, surgiu no Brasil desde a inauguração do primeiro hospício no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II, no ano de 1841. Este acontecimento se configurou na institucionalização da doença mental em que as pessoas passaram a viver enclausuradas, privadas de sua liberdade. Era

uma instituição de cunho religioso, ancorada nos pressupostos higienistas e em tratamentos agressivos. Após a Proclamação da República, este hospício passou a ser comandado pela psiquiatria científica, que se utilizava de uma abordagem medicalizante (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2020).

No Brasil do final dos anos de 1970 emergiram as primeiras ações da Reforma Psiquiátrica (RPB) e do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que intencionavam favorecer as bases para desconstruir o modelo de atenção à saúde mental vigente e implementar um novo.

Desde a sua implementação, ao longo de aproximadamente três décadas, em que pesem os desafios a serem superados, a RPB demonstrou substanciais avanços na reorganização do modelo de assistência. Como principais mudanças, podem ser destacados a inversão do gasto em saúde mental com implantação e estímulo à expansão dos serviços comunitários, o incentivo às ações intersetoriais, a redução de leitos em e o fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares (DELGADO *apud* SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2020, p. 3).

Em 1987, em São Paulo, foi inaugurado o primeiro CAPS e em 1989 os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) – atualmente denominados CAPSIII – na cidade de Santos, São Paulo. Vários CAPS foram inaugurados em todo território nacional nos anos seguintes.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 p.21).

Ressalte-se que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira culminou com a aprovação da Política de Saúde Mental, Lei nº 10. 216 no ano de 2001, na

qual o Ministério da Saúde (2013, p. 21) “[...] afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Nos anos 2000 houve a ampliação do financiamento e regulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/201, passou a compor o conjunto das redes integrantes na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutos podemos citar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), CAPS, entre outros.

No CAPS o cuidado com a pessoa com transtorno se dá através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é elaborado de forma conjunta com a equipe multidisciplinar, o usuário e sua família, contando com auxílio da execução e acompanhamento feito pelo CAPS com o apoio da Atenção Básica.

As práticas do CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e os recursos dos territórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 10).

Na atual conjuntura das políticas sociais, constate-se, desde 2016, um retrocesso diante da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu o congelamento do financiamento das políticas sociais, dentre elas a do SUS, por 20 anos. A Política de Saúde Mental também foi atingida por mudanças normativas, ocorridas no período de 2016 a 2019, com a publicação de novos documentos de regulação, oficializando a ‘Nova Política de Saúde Mental’. A resolução nº 32 da CIT iniciou esse processo de regressão pondo novos procedimentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Cruz *et al.* Dizem:

Podemos afirmar que o marco inicial da ‘nova’ política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de

avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS (CRUZ *et al.*, 2020, p. 5).

Outro ponto importante que se faz necessário destacar consiste nas Reformas Trabalhista (2017) e Previdenciária (2019), que fragilizaram o vínculo empregatício nas contratações de trabalhadores nas diversas áreas das políticas públicas, inclusive no SUS, afetando a Política de Saúde Mental com a redução do quadro funcional que compõe a equipe multidisciplinar. À época, houve um processo nacional de revisão de benefícios, suspensão do pagamento de muitos usuários que tinham o direito por estarem enquadrados nas exigências; aqueles em situação de doença incapacitante e vulnerabilidade social sofreram a perda de sua renda, tendo um agravamento de seu quadro psíquico por isso.

Todo esse panorama – de incertezas vivenciado por todos, principalmente pelos usuários de saúde mental que se sentiram fragilizados diante das atrozidades mudanças nas legislações, tendo como consequência uma regressão no tratamento de saúde mental – se configurou como o motor da temática deste projeto de intervenção, que intenciona a capacitação desses usuários, tendo em vista a sua instrumentalização em defesa do cumprimento das disposições constitucionais afetadas por essas mudanças.

O projeto é considerado relevante por possibilitar aos usuários do Serviço de Saúde Mental do CAPS o conhecimento e a compreensão acerca de seus direitos e deveres, conforme preconizam as normativas legislativas pertinentes a Política de Saúde Mental, pondo-os como protagonistas, na medida do possível, da exteriorização de seus pontos de vistas sobre o que querem e o que precisam conquistar.

Desse modo, por meio de uma intervenção interprofissional junto ao Centro de Atenção Psicossocial Dr. Manoel Sabino Costa, pretendemos executar o projeto de intervenção com o intuito de possibilitar conhecimentos e trazer melhorias no cotidiano dos usuários que fazem parte desta instituição.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Fortalecer o protagonismo dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Manoel Sabino Costa na luta por seus direitos de cidadania e pela garantia de serviços qualificados.

4.2 Objetivos específicos

1. Sensibilizar a gestão sobre a necessidade de socialização das informações sobre a legislação em saúde mental para o público atendido pelo CAPS;
2. Articular a equipe multiprofissional, visando seu envolvimento na criação dos temas e proposição de atividades a serem executadas ao longo do projeto;
3. Socializar conteúdos sobre as temáticas que afetam, direta ou indiretamente, a qualidade dos serviços do CAPS e àquelas que podem manter os usuários informados sobre o reflexo da crise na política de saúde e seus impactos;
4. Compartilhar experiências e saberes, possibilitando a integração entre os participantes – profissionais e usuários;
5. Fomentar ações que promovam o diálogo e a intersetorialidade entre usuários e serviços de saúde e assistência social.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção e a elaboração do projeto em tela requerem uma breve contextualização sobre as políticas sociais, de forma genérica, seguida do estudo da política de saúde, da reforma sanitária, da saúde mental e do trabalho interdisciplinar desenvolvido pelo CAPS. As políticas sociais estão atreladas ao Estado Capitalista, que tem como base fundante e oposta o modo de produção focalizado na propriedade privada e no trabalho livre, originando as classes sociais fundamentais: burguesia e proletariado.

