



ALDAIR DOS SANTOS PEREIRA

AUTOMUTILAÇÃO: Uma nova realidade do Serviço Social e da equipe multiprofissional do CAPS II Raio de Luz de Ji-Paraná - Rondônia

Ji-Paraná
2020

ALDAIR DOS SANTOS PEREIRA

AUTOMUTILAÇÃO: Uma nova realidade do Serviço Social e da equipe multiprofissional do CAPS II Raio de Luz de Ji-Paraná - Rondônia

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Celso Kubichem Rodrigues.

Ji-Paraná
2020

P436a

Pereira, Aldair dos Santos

Automutilação: Uma nova realidade do Serviço Social e da equipe multiprofissional do CAPS II Raio de Luz de Ji-Paraná - Rondônia / Aldair dos Santos Pereira. Ji-Paraná: Centro Universitário São Lucas, 2020.

68 p. il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Centro Universitário São Lucas, Curso de Serviço Social, Ji-Paraná, 2020.

Orientador: Prof. Celso Kubichem Rodrigues

1. Serviço Social. 2. Saúde Mental. 3. Trabalho Multiprofissional. I. Rodrigues, Celso Kubichem. II. Automutilação: Uma nova realidade do Serviço Social e da equipe multiprofissional do CAPS II Raio de Luz de Ji-Paraná - Rondônia. III. Centro Universitário São Lucas.

CDU: 364

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário:
José Fernando S Magalhães CRB 11/1091

ALDAIR DOS SANTOS PEREIRA

AUTOMUTILAÇÃO: Uma nova realidade do Serviço Social e da equipe multiprofissional do CAPS II Raio de Luz de Ji-Paraná - Rondônia

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Celso Kubichem Rodrigues.

Ji-Paraná, 02 de julho de 2020.

Avaliação/Nota: _____

Resultado: Aprovado.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Especialista Celso Kubichem Rodrigues Centro Universitário São Lucas

Assistente Social Alba Francisca de Paula Santos CAPS II Raio de Luz

Psicóloga Camila Garcia Galvão Costa Schrock CAPS II Raio de Luz

Assistente Social Rafaela Maia Gomes SEMAS Campo Grande- MS

Dedico este trabalho a Deus, minha família e aos amigos e amigas que puderam colaborar na construção dessa monografia e fizeram com que persistisse diante de tantas frustrações.

AGRADECIMENTOS

Durante a jornada acadêmica, tive o apoio de pessoas que puderam contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional, todos os envolvidos sabem do esforço e das renúncias que fiz neste período. Enfatizo o amor incondicional por minha família (Armando, Lediane e Amanda), transmitindo carinho, respeito, compreensão e persistência para seguir em frente.

Por meio desta monografia, agradeço aos professores Me. Rafaela Maia pelo suporte, contribuição no estágio em observação e por todo o carinho que teve nesse anos de educadora, a Me. Dalva Oliveira por retratar realmente essa realidade que estamos vivenciando, cenário de lutas e resistências, ao Orientador Celso Kubichem por ter aceito o convite de embarcar nessa construção e a Coordenadora do curso de Serviço Social Me. Dulce Terezinha que sempre se dedicou aos seus alunos (as).

Ressalto o reconhecimento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), campo de estágio que me acolheu, propôs a confiabilidade e segurança, oportunidade depositada pela Assistente Social de campo Alba Francisca que acreditou e ainda acredita no meu potencial e nunca desistiu de ensinar e mostrar as realidades da unidade.

Estendo meus agradecimentos aos meus amigos e amigas: Alessandra, Fiamma, Jessica Dantas, Lucileny Moura, Micheli Soares, Nair, Rodrigo, Thalia, Viviane, Juliana Apell, Camila, Juliana Santos, Sandy e também aos colegas da Pastoral da Juventude (PJ).

Com tantas adversidades nesse caminhar de construção, agradeço ao meu conselheiro e amigo Rogério Andrade pela paciência, dedicação ao ouvir minhas angústias/frustações/lamentações, bem como desempenhando o papel de co-orientador mesmo quando a coordenação do curso colocava barreiras, me auxiliando diariamente e sanando minhas dúvidas, à ele minha imensa gratidão.

Acredito em sua persistência na luta pelos direitos comuns e sociais. Peço a Deus que continue iluminando sua caminhada nessas conquistas e projetos futuros.

Sem mais delongas, espero que saboreiem essa leitura ao entender e compreender sem julgamentos as doenças mentais e acreditem que precisamos avançar contra o estado de barbárie e retrocessos.