A gênese das políticas sociais remonta ao Século XIX, com incipientes formas de ações na Europa, especificamente na Alemanha, com Otton Von Bismarck, que proibiu as ações de organizações trabalhistas. Paralelamente, contudo, foram criadas legislações de acidentes de trabalho, de seguro-doença, da proteção à invalidez e uma determinada proteção a aposentadoria. Sobre esse período, Lobato (2019, p. 14) comenta que:

Durante toda a transição do século XIX ao século XX, os países capitalistas ocidentais, principalmente os europeus, vivenciaram fortes disputas neste âmbito. As condições de trabalho e saúde dos trabalhadores passaram a receber um outro tratamento pelos capitalistas que primavam, fundamentalmente, pela manutenção do próprio sistema capitalista.

Para Rezende e Cavalcanti (2006), em âmbito mais extensivo, os Estados passaram a adotar ações interventivas nas áreas econômica e social no período pós 1929, ocasionado pela queda da Bolsa de Valores de Nova York, geradora da crise econômica mundial conhecida como *Grande Depressão*. Inicialmente concentrada nos Estados Unidos, o fenômeno se expandiu para outros países, aumentando o número de pessoas desempregadas, paralisações de bancos, falências de empresas e a redução das produções industrial e agrícola.

Para conter a crise, os Estados Unidos – que antes adotavam os princípios do liberalismo, ou seja, a não intervenção estatal na política – passaram a aplicar,

através do governo de Franklin Delano Roosevelt, o New Deal (Nova Política), uma mediação do Estado na economia a fim de retornar o crescimento econômico, utilizando, para isso, o plano de obras públicas, que idealizava o pleno emprego. Para Pereira (2013, p. 16),

São as classes sociais, portanto, os principais agentes de mudança política, pois são as correlações e equilíbrios de forças produzidas por elas que determinam a distribuição de bens, serviços e direitos. Além disso, é por meio da mobilização de classe e da correlação de forças que a política social se afigura muito mais do que um meio de atenuar malefícios sociais do capitalismo.

Segundo Rezende e Cavalcanti (2006), no final da Segunda Guerra Mundial emergiram novos modelos e funções do Estado, de forma ampla e alicerçada, principalmente em alguns países da Europa, conhecidos como Estados de bem-estar social (*Welfare State*), como visto em passagem anterior. O Estado de bem-estar social desempenhava a intervenção econômica referente às aplicações, aquecimento da produção, realização de obras públicas e moderação dos níveis de emprego, objetivando grandes ascensões referentes ao modo de produção capitalista e proporcionando políticas sociais de proteção ao trabalho – como saúde, previdência, habitação e educação.

Durante três décadas, as medidas aplicadas pelo Estado de bem-estar foram exitosas e rentáveis para capital, pondo condições favoráveis à classe de trabalhadores em alguns países europeus. Todavia, posteriormente ocorreram graves crises econômicas que abalaram a economia global, acarretando alterações intensas na produção e tecnologia, a reestruturação produtiva com o desmonte das políticas sociais no âmbito público estatal e o crescimento de serviços privados. Em decorrência desse quadro, o Estado passa a prover políticas de mínimos sociais, envolvendo ações dirigidas ao combate da profunda miséria. De acordo Fachine (2014, p. 61),

Na área das políticas sociais, as propostas neoliberais têm na sua determinação as reduções dos gastos sociais, onde há redefinição das políticas públicas com redução dos direitos sociais, seguindo a

lógica focalista, descentralizada e privatista, com o enxugamento do Estado na esfera das políticas sociais e transferência de suas responsabilidades à sociedade.

Na conjuntura brasileira, o estímulo de extensão das políticas sociais se deu com a Constituição Federal de 1988, que aliançou a política de Seguridade Social (Assistência Social, Previdência Social e Saúde), estruturando suas fontes financiamento.

A política social tal qual conhecemos na atualidade passou por inúmeras transformações nas suas formas de proteção social. Apriori, a assistência aos necessitados existiu de maneira repressiva, autoritária, passando posteriormente a ser paternalista e bondosa, mas, sem existir nessas conjunturas o interesse por parte das autoridades em incluí-la na perspectiva do direito (FECHINE *et al.*, 2014, p. 52).

Ainda tratando dessa realidade, percebe-se que a Política de Saúde no Brasil somente teve sua consolidação após a Constituição Federal de 1988, com o Estado assumindo o compromisso de ampliar o acesso universal aos serviços, garantindo o direito de todos os brasileiros a serem assistidos ao direito à Saúde. O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 diz:

A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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, Art. 196).

Conforme citado anteriormente, nas atividades pertinentes a este projeto pretende-se realizar uma retrospectiva sobre a Reforma Psiquiátrica – que foi um grande marco na história da Saúde Mental no Brasil, pois norteou o processo de construção da cidadania do doente mental – e também de sua reintegração à sociedade.

É necessário ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu uma forte influência do modelo de Franco Basaglia e Colaboradores, os quais tinham como

pressupostos a ruptura dos padrões institucionais dos manicômios e da Psiquiatria tradicional, resultando na Reforma Psiquiátrica Italiana. As primeiras ações no nosso país emergiram no final dos anos 1970, com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental.

Para Amarante (2013), a Reforma Psiquiátrica no Brasil pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições, com o intuito de ofertar outro lugar social para a loucura e promover o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental. Trajano e Silva (2015) corroboram com este pensamento:

Revolucionando a prática de abordagem da loucura, a Reforma Psiquiátrica humanizou e transformou a clínica e o processo de trabalho voltado para o cuidado deste usuário, reinscreveu o sofrimento dando-lhe justa significação: uma contingência na experiência humana. Reformulada a questão foi possível abrir portas, dispensar grades, recusar a indústria da loucura e sua produção de mortes e dor para fazer surgir rostos e histórias de vida, necessidades a atender e direitos a conquistar e, indo muito além dos remédios e das terapias, descobrir o encanto na banalidade cotidiana e a surpresa do ato de criação poética, musical, plástica ou as palavras e os mundos escritos com linha e agulha (TRAJANO e SILVA, 2015, p. 210).

Dados da Organização Internacional (*World Health Organization* – WHO) coletados no início dos anos 2000 apontavam o crescimento da doença mental no mundo, apresentando o fato de que a cada quatro pessoas uma estava sofrendo com transtorno mental. No Brasil, cerca de 47.500.000 pessoas padeciam ou padeceriam, ao longo de suas vidas, de algum tipo de doença mental, significando 12% do acometimento global de doenças. Na região Nordeste, os estados da Bahia, Sergipe, Pernambuco, Alagoas e Paraíba tinham uma população estimada em 32 milhões no ano de 2001. Destas, 3,5 milhões de pessoas passavam por sofrimentos psíquicos e transtornos decorrentes de uso de substâncias psicoativas (PITTA *et al.* 2015).

A realidade mostra que a Saúde Mental, em específico, merece ser trabalhada com ações do poder público na promoção, proteção e tratamento, tendo

um olhar voltado para o serviço de melhor qualidade, especializado e humanizado, para reduzir os agravamentos das patologias e os quadros de crises psicóticas com a cooperação dos sujeitos envolvidos no processo, evitando os possíveis internamentos em hospitais psiquiátricos.

Faz-se necessário sinalizar que importantes avanços ocorreram a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), dentre os quais a Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a Proteção e os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental, seguido da portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu os Serviços de Saúde Mental. Para Nóbrega *et al.* (2018),

A RP implica no desenvolvimento de um conjunto de ações emancipatórias heterogêneas nos campos do trabalho, educação, cultura, habitação, saúde, dentre outras possibilidades e necessidades que, desenvolvidas de forma articulada com os recursos do território promovem o protagonismo de usuários e familiares para o pleno exercício da cidadania. Entretanto, para que sua proposta esteja alinhada ao ponto de vista da Clínica Ampliada, é preciso uma prática de transformação do sujeito e da sociedade, e isso envolve pluralidade de atores, em um jogo dinâmico, contínuo e, em grande parte conflitivo (NÓBREGA *et al.*, 2018, p. 2).

Os CAPS se estabeleceram como principal plano da Saúde Mental, sucedendo o modelo asilar e hospitalocêntrico há décadas em vigência no Brasil e redefinindo os conceitos sobre o tratamento de Saúde Mental, dentre os quais podemos falar na adoção do trabalho interdisciplinar como fator determinante para um tratamento integral ao usuário, posto que cada profissional, trabalhando de forma colaborativa, proporciona um acolhimento com atenção às suas necessidades, bem como um tratamento qualificado. Bezerra *et al.* (2018, p. 2) consideram que

Como o modelo da saúde mental introduzido nos CAPS engendra ao trabalho interdisciplinar, outro elemento importante a se compreender é como se efetiva o trabalho do ponto de vista do coletivo de profissionais. Para Dejours (2012), a vontade das pessoas trabalharem juntas e de superarem em coletivo as contradições que emanam da própria natureza ou da essência da organização do

trabalho depende de cooperação. A cooperação supõe o estabelecimento de acordos normativos entre os trabalhadores o que permite a criação de novas normas do trabalho, regras de trabalho (ou de ofício), que estão pautadas na confiança entre os trabalhadores.

A interdisciplinaridade é compreendida pelo compartilhamento dos conhecimentos de cada profissão, ressaltadas suas particularidades, tendo como objetivo uma ação posicionada no atendimento integral do sujeito a partir do entendimento ampliado de saúde, como o compartilhamento de saberes (COUTINHO *et al.*, 2017).

Nesse contexto, vale ressaltar o tratamento humanizado ofertado aos usuários do CAPS com a proposta de reabilitação psicossocial que busca possibilitar meios de vida e condições necessárias para reintegração no convívio familiar e comunitário, de acordo com seu ambiente biopsicossocial, evitando o internamento; acolher e valorizar o conteúdo das falas dos usuários, cientificar sobre os direitos e deveres na sociedade para contribuir para sua reinserção, dentre outros. De acordo com Pita *et al.* (2015, p. 769),

Acerca da garantia dos direitos humanos e exercícios de cidadania ativa, verificou-se que o CAPS que influenciam positivamente a vida dos usuários, assegurando-lhes atividades que reduzem o preconceito, incentivam a participação em assembleias, estimulam e respondem às suas reivindicações e realizam tratamentos com base no respeito e na dignidade, incluir a participação dos usuários na gestão de serviços é um reconhecimento dos seus direitos na instituição, o estigma traz sem a menor dúvida um peso importante na inclusão atual dos usuários do sistema na sociedade, e ter ações para coibir o preconceito é advogar em favor desses usuários do sistema.

Para Ferrari *et al.* (2014), o sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e é reconhecido pelo outro como tal. Emerich *et al.* (2014, p. 686) dizem que

Onocko Campos e Campos indicam que o processo de construção da autonomia dá-se no movimento de coconstrução de sujeitos e coletivos. Desse modo, podemos pensar que a autonomia pode ser

atingida em maiores ou menores graus durante momentos da vida. Ao aumentar o poder de agir sobre si e sobre o contexto onde vive, é possível aumentar a rede de dependência (pessoas, lugares, instituições), desenvolvendo redes de apoio nas quais se tornam possíveis maiores graus de autonomia.