[...] Enquanto o silêncio acobertar a indiferença, a sociedade continuará avançando em direção ao passado de barbárie. É tempo de escrever uma nova história e de mudar o final (ARBEX, 2013, S/P).

RESUMO

Os casos de adolescentes que apresentavam a automutilação acompanhados pela equipe multiprofissional do CAPS despertou a atenção do estagiário em Serviço Social que os tomou como objeto de estudo. A partir disso, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de analisar a atuação do profissional em Serviço Social com adolescentes que se automutilam e são atendidos pela unidade. Para entender a temática, utilizou-se a metodologia de trabalho contemplando as principais técnicas de coletas de dados: observação, entrevista, visita domiciliar, pesquisa bibliográfica e documental com vista a compreender a realidade dos adolescentes que se encontram nessa situação. O referencial teórico do trabalho, contemplou a questão histórica da reforma psiquiátrica brasileira e o desdobramento de um novo paradigma de maneira crítica. No resultado tido pela pesquisa, predominou os casos de automutilação entre adolescentes do gênero feminino na faixa etária de doze a quinze anos de duas escolas da rede pública de ensino. O trabalho do Serviço Social se apresenta de forma indispensável tanto para o atendimento, orientação e prevenção, quanto para o cuidado, a mobilização e atenção aos casos de automutilação juvenil registrados.

Palavras-chaves: Serviço Social. Saúde Mental. Trabalho Multiprofissional.

ABSTRACT

The case of teenagers who showed self-mutilation accompanied by the multiprofessional of CAPS team (Psychosocial Care Center) caught the attention of the social service intern who studied them. And then, a research was carried out with the objective of analyzing the performance of the social service professional with teenagers who self-mutilation and are served by the unit. To understand the theme, the methodology used considered the main data collection techniques: observation, interview, home visit, bibliographic and documentary research in order to understand the reality of the adolescents who were in that situation. The theoretical reference of the work looked critically the historical issue of Brazilian psychiatric reform and the unfolding of a new paradigm. In the result obtained by the research, the self- mutilation predominated among teenagers of the female gender aged between twelve and fifteen years old from two public schools. The work of social service is indispensable both for care, guidance and prevention, and for care, mobilization and attention to cases of self-mutilation among young people.

Keywords: Social Work. Mental Health. Multiprofessional Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Roda de conversa	57
Figura 2: Palestra sobre saúde mental: práticas vivenciadas	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MG	Minas Gerais
MP	Ministério Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
PL	Projeto de Lei
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	14
2.1 CONCEITUAÇÃO INICIAL	14
2.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO ESTUDO DE CASO	15
2.3 TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	17
2.3.1 Observação	18
2.3.2 Entrevista	20
2.3.3 Visita Domiciliar	21
2.3.4 Pesquisa Bibliográfica	22
2.3.5 Pesquisa Documental	24
2.4 MÉTODO DE ANÁLISE DIALÉTICO	25
3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS ACOMETIDOS DE TRANSTORNO MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	28
3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	28
3.2 A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O SURGIMENTO DO CAPS	33
3.3 HISTÓRICO INSTITUCIONAL E MODELOS DE FUNCIONAMENTOS	40
4 A PRÁTICA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II)	44
4.1 A IMPLANTAÇÃO DO CAPS II RAIOS DE LUZ NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ-RO	44
4.2 RELATO DAS OBSERVAÇÕES	45
4.3 RELATO DAS INTERVENÇÕES NO PERÍODO DE ESTÁGIO	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	64

1. INTRODUÇÃO

O anseio de estagiar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Raio de Luz da cidade de Ji-Paraná - RO, surgiu por meio de vivências e experiências advindas com pessoas adoecidas psicologicamente, essa atenção voltada a saúde mental foi a única maneira de tentar romper com os estigmas e preconceito era estar inserido nesse campo.

A temática que chamou a atenção deste acadêmico em Serviço Social foi a automutilação. Pois existem inúmeros casos que chegam aos CAPS, além daqueles não notificados, constituindo uma nova realidade deste século que necessita de deciframento e atendimento por meio de políticas públicas de saúde mental, com uma equipe multiprofissional, e em números suficientes para atender a demanda contínua que está em expansão.

A precarização das políticas públicas pelo ideário neoliberal impõe enormes desafios a equipe de trabalho e sobretudo ao profissional de Serviço Social pelo volume de trabalho que aumenta constantemente enquanto que os investimentos nessas políticas estão cada vez mais escassos. Analisar a importância do Serviço Social neste contexto precarizado e no atendimento aos acometidos de automutilação foi o objetivo da pesquisa, bem como conhecer os perfis dos adolescentes acompanhados e o trabalho de orientação, prevenção e cuidado ao público alvo, verificando as ações dentro da unidade CAPS e nas escolas públicas do município de Ji-Paraná e na rede de atenção psicossocial.