Segundo Costa (2014, p. 14), a orientação das políticas de Atenção à Saúde Mental no Brasil, ao redirecionar a assistência para os serviços extra-hospitalares e territoriais, considera a consolidação de novas estratégias e superação de antigos padrões assistenciais. Nesse contexto, para Braga e Júnior (2019),

[...] o CAPS desenvolve seu trabalho em constante articulação com a Atenção Básica e essa articulação faz parte da estratégia do Sistema Único de Saúde de propor um cuidado em saúde que considere o cidadão e seu território em suas peculiaridades, as relações e os significados que as pessoas atribuem ao processo saúde/doença [...] (BRAGA e JÚNIOR, 2019, p. 10).

Entretanto, a lei antimanicomial tem sofrido fortes ataques, notórios desde 2016, com o surgimento de grupos políticos conservadores e ultraliberais que provocaram modificações na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental, repercutindo de modo desfavorável no trabalho desenvolvido pelos CAPS, afetando na qualidade dos serviços ofertados aos usuários, sendo um retrocesso aos seus direitos.

Conforme pode-se ver, a Emenda nº 95/2016 estabeleceu limites de teto de gastos das despesas primárias por até vinte anos. Posteriormente, em 2017, entrou em vigor a portaria nº 3.588, alterando a Política Nacional de Saúde Mental com a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS (Rede de atenção psicossocial); a recriação dos hospitais-dia e dos ambulatorios, o aumento do financiamento para instituições hospitalares especializadas e o incentivo às comunidades terapêuticas.

Na atualidade, assistimos à essas mudanças nas leis como indicativos de que precisamos lutar pela garantia dos direitos de cidadania dos usuários da política de saúde mental, através da realização de ações conjuntas com a equipe multidisciplinar, os usuários do CAPS e demais pessoas envolvidas neste trabalho e

toda a sociedade, para fortalecer o protagonismo enquanto sujeitos de direitos sociais como quaisquer cidadãos.

Entende-se que esse projeto seja relevante para sociedade, pois compreende a garantia de direitos conquistados através de mobilização social, como o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que contribuiu para uma nova forma de tratamento humanizado aos doentes mentais. Neste contexto, Goldeberg (2001, p. 44) posiciona-se dizendo que

A perspectiva do tratamento dessas pessoas tem como objetivo proporcionar que atinjam patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas, possibilidades sempre maiores autonomia, qualquer que seja a medida desta para eles; aumentar-lhes enfim a capacidade de escolha.

Percebe-se na trajetória da Saúde Mental avanços, retrocessos e os desafios a serem superados para garantir o direito à saúde como preconiza a Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde e a Política de Saúde Mental.

6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Primeira etapa: este projeto foi definido através das indagações feitas pelos usuários do CAPS diante do cenário de mudanças na Política de Saúde Mental ao longo dos últimos 5 cinco anos, repercutindo negativamente na qualidade dos serviços ofertados com a redução do número de profissionais de nível superior que compõe a equipe técnica, materiais insuficientes para as oficinas, entre outros.

É importante dizer que o cenário da pandemia do novo coronavírus, em andamento desde março de 2020, agravou o problema com a suspensão das atividades em grupo até o presente momento, dada a adoção do protocolo de distanciamento social como medida preventiva contra a contaminação por COVID- 19.

Esse panorama serviu de motivação para a construção desta proposta, que pretende responder o seguinte problema: como fortalecer o protagonismo dos usuários do CAPS com o suporte interprofissional — mediante socialização dos pressupostos normativos e socioeducativos preconizados no âmbito da saúde mental —, considerando sua instrumentalização em defesa do cumprimento das disposições constitucionais que tratam dos recursos necessários ao atendimento das necessidades institucionais? Para tal, foram utilizados os seguintes descritores: políticas sociais, saúde mental e reforma psiquiátrica.

A definição deste problema teve como pontos de partida questionamentos realizados pelos usuários da Política de Saúde Mental e a leitura de artigos que problematizam o desmonte das políticas sociais, mais especificamente da Política de Saúde Mental. Devido ao contexto de desfinanciamento federal que afeta o município de Cajueiro, em particular à política saúde local, o nó crítico verificado foi o descumprimento dos pressupostos normativos e socioeducativos e das disposições constitucionais, que tratam dos recursos destinados ao atendimento das necessidades institucionais e têm gerado insegurança nos usuários, que se sentem prejudicados face as restritas condições oferecidas pelo CAPS.

Segunda etapa: a partir do direcionamento dado pela disciplina *Metodologia da Pesquisa*, ministrada no mês de janeiro de 2021, iniciamos a pesquisa com o estudo dos 14 artigos e 3 descritores selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde, Google Acadêmico e, posteriormente, a consulta de artigos na plataforma Scielo, livros e documentos: Políticas Sociais, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica. Esses esforços foram movidos visando obter embasamento teórico para a elaboração de introdução, justificativa e revisão bibliográfica, assim como na instituição da metodologia aplicada. Após a construção desses itens, encaminhamos um primeiro copião para a orientadora, que, ainda no mês de maio, deu início às orientações acerca do projeto.

Método: a partir do modelo de Planejamento situacional sistêmico – que possibilitou a construção do Projeto de Intervenção para o melhoramento do Plano de Ação institucional voltado à Saúde Mental dos usuários –, foi feito o planejamento de ações relativas ao enfrentamento dos problemas apontados pelos usuários. Contudo, tendo em vista a dificuldade apresentada por alguns deles na apreensão desses conhecimentos, em decorrência de suas patologias, pretende-se aplicar metodologia que possibilite aos usuários relacionar elementos legislativos para uma melhor qualidade de vida em seu cotidiano, exercendo sua cidadania na sociedade e contribuindo para suas evoluções clínicas.

Nessa direção, elegemos o/s nó/s crítico/s, identificado/s nas discussões ocorridas durante os trabalhos desenvolvidos com usuários do CAPS; na sequência, partimos para a definição de propostas de enfrentamento junto aos sujeitos – usuários e equipe interprofissional – envolvidos em busca das suas resoluções.

Desse modo, pretende-se, em consonância com os objetivos específicos elaborados, na execução deste projeto, a realização de ações que estão previstas no item 7, mais precisamente no Desenho da operação e no Quadro 1.

Cenário/local: a execução das ações proposta no projeto que terão como público-alvo os usuários se dará no CAPS, no momento em que forem iniciadas as atividades presenciais. Entretanto, a primeira ação será realizada de forma remota e *on-line*, tendo como cenário de prática a realização de uma *live*.

Atores sociais: os atores envolvidos no projeto serão assistente social, psicóloga, enfermeiro, um representante da Secretaria de Saúde, assistente social do CRAS e usuários do CAPS.

Instrumentos pedagógicos: diante do problema sanitário que acometeu o cenário mundial, seguindo as recomendações dos da Saúde, será utilizado álcool em gel 70, bem como será obrigatório o uso de máscaras e o distanciamento social. A Sala de Espera do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Manoel Sabino Costa será organizada para a realização das atividades em grupo, cada um com 10 participantes/usuários que fazem parte da modalidade do tratamento semi-intensivo. Não sendo possível a realização presencial, discutiremos junto à equipe interprofissional a possibilidade da realização das atividades de forma remota, utilizando a plataforma *Google Met*. Todavia, quer presenciais ou remotas, serão realizadas duas atividades mensais, com a utilização de rodas de conversa, oficinas e palestra nas quais serão discutidas temáticas que possibilitem a consecução dos objetivos específicos.

Monitoramento: ao término de cada ação executada com os usuários, os que tiverem condições cognitivas se posicionarão ao final; buscaremos alternativas para aqueles que não tiverem, recorrendo à estratégias no campo das metodologias participativas. Outros poderão responder um questionário de avaliação que sinalize suas considerações sobre a contribuição da discussão dos temas abordados, subsidiando a avaliação pretendida ao final da execução do projeto.

Avaliação: após o prazo de conclusão das temáticas, será feita uma reunião técnica com todos os envolvidos para apreciação da avaliação feita pelos usuários, intencionando melhorar a qualidade dos serviços ofertados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Plano de Intervenção

A Reforma Psiquiátrica foi uma conquista para a Saúde Mental, através da definição de pressupostos direcionados à construção de projetos de novos modos de pensar a saúde mental, motivando a criação de legislações, reconhecendo as pessoas com sofrimentos psíquicos como pessoas com capacidades que variam de acordo com o grau de comprometimento da patologia e com relativa condição de gerenciamento de suas vidas. A evolução do tratamento dos usuários com transtorno mental conta com o apoio institucional do Centro de Atenção Psicossocial e demais órgãos que compõem a Rede Psicossocial (CAPS), da família e da comunidade no território em que estão inseridos. No CAPS Dr. Manoel Sabino Costa, lidamos constantemente com o desafio de trabalhar de modo a possibilitar aos usuários o protagonismo na luta pela garantia de seus direitos. Desse modo, questão que se coloca é: *como é possível contribuir para o protagonismo dos usuários do CAPS em prol do atendimento de suas necessidades enquanto sujeitos de direitos da política de saúde mental, utilizando os pressupostos normativos e socioeducativos recomendados na área da saúde mental?*

Entretanto, identificamos um nó crítico que consiste no potencial desafiador desse trabalho socioeducativo entre a população usuária do CAPS, tendo em vista a limitação cognitiva quanto alguns transtornos e a pouca ou nenhuma escolaridade desse público.

7.2 Público-alvo

O público desse projeto são os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Manoel Sabino Costa, que fazem parte da modalidade semi-intensivo.

7.3 Desenho da operação

O Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade contribuiu significativamente para a idealização da proposta de intervenção que intenciona viabilizar meios para solucionar o nó crítico anteriormente. A partir do processo gradativo da elaboração da Proposta de Intervenção, através das disciplinas do referido curso e da condução dada na sequência pela orientadora e coorientadora, respectivamente, Prof.^a Maria Betania Buarque e Prof.^a Milena Gomes, a referida proposta se consolidou tendo como temática *o protagonismo da população do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos*.

Para a consolidação da referida proposta de intervenção, serão desenvolvidas as seguintes ações:

1. Apresentação da proposta de intervenção: o protagonismo da população usuária do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos, por meio de uma reunião remota para os seguintes convidados: gestor/a e a equipe técnica do CAPS, representante da Secretaria Municipal de Saúde, representante do CRAS e da coordenação da Especialização em Saúde com Ênfase na interprofissionalidade e orientadora e coorientadora da referida proposta de intervenção; tendo em vista à liberação da **Declaração de Anuência que permite a execução desta proposta**;
2. Socialização da proposta/projeto de intervenção, mediante reunião no CAPS com toda equipe multiprofissional e usuários, no intuito de motivá-los a participar do projeto de forma efetiva;
3. Sensibilização da equipe multiprofissional, a partir de uma Roda de Conversas, visando seu envolvimento na criação das temáticas relativas à consecução da proposta e sugestão de atividades que serão executadas ao longo do projeto;