O segundo capítulo contempla as metodologias que foram utilizadas para coletar informações dos adolescentes e concretizou-se à partir das principais técnicas de coletas de dados: observação, entrevista, visita domiciliar, pesquisa bibliográfica e documental que buscou compreender as realidades dos acometidos de automutilação, levando ao entendimento dos traumas e questões que contemplam a atual conjuntura (social, moral, econômica, religiosa, familiar etc...) e que retrata o avanço da saúde mental no Brasil.

No terceiro capítulo apresentamos o contexto histórico da saúde mental que surgiu a partir do novo modelo assistencial através da reforma psiquiátrica brasileira e esse trabalho reportou às contribuições significativas de Iamamoto (2003), Gomes e Silva (2017) Guerra (2000), Bravo e Matos (2004), entre outros autores que abordaram os paradigmas enfrentados de maneira crítica sobre as transformações da reforma psiquiátrica ao longo dos anos. Esse antigo modelo de tratamentos desumanos ocorridos em hospitais de custódia passou a ter uma nova identidade dentro dos Centros de Atenção Psicossocial, conquistas garantidas pelos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental e pelo Médico Psiquiatra Franco Basaglia.

No último bloco (capítulo 4) apresentamos a prática de estágio que foi vivenciada no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II e os resultados obtidos com adolescentes do gênero feminino entre 12 (doze) a 15 (quinze) anos que apresentavam a automutilação, frequentadoras de duas escolas da rede pública de educação. Evidenciamos neste capítulo a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional que também tem seu olhar voltado para a rede de educação, onde foi possível perceber fatores que levavam a automutilação como: traumas, abuso sexual, violência física, verbal e psicológica como destacado nos depoimentos.

No decorrer dessa exposição nas considerações finais, abordamos as ações privativas por meio da atuação/importância/necessidade do (a) profissional em Serviço Social junto às políticas públicas de saúde principalmente a saúde mental e enfatizamos a expressão do trabalho multiprofissional e reforçamos que a automutilação atrai a atenção dos psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, assistentes sociais, pedagogos, medicina e a própria família.

2 METODOLOGIA

2.1 CONCEITO INICIAL

A metodologia consiste no caminho metodológico adotado para a busca de conhecimentos a respeito de um objeto determinado, neste caso as expressões da questão social voltada à saúde mental. O tema surgiu a partir de reflexões a respeito da inserção no campo com fins de realizar o Estágio em Serviço Social.

O autor Guedes (2000, p.113) salienta que “hoje em dia, podemos dizer que o método é um conjunto de regras e procedimentos que orienta o trabalho do pesquisador e confere aos seus resultados a confiabilidade científica. Assim, sem método não se produz conhecimento científico”. A metodologia consiste então na escolha do método de procedimento adequado à coleta de dados e as técnicas que facilitem essa caminhada para o aprofundamento do tema em estudo.

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade (DESLANDES et al., 2010, p.14).

O estagiário de Serviço Social ou pesquisador, no momento que se lança ao estudo de um determinado objeto precisa recorrer inicialmente às leituras diversas a respeito dos métodos e técnicas com a finalidade de melhor decifrar esse processo, realizando as escolhas adequadas para a busca e análise de dados de sua investigação. Quando nos referimos à saúde mental enquanto estagiário mergulhado no universo da prática da Assistente Social se torna ainda mais desafiador, pois este é um tema que requer além dos conhecimentos teóricos da atuação em consonância a sabedoria de que todos os profissionais atuam juntos em uma mesma plataforma de trabalho, desempenhando ações de forma interdisciplinar com os diversos profissionais no âmbito da saúde mental.

Para Lakatos e Marconi (2010, p.204) “a especificação da metodologia da pesquisa é a que abrange maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões. Como? Com quê? Onde? Quanto?”. O que as autoras enfatizam é

para o fato de que todos que se lançam em busca de conhecimento científico precisam planejar com sabedoria essa caminhada para não correr o risco de perder tempo e nem desperdiçar recursos financeiros enveredando por caminhos que não levam à clareza da problemática pesquisada. Castro (1977, p.33) salienta que “o objetivo da metodologia é o de ajudar-nos a compreender, nos mais amplos termos, não os produtos da pesquisa, mas o próprio processo”.

Levando em consideração esse processo de desenvolvimento, optou-se por uma metodologia que auxiliasse na compreensão da problemática levantada enquanto estagiário e também pudesse melhor entender as articulações e mediações realizadas pela a Assistente Social junto à expressão da questão social ligada à saúde mental no município de Ji-Paraná/RO, mais especificamente situações de adolescentes se automutilando.