4. Confeção de Cartilha Educativa como uma das alternativas para assimilação dos conteúdos que serão trabalhados;
5. .Discussão, com o coletivo da instituição, através de palestras, apresentação de vídeos e/ou documentários sobre as temáticas sugeridas e que afetam, direta ou indiretamente, a qualidade dos serviços do CAPS e aquelas que podem mantê-los informados sobre o reflexo da crise na política de saúde e seus impactos;
6. Compartilhamento de experiências e saberes por meio de exposição de painéis construídos em oficinas com os usuários, possibilitando a integração entre os participantes – profissionais e usuários;
7. Promoção de espaços socioeducativos com exposições temáticas sobre conteúdos como: normativas da saúde mental, financiamento da política de saúde, direitos sociais, cidadania, entre outros; apropriando-nos como instrumental técnico-operativo de reuniões e rodas de conversas, palestras, entre outros;
8. Criação de mecanismos de escuta das solicitações dos usuários, a exemplo de palestras ou colóquios com representante da Secretaria de Saúde e da construção de caixas de sugestões, reclamações e elogios, que devem ser confeccionadas com a participação dos usuários, intencionando a obtenção de ideias para melhorar o serviço do CAPS e a construção de propostas de ações alternativas junto aos órgãos responsáveis pela gestão da política de saúde mental, visando a melhorias nos serviços de Saúde;

QUADRO 1 – Desenho de Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema frente ao protagonismo dos usuários do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa

Nó crítico 1	A limitação cognitiva posta por alguns transtornos mentais e a pouca ou nenhuma escolaridade desse público.
Operação	- Apresentação da proposta de intervenção, tendo em vista a concessão da Carta de Anuência; - Socialização da proposta de intervenção para a gestão e equipe multiprofissional da instituição; - Sensibilização da equipe multiprofissional, a partir de uma Roda de Conversas, visando seu envolvimento na criação das temáticas; - Discussão, com o coletivo da instituição, sobre o reflexo da crise e seus impactos na política de saúde; - Compartilhamento de experiências e saberes, por meio de exposição de painéis construídos em oficinas com os usuários; - Criação de mecanismos de escuta das solicitações dos usuários, a exemplo de palestras ou colóquios com representante da Secretaria de Saúde, e da construção de caixas de sugestões, reclamações e elogios, que devem ser confeccionadas pelos usuários; - Estabelecimento de diálogo mensal entre os usuários do CAPS, a Secretária de Saúde do município, o Conselho Municipal de Saúde e o CRAS.
Projeto	O protagonismo da população do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa pela via do direito à saúde mental: pressupostos normativos e socioeducativos.
Resultados esperados	- Adesão dos usuários; - Adesão da gestão; - Colaboração da equipe; - Formação de um grupo de trabalho interprofissional.
Produtos esperados	- Sistematização de um consolidado com as ideias absorvidas pelos usuários sobre as temáticas discutidas e a proposição de novas ações a serem desenvolvidas com os trabalhos de grupo. Será elaborado um relatório final do projeto. - Formação de um grupo de trabalho interprofissional.
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeiro, Psicóloga, Assistente Social e gestora da Saúde.

Recursos necessários	Estrutural/organizacional: estrutural: Sala de Oficinas do CAPS
	Cognitivo: informações sobre o tema para a elaboração do projeto.
	Financeiro: aquisição de papel A4, fotocópias, canetas, cartolinas.
	Político: articulação entre o CAPS, Secretaria de Saúde e CRAS.
Recursos críticos	Financeiro: os materiais necessários à realização das atividades do projeto serão doados pelo CAPS e Secretária Municipal de saúde.
	Político: parceria com o CRAS e Secretaria de Saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde do município.
	Motivação: Envolvimento da Equipe interprofissional.
Ação estratégica de motivação	Dinâmica de grupo antes de iniciar as palestras, objetivando despertar o interesse pelos temas que serão ministrados.
Responsáveis:	Equipe Técnica do CAPS, SMS e CRAS.
Cronograma / Prazo	Quinzenalmente promover a realização de atividades como oficina, uma palestra e roda de conversa. Bimestralmente uma reunião com a Secretária de Saúde ou um representante com os usuários. Cada atividade terá em média 1 hora de duração.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Após as atividades será respondido pelos usuários um questionário avaliativo que servirá no final como critério de avaliação da intervenção proposta e para a construção do produto esperado.

7.4 Resultados Esperados

Potencialização da participação dos usuários nas oficinas, palestras, rodas de conversa e reuniões para que os mesmos assimilem os conteúdos abordados acerca do significado e da importância do movimento de Reforma Psiquiátrica e de instituições como o CAPS, bem como das disposições constitucionais que tratam dos recursos necessários ao atendimento das necessidades institucionais – tais como recursos humanos e materiais, aquisição de medicamentos, para o efetivo funcionamento do CAPS – levando os usuários a se perceberem enquanto protagonistas de suas próprias histórias, com direitos e deveres na sociedade. É necessário dizer que, para o alcance da participação dos usuários, esperamos o

envolvimento da equipe interdisciplinar, trabalhando de forma colaborativa na perspectiva da melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população usuária do CAPS.

7.5 Viabilidade

No momento ainda não estão ocorrendo atividades presenciais, mas estamos organizando o retorno gradativo das mesmas em grupo; pretendemos realizar as atividades previstas, bem como elaborar uma cartilha ilustrativa sobre os direitos dos usuários da política de saúde mental, além de exibir um vídeo sobre essa temática dirigido aos usuários e, posteriormente, às suas famílias. O projeto é viável, considerando que conta com o apoio dos sujeitos sociais envolvidos e não onera recursos financeiros, sendo acessíveis os materiais necessários à sua execução.

7.6 Materiais Necessários à execução das Oficinas

Descrição do Produto	Quantidade	Valor unitário	Total
Cartolina comum	20 unidades	R\$ 2,90	R\$ 58,00
Lápis grafite	1 caixa c/ 72 unid.	R\$ 0,42	R\$ 30,19
Lápis de cor	3 caixas	R\$ 12,90	R\$ 38,70
Caneta azul	1 caixa c/ 50 unid	R\$ R 1,56	R\$ 32,00
Papel Sulfite	1 resma	-	R\$ 23,99
Piloto (preto e vermelho)	03 de cada cor	R\$ 3,41	R\$ 20,46
Cópias cor preta	100	R\$ 0,50	R\$ 50,00
-	-	-	Total: R\$223,34

7.7 Financiamento

Secretaria Municipal de Saúde/CAPS.

7.8 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis

O CAPS, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Referência em Assistência Social, será o local da intervenção, que contará com a participação dos usuários e profissionais, fornecendo alguns materiais a serem utilizados. A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, disponibilizará as cópias dos formulários e a Secretária (ou um representante) contribuirá participando, a cada dois meses, de uma reunião com os usuários; o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) disponibilizará uma assistente social para ministrar palestras.

7.9 Recursos Necessários

Papel A4, Fotocópias, canetas, lápis, cola branca e cartolina, *datashow*.

7.11 Resultados do Trabalho Interprofissional e Discussão

Embora ainda não estejamos realizando atividades grupais, a equipe tem trabalhado de forma colaborativa, objetivando a melhoria do atendimento, assistindo, com qualidade, aos usuários que necessitam de acolhimento e escuta, mostrando, sobretudo, empatia nos atendimentos.

Com esse propósito, num primeiro momento, socializamos informações sobre a proposta de intervenção na instituição e a importância de todos aderirem, sendo favoráveis a contribuir na execução do projeto.

7.12 Cronograma de execução

Discriminação	Meses												
	Abr./2021	Mai./2021	Jun.2021	Jul./2021	Ago/2021	Set./2021	Out./2021	Nov/2021	Dez./2021	Jan./2022	Fev./2022	Mar 2022	
Fase Início da elaboração da Proposta de intervenção.	X												
Fase. Pesquisas de Artigos		X											
Fase. Elaboração do projeto			X										
Fase. Elaboração do projeto;				X	X	X							
Apresentação do projeto à equipe de gestores, visando liberação da Declaração de Anuência que permite a execução desta proposta;							29/10						
Socialização do projeto de intervenção com equipe multiprofissional e usuários, para adesão à proposta;								X					
Confecção de cartilha informativa sobre direitos para ser distribuída entre a população que faz uso do serviço;									X				
Socialização de conteúdos que afetam, direta ou indiretamente, a qualidade dos serviços do CAPS e àquelas que podem manter os usuários informados sobre o reflexo da crise na política de saúde e seus impactos										X			
Criação de mecanismos de escuta das solicitações dos usuários, visando a proposição de melhorias nos serviços de Saúde Mental											X		
Estabelecimento, a cada dois meses, de diálogo entre os usuários do CAPS e a SMS do município, como também com o CMS e o CRAS, visando a socialização de informações sobre a saúde, esclarecimentos das dúvidas.											X		

7.13 Gestão, acompanhamento e avaliação

Para a implementação deste projeto é necessário o envolvimento de todos: equipe interprofissional, usuários e os demais profissionais que fazem parte desta proposta de intervenção. O processo de acompanhamento e avaliação do mesmo se dará através das ações propostas, através das quais terá sua efetividade avaliada.

Vale ressaltar a importância dos indicadores, que são os norteadores dos processos e dos resultados das ações planejadas. Nesse sentido, os indicadores utilizados serão os de acompanhamento, o número de usuários que aderiram ao projeto e o número de participações nos encontros.

Será elaborado um instrumento de registro das atividades realizadas presencialmente, quantificando o número de usuários participantes e conteúdos abordados, bem como a avaliação feita pelos usuários. Através desse instrumento veremos o número de adesão. Em relação à avaliação, será aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas ou utilizaremos placas com figuras que sinalizem o grau de satisfação dos usuários quanto ao conteúdo abordado nas ações a serem realizadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na contextualização histórica das políticas sociais, especialmente a Política de Saúde e com foco na Saúde Mental, percebe-se os avanços consideráveis construídos após as lutas dos movimentos sociais dos anos de 1980, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Um movimento que culminou, na década de 1980, nas legislações como a Constituição Federal do Brasil de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, no início dos anos 2000, a Política Nacional de Saúde Mental, entre outras. Porém, a partir da segunda década do século XXI, iniciou-se o retrocesso no campo dos direitos conquistados, pondo a necessidade da sensibilização coletiva da sociedade para lutar pela viabilização de seus direitos, previstos constitucionalmente.

Nessa perspectiva, a equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Manoel Sabino Costa, em uma ação interprofissional, buscará, junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), do Município de Cajueiro/AL, trabalhar na perspectiva de capacitar, conscientizar e fortalecer o protagonismo dos usuários para que os mesmos conheçam seus direitos se percebam como sujeitos de direitos de cidadania.

A experiência da Educação Permanente em Saúde é de fundamental importância para que os profissionais possam trabalhar com uma amplitude de conhecimentos que abrangem não só a sua área de atuação, pondo a visão do trabalho interprofissional focado na colaboração, empatia e humanização da equipe.

Assim, faz-se necessário que o atendimento aos usuários cumpra os princípios previstos na política de saúde mental, acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, equidade e descentralização.

Esperamos que, na execução desta proposta de intervenção, tenhamos êxito na capacitação dos usuários do CAPS, instrumentalizando-os para o enfrentamento em defesa das normativas legislativas pertinentes à Política de Saúde Mental, em

prol da garantia de serviços qualificados e por seus direitos de cidadania; na perspectiva de torná-los protagonistas de sua história.