É importante destacar que a escolha metodológica não é imutável, existe flexibilidade durante as buscas, pois dependendo do que é observado e captado no momento da coleta de dados, inicia novos métodos e técnicas que podem ser alterados ou acrescentados com a finalidade de avanços científicos.

A partir da problemática por nós levantadas em relação à saúde mental optou-se pelo método de procedimento de Estudo de Caso por entender ser o mais adequado a este tema.

2.2 MÉTODO DE PROCEDIMENTO ESTUDO DE CASO

O estudo de caso consiste em a partir de um objeto delimitado buscar e aprofundar o entendimento sem perder de vista a cientificidade e para tanto requer o uso de técnicas diversas que auxiliem na coleta das informações. No Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS Raio de Luz de Ji-Paraná/RO, o foco foi estudar os casos de adolescentes atendidos pela profissional de Serviço Social em parceria com os demais componentes da equipe é poder contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços e humanização do atendimento.

Para Gil (2002, p.54) o estudo de caso “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento [...]”. O estudo de caso no campo de Estágio em Serviço Social é desafiante, pois estar imerso no universo de atendimento na área de saúde mental de adolescentes que se automutilam, exige que estejamos também preparados para lidar com situações que muitas vezes fogem do planejado pela equipe de atendimento, pois é uma área bastante complexa e por isso deve andar de mãos dadas com a equipe multidisciplinar (psicólogas, enfermeiro, psiquiatras, terapeuta ocupacional), pois o trabalho psicossocial abrange todas as áreas em que o sofrimento psíquico possa afetar o usuário.

O tema por nós proposto em parceria com a Assistente Social de Campo de Estágio voltou-se mais especificamente para o acompanhamento e observação de comportamento de adolescentes enquadrados como vítimas da automutilação.

O estudo se voltou para a identificação e acompanhamento dos (as) adolescentes atendidos (as) pelo CAPS Raio de Luz que apresentaram automutilação, estudar tais situações é possibilitar levantamento de fatos que levaram os envolvidos à vivenciar tal situação e assim poder pensar ações interventivas de superação do trauma. O autor Yin (2005, p. 26/27) vem evidenciar que “[...] o poder diferenciador do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações [...]”.

Aprofundar um estudo requer dedicação e por isso o mergulho no campo de estágio se tornou fundamental para ampliar conhecimentos, porém não suficientemente capaz de abranger a profundidade de informações para avanços mais completos. As diversas técnicas utilizadas auxiliam na coleta de informações, mas também requerem mais tempo de dedicação para que se chegue ao conhecimento científico mais rigoroso. “Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32).

Aprofundar estudos em relação a fatores de automutilação entre adolescentes exige que o Serviço Social esteja em parceria com toda a equipe que desempenha o trabalho multidisciplinar, pois a área do Serviço Social abrange as questões de acolhimento e também a relação familiar, destacando a importância de atendimentos e acompanhamentos psicossocial pelos (as) profissionais da instituição.

As técnicas de coleta de dados utilizadas pelo estagiário em parceria com os profissionais para o estudo em questão foram diversificadas conforme especificaremos nas discussões a seguir.

2.3 TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

Para captar fatores que levaram os adolescentes às atitudes de automutilação, foram à observação contínua em campo junto a estes, principalmente no CAPS e instituições escolares, momento em que se transcrevia no diário de campo o que era observado.

Outra técnica utilizada foi à entrevista que é também realizada pela Assistente Social como acolhimento, além de técnica de pesquisa faz parte do instrumental técnico operativo do Serviço Social para suas intervenções. Outro ponto importante é a visita domiciliar sendo o momento em que o profissional vai à instituição escolar do adolescente com o objetivo de conhecer o contexto em que este se insere. No momento da visita domiciliar é possível ao estagiário acompanhar o profissional como observador aprendiz.

De acordo com Severino (2007, p.121) “[...] os dados devem ser coletados e registrados com o necessário rigor e seguindo todos os procedimentos da pesquisa de campo”. As técnicas devem ser capazes de captar informações fidedignas a respeito dos (as) adolescentes atendidos (as) pelo Serviço Social no CAPS Raio de Luz e assim também poder posteriormente pensar em ações preventivas.