Para isso, inicialmente será apresentada a proposta de intervenção para a gestão e a equipe técnica do CAPS, bem como os demais envolvidos no projeto, a saber: representante da Secretaria de Saúde, assistente social do CRAS e Coordenação do curso de especialização e orientadoras do projeto para que, ao final, seja liberada a autorização para execução do projeto através da emissão da Declaração de Anuência.

Na sequência, será feita a socialização do projeto com a equipe técnica e os usuários do CAPS, visando motivá-los a participar do projeto. Buscaremos sensibilizar a equipe para o envolvimento na discussão e compartilhamento de experiências, na criação de instrumentos para as solicitações, reclamações e elogios com o objetivo de melhorar os serviços de saúde do CAPS Dr. Manoel Sabino Costa - Unidade Cajueiro/AL, fortalecendo a participação e o controle social.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais– DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O cuidado em Saúde Mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 182, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. Acesso em 24 fev. 2021.

BEZERRA, E. B.; SILVA, E. F.; MÁXIMO, T. A. C. O.; MELO, J. S. V. B. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Estudo e pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./abr. 2018.

BRAGA, L. A.; JÚNIOR, R. C. S. O processo de consolidação do CAPS no Brasil e as articulações com a Reforma Psiquiátrica. **Ayvu**, v. 6, p. 10, 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direitos das pessoas com transtornos mentais: liberdade para ter acesso a benefícios e cuidados. **Promoção à Saúde**. 3. ago. 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/index>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização e Reforma Psiquiátrica: a Radicalidade Ética em Defesa da Vida**. [S.l.:s.d.].

TRAJANO, A. R.; SILVA, R. **Cadernos Humaniza SUS**, vol. 5, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. n. 34. Brasília: MS, 2013.

COUTINHO, D. C. M.; COUTINHO, W. M. APropósito da Interdisciplinaridade: o serviço social e o trabalho em equipe na saúde mental. *In*: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, 2., Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis. **Anais [...]**. out. Florianópolis: UFSCar, 2017.

COSTA, K. V. Saúde Mental: um desafio para Saúde Pública. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família**. Lagoa Santa: UFMG, 2014.

CURY, A. **Proteja sua emoção. Aprenda a ter a mente livre e saudável**. São Paulo: Gold, 2014.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

FARIAS, L. V. **Ação do Serviço Social frente ao Processo de Desospitalização – CAPS Sadi Feitosa de Carvalho**. Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2002.

FECHINE, K. F. S.; ROCHA, M. M. S.; CUNHA, T. H. O neoliberalismo e a formatação das políticas sociais: desafios contemporâneos. **Socializando**, ano 1, n. 2, p. 50-63, dez. 2014. Acesso em: 7 jul. 2021.

GOLDBERB, J. Reabilitação como processo - O Centro de Atenção Psicossocial. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estados e Municípios: Cajueiro**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/cajueiro.html>. Acesso em: 19 ago. 2021.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, sup. 2, 2. Out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MAIA, A. F.; GRADEDELLA, J. O. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trab. Educ. Saúde**, jan:2021. Disponível em: <http://dx.org/10.1590/1981-7746-sol00312>. Acesso em: 5 fev.2021.

NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVA, G. B. F.; SENA, A. C. R. Reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, 2018. Disponível em: <https://doi/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>. Acesso em: 23 fev. 2021.

PERIERA, P. A. Política social contemporânea: concepções e configurações no contexto da crise capitalista. *In*: COSTA, L. C.; NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, V. R. (orgs). **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI**. Ponta Grossa: UEPG, 2013. p. 15-26.

PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o Quality Rights – WHO. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/00103-114201510600030016>. Acesso em 22 fev. 2021.

REZENDE, I.; CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, Rio de Janeiro, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SILVA, S. N. S.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Programa de Pós-Graduação. Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VILELA, L. M. B. **Análise da Situação de Saúde - 2020**. Cajueiro: Coordenação Municipal de Saúde, 2021.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de Saúde e Inovações nas Políticas de Saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Saúde no Brasil**, 6, 9 mai. 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)600055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)600055-X). Acesso em: 24 jun. 2021.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



APÊNDICES

APÊNDICE C– Questionário de avaliação das atividades



SECRETARIA MUNICIPAL DE CAJUEIRO/ALAGOAS

Tema:

Data:

Palestrante:

1- O que você achou do tema abordado na palestra? Marque com X .

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

2 – Em que este assunto pode ajudar você? Marque com o X.

() A entender melhor sobre meus direitos.
() A entender melhor sobre meus direitos e ajudar outras pessoas.
() Não me ajudou em nada.

3- O que achou da dinâmica aplicada no grupo?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

4 - Qual tema você sugere para o próximo encontro?

5- O que você acha que é necessário melhorar no CAPS?

APÊNDICE D – Convite da reunião remota: Primeira ação do projeto de intervenção



Universidade Federal de Alagoas
Curso de especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade

CONVITE

Convido você para participar da videoconferência pelo Google Meet, para minha apresentação da proposta de intervenção: O protagonismo da população usuária dos CAPS pela via do direito à saúde mental: Pressupostos normativos e socioeducativos. Dia da apresentação: 29 de Outubro de 2021 às 14:00 h.

Link de acesso para videoconferência: <https://meet.google.com/sjo-icnd-jdx>



Discente: Maria Betânia Rocha de Souza Bezerra.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Betania Buarque Lins Costa.
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Milena Gomes de Medeiros.





Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



ANEXO

ANEXO A – Fotos da reunião remota no dia 29/10/2021 para apresentação do Projeto Intervenção ao CAPS - Primeira ação de execução do projeto.