2.3.1 Observação

De acordo com os princípios norteadores da profissão e vinculados ao estágio em Serviço Social, a observação se fez por meio do ato de instigar e levar a esse estudo algo mais específico sobre os fatos, seja ele de forma direta ou indireta. Então a observação como técnica de pesquisa possui o objetivo de revelar os acontecimentos ligados à instituição campo de estágio, mais especificamente a respeito dos (as) adolescentes atendidos (as) pelo CAPS e adolescentes das escolas foco da pesquisa.

Para Rampazzo (2015, p.116), “no sentido mais simples, observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade”. Compreender o que se passa com os (as) adolescentes atendidos (as) pelo CAPS Raio de Luz e também adolescentes das escolas que solicitaram trabalho preventivo, é fugir do aparente para penetrar na essência do problema que envolve esse público, usuário do atendimento psicossocial no município de Ji-Paraná.

Fazer observação é ir muito além do sentir para anotar, mas gerar esse contato com o usuário e com sua realidade, alicerçado pela equipe que desenvolve o trabalho multidisciplinar dentro da unidade. Pode-se destacar o nosso dever de acadêmico junto ao profissional o qual se guia pelo projeto ético-político, validando o direito do usuário por meio da visão humana e social. Neste sentido Lakatos e Marconi (2010, p.174) vem mencionar que,

a observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não tem consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, o contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade.

Dessa maneira, utilizando da técnica de observação fomos conduzidos a ficar mais atentos e reflexivos. Com esse olhar atento foi possível observar o preenchimento de fichas individuais para atendimento e também no momento das entrevistas informais ou não sistemáticas com a finalidade de identificar questões que passariam despercebidas. A observação como técnica de pesquisa permite

captar informações pelos gestos, silêncios, tonalidade de voz, entre outros. Para Prestes (2011, p.35) “[...] a observação deve ser exata, completa, imparcial, sucessiva e metódica, pois se constitui em um procedimento investigativo de extrema importância na ciência”.

Observar os (as) adolescentes que são atendidos (as) pelo CAPS e também aqueles que participaram das atividades preventivas nas escolas impulsiona o estagiário de Serviço Social a preparar-se, adquirindo habilidades e competências para uma futura atuação como profissional Assistente Social.

Seguindo essa maneira de pensar, Bastos (2009, p.97) vem apresentar que “a observação: lança mãos dos sentidos humanos para registrar certos parâmetros da realidade, que são utilizados não apenas como um mero ouvir e ver e muito mais como um procedimento importante no exame crítico de certos fatos da investigação”.

Mergulhar na realidade dos (as) adolescentes é compreender as particularidades que envolvem o trauma e ao mesmo tempo ser capaz de entender as singularidades individuais e no contexto familiar e social em que estes (as) usuários (as) estão inseridos (as).

Seguindo ainda o raciocínio de Lakatos e Marconi (2010, p.176/177), que nos direcionam a dois tipos de observação: “na observação não participante, o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora. Já a observação participante consiste na participação real do pesquisador na comunidade ou grupo”.

A observação participante foi à utilizada no campo de estágio em Serviço Social visto que não somos parte do grupo, mas sim como observadores com a finalidade de buscar informações a respeito do contexto com a finalidade de posterior contribuição.

[...] observar não é simplesmente olhar, é destacar um conjunto, objetos, pessoas, animais, ambientes, algo especificamente (então quando você olha você vai destacar alguma coisa especifica daquilo que você está

olhando) e prestar atenção nas características, a gente vai olhar cor, tamanho, relações, cheiros (TRIVIÑOS, 1987, p. 153).

Observar como estagiário de Serviço Social inserido no CAPS é ser capaz de firmar parcerias com técnicos e usuários no sentido de que as informações possam contribuir para melhor compreensão e atendimento dos (as) adolescentes usuários (as) dos serviços psicossociais.

2.3.2 Entrevista

A entrevista é uma técnica utilizada com a finalidade de buscar conhecimentos os quais não foram possíveis anteriormente e que se tornam essenciais para a compreensão do objeto em estudo. Neste contexto, Lakatos e Marconi (2010, p.178) apontam que,

a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de problema social.

A entrevista aqui relatada ocorreu a partir das informações coletadas no acolhimento ou ficha individual dos usuários da unidade, as quais são preenchidas onde esses colocam informações pessoais e descrevem como desencadeou a situação de automutilação.

De acordo com Andrade (2009, p.139) “[...] ocorre que a maior liberdade exige do pesquisador mais segurança, melhor preparo, mais presença de espírito, enfim, o resultado da entrevista vai depender, muito mais, da competência do entrevistador”.

A coleta de dados nesse formato exige do sujeito que se coloca na posição de pesquisador, ser capaz de demonstrar segurança ao entrevistado esclarecendo dúvidas e dando pistas que possam ampliar a possibilidade destes descreverem dados com maior clareza. Gil (2002, p.119) pondera que, “[...] será ainda conveniente ao entrevistador ser capaz de registrar as reações do entrevistado às

perguntas que são feitas. A expressão não verbal do entrevistado poderá ser de grande utilidade na análise da qualidade das respostas”.

Sendo assim, as entrevistas foram realizadas de maneira que pudéssemos perceber a reação dos acolhidos, seja pela forma de expor seus relatos em relação aos sofrimentos mentais bem como em relação à forma de encarar os preconceitos sociais no que se refere à doença.

Seguindo a lógica de Rampazzo (2015, p.121) “a entrevista que visa obter respostas válidas e informações pertinentes é uma verdadeira arte, que aprimora com o tempo; exige habilidade e sensibilidade”. Essa técnica de entrevista foi realizada pela profissional de Serviço Social na unidade do CAPS, permitindo enquanto estagiário observar e ouvir a realidade dos (as) usuários (as) desse serviço de saúde ao relatar as dores emocionais.

2.3.3 Visita Domiciliar

As visitas domiciliares são realizadas sempre que os profissionais considerem necessário para melhor conhecer a realidade dos (as) usuários (as) dos serviços assistenciais e que tenham a intenção de complementar as informações repassadas no acolhimento ou outros atendimentos. Para Magalhães (2006, p. 54) “visita-se com o objetivo de complementar dados, observar relações sociais em sua singularidade, no ambiente de convivência, seja este o lar, a escola ou outro espaço em que se efetivem as relações sociais do usuário [...]”.

Dessa forma, a visita domiciliar se destaca como um dos instrumentos e técnicas de trabalho utilizada pelo profissional dentro e fora da unidade de saúde com a intenção de entender a situação que levou os sujeitos a adoecer e também averiguar se em algum momento tiveram seus direitos violados enquanto protegidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Assim como nas demais técnicas “a visita em sua natureza requer predisposição e interesse. Salvo o caso de atividades profissionais em que a visita é basilar e obrigatória, é importante que o profissional que a desempenha efetivamente a adote como técnica, por opção” (AMARO, 2007, p.16).

O profissional de Serviço Social ao visitar o (a) adolescente em seu contexto familiar enquanto usuário (a) do CAPS abre caminho para maior proximidade e confiança para que o (a) mesmo (a) se sinta à vontade para expressar seus anseios e medos e assim os profissionais poderem encaminhar os atendimentos pelos demais profissionais da saúde que o caso requer.

Ribeiro (2010, p.211) salienta que, “sendo a visita domiciliar caracterizada como instrumento profissional, cotidianamente se torna uma das ferramentas para construir a concepção do social e das paisagens desenhadas de modo coletivo”.

A técnica possibilita a desconstrução de preconceitos acerca do problema e viabiliza uma visão mais autêntica da situação que se encontra o adolescente em situação de automutilação, situação que poderá levar a depressão, possibilitando que se possa utilizar ferramentas e estratégias que impulsionem a superação.

Por se desenrolar em um espaço íntimo do(a) usuário(a), a visita possibilita ao (a) profissional realizar a análise sobre o que observa e sente, pois é uma intervenção que transcende ou extrapola o espaço sócio ocupacional. Isso requer do(a) visitador(a) a predisposição para lidar com o diferente, o inacreditável e o imprevisto (SILVA, 2017, p.111).

Vale evidenciar que a visita domiciliar só deve ocorrer em comum acordo com a família e a instituição escolar, realizada com planejamento prévio para a família não se sinta violada em seus direitos à privacidade.

As visitas institucionais ocorreram com acordo da Coordenadoria Regional de Educação (CRE), tendo como objetivo intervir para que os (as) adolescentes automutilados (as) pudessem ter seus direitos validados, sendo atendidos (as) adequadamente e também para que as ações interventivas contribuíssem para a prevenção de futuras situações de depressão, pois algumas já apresentavam o quadro da doença.

2.3.4 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica é fundamental desde a fase de escolha da temática e problematização do tema até à fase final. Recorrer às fontes bibliográficas

confiáveis é condição essencial para não perder tempo pesquisando algo já existente e desnecessário, já pesquisado e aprofundado pelos autores. Segundo Pádua (2000, p.52) “[...] sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e registrou a respeito do seu tema de pesquisa”.

As referências bibliográficas confiáveis ampliam a visão do pesquisador no que diz respeito ao tema e auxiliam para melhor delimitar o objeto a ser pesquisado. A pesquisa deve ocorrer em acervos físicos disponíveis e também em acervos online recorrendo a obras renomadas que abordam o tema. De acordo com Rampazzo (2015, p.53). “Qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica prévia, quer para o levantamento da situação da questão, quer para fundamentação teórica, ou ainda para justificar os limites e contribuições da própria pesquisa”.

A pesquisa bibliográfica como se refere o autor tem como parâmetro explicar os fenômenos abordados em cada fase, por meio de revistas científicas, livros, artigos e leis. Neste caso recorreremos a Constituição Federal de 1988, Estatutos e a Lei de Saúde Mental 10.216, de 6 de Abril de 2001 que regulamenta o atendimento aos adoecidos mentais, livros diversos que abordam a temática voltada à saúde mental bem como o trabalho do Serviço Social nesse contexto. Seguindo essa vertente, Prestes (2011, p.30) descreve que, “a pesquisa bibliográfica é aquela que se efetiva tentando-se resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações provenientes de material gráfico, sonoro ou informatizado”.

Uma das vantagens de recorrer à bibliografia existente está no fato do pesquisador poder ampliar a visão a respeito do problema social e assim no momento que se lança à pesquisa empírica já ter superado a visão ingênua que permeia o contexto. O pesquisador deve a partir de leituras aprofundadas selecionar as fontes que mais irão contribuir de forma qualitativa com o avanço do conhecimento em função da delimitação do tema em estudo.

No momento das leituras nas diversas fontes, uma das questões essenciais é a de realizar o fichamento de cada obra para que posteriormente se possam

fundamentar as análises dos dados com maior rapidez e precisão.

2.3.5 Pesquisa documental

A pesquisa documental é muito utilizada nas ciências sociais e humanas, estas são fontes escritas as quais se encontram em bibliotecas e até mesmo arquivos e que podem tanto ser de séculos, décadas passadas como podem ser contemporâneos, o importante é que apresentem autenticidade para serem usadas.

A pesquisa documental é toda forma de registro e sistematização de dados, informações, colocando-os em condições de análise por parte do pesquisador. Pode ser tomada em três sentidos fundamentais: como técnicas de coleta, de organização e conservação de documentos; como ciência que elabora critérios para coleta, organização, sistematização, conservação, difusão dos documentos; no contexto da realização de uma pesquisa, e técnica de identificação, levantamento, exploração de documentos fonte do objeto pesquisado e registro das informações que serão utilizadas no desenvolvimento do trabalho (SEVERINO, 2007, p.124).

O que diferencia a pesquisa bibliográfica da pesquisa documental é a natureza de fontes. Enquanto a bibliográfica é a que mergulhamos nas fontes produzidas por diversos autores os quais publicaram suas obras, a pesquisa documental recorre a fontes ainda não analisadas com profundidade, ou seja, ainda não foram realizados estudos que permitissem o uso por completo de tais informações.

De posse do tema, deve-se procurar na biblioteca, através de fichários, catálogos, abstracts, uma bibliografia sobre o assunto, que fornecerá os dados essenciais para a elaboração do trabalho. Seleccionadas as obras que poderão ser úteis para o desenvolvimento do assunto, procede-se, em seguida, à localização das informações necessárias (ANDRADE, 2009, p. 46).

A pesquisa documental neste sentido se tornou relevante, sendo possível identificar casos semelhantes aos estudados no presente e também permitiu ampliar conhecimentos recorrendo aos arquivos institucionais em que se encontram relatórios da conversação e prontuários de cada paciente e até mesmo os receituários médicos dos (as) adolescentes atendidos (as). Para Severino (2007, p.122/123):

[...] tem-se como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise.

Em ampliação, essa busca por conhecimentos recorre-se ainda aos trabalhos científicos, dissertações e teses publicadas nos últimos anos que abordam a temática da saúde mental bem como os fatores que conduzem à automutilação por adolescentes.

A pesquisa documental apresenta algumas vantagens. De fato, os documentos constituem uma fonte rica e estável de dados. E, como subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica (RAMPAZZO, 2015, p.52).

Cada pesquisador ao recorrer às fontes documentais deve estar munido de conhecimentos para que não haja distorções de dados, Lakatos e Marconi (2010, p.159) abordam que, “[...] para cada tipo de fonte fornecedora de dados, o investigador deve conhecer meios e técnicas para testar tanto a validade quanto a fidedignidade das informações”. Saber planejar e garimpar informações, agrupando adequadamente para análise mais aprofundada é fundamental para a cientificidade do conhecimento, neste caso as informações pautaram-se na saúde mental de adolescentes.

2.4 MÉTODO DE ANÁLISE DIALÉTICO

A opção pelo método dialético como análise da questão que envolve aspectos da saúde mental de adolescentes é o mais adequado por instigar uma visão crítica da temática e da realidade em que essa categoria se encaixa no contexto contemporâneo. Para Andrade (2009, p.122) “o método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca”.

A dialética capta os fenômenos em seu contexto real e permite a análise de diversas categorias que envolvem os fenômenos possibilitando desvencilhar-se dos

preconceitos e avançar na busca da visão crítica que impulsiona mudanças e transformações da realidade social.

A dialética é a grande ideia fundamental segundo o qual o mundo não deve ser considerado como complexo de coisas acabadas, mas como um complexo de processos em que as coisas, na aparência estáveis, do mesmo modo que seus reflexos intelectuais em nosso cérebro, as ideias, passam por uma mudança ininterrupta de devir e decadência, em que finalmente, apesar de todos os insucessos aparentes e retrocessos momentâneos, um desenvolvimento progressivo acaba por se fazer hoje (LAKATOS; MARCONI, 2010, p.83).

O método de análise dialético é o que abre caminhos para a análise da relação saúde e doença em sua dinamicidade. A dialética é a arte do diálogo, isto é, possibilita que o pesquisador mergulhe no problema e pela constante análise, síntese, antítese e novas sínteses possa ampliar a compreensão do que se passa dentro do contexto em estudo, neste caso as questões ligadas à saúde mental de adolescentes.

Para Demo (2000, p.98) a “dialética única negaria sua própria identidade, ou seja, a unidade de contrários. Mais que outras metodologias, sabe apontar para o caráter contraditório e ambíguo da realidade e de si mesma”.

Neste sentido, o método dialético permite as análises em uma sociedade que está em constante mudança e assim também os problemas em análise também sofrem as influências de tais mudanças. Os problemas que envolvem os adolescentes em atendimento pelo CAPS também resultam das refrações da questão social da sociedade.

Portanto, para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está "acabada", encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.83).

A utilização do método dialético abrange o processo ação reflexiva de estagiários juntamente com profissionais do CAPS sobre os atos e práticas da automutilação por adolescentes que frequentam a unidade de atendimento de saúde mental e também os casos registrados nas instituições de ensino.

O método dialético compreende uma abordagem que permite analisar o tema em suas complexidades, envolvendo situações de ordem pessoal e também questões contraditórias da sociedade que causam problemas que interferem diretamente na saúde mental das novas gerações. Guedes (2000, p.127) refere-se que,

o método dialético é a tentativa de explicação do real na sua dinamicidade. A realidade possui uma dinâmica ou lógica que o método dialético tenta respeitar visando apreendê-la com mais objetividade. Dentro dessa ótica, a ideia que melhor sintetiza o que seja dialética é a de que ela é a lógica do real.

Utilizar da dialética como método para analisar a situação pela qual os (as) adolescentes vêm passando é o que melhor permite explicar os fenômenos do real e principalmente compreender o que leva os (as) adolescentes a se automutilarem. Esse método permite pelo processo de ação reflexão ação encontrar respostas que impulsionem o planejamento de estratégias interventivas de prevenção a problemas mais profundos que afetem os (as) adolescentes.

O método dialético permite encontrar respostas às ações interventivas de atendimento em função da recuperação da saúde dos (as) adolescentes bem como a atuação do Serviço Social nesse contexto preventivo de futuras situações.

3. POLÍTICAS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO AOS ACOMETIDOS DE TRANSTORNO MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo iremos apresentar o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, desde o seu surgimento até a criação do primeiro CAPS, abordando o tratamento desumano de muitos pacientes que foram inseridos em hospitais de custódia. Antes da década de 1970, as pessoas com enfermidades psíquicas eram encaradas como demônios e loucas (SPADINI; SOUZA, 2006). A família que possuía dependentes com esse quadro de enfermidade tinha que segregá-lo para que a moral fosse preservada diante da sociedade, quando apresentavam qualquer deficiência, incapacidade ou problema eram encaminhados para hospícios e alguns geralmente não retornavam.

Neste caminho de construção da reforma psiquiátrica, os pacientes ganham espaço e o Estado como interventor de direitos busca medidas e ações no cuidado à amenização dos transtornos. Percebemos ainda uma sociedade que se encontra presa no julgamento preconceituoso sobre as doenças manifestadas.

Neste momento iremos apresentar o processo que se originou o novo modelo de assistência psiquiátrica, através de Leis, Estatutos, Portarias e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988.

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A reforma psiquiátrica surgiu para romper com a visão do tratamento desumano com pessoas que sofriam algum tipo de deficiência, seja física ou intelectual, onde eram retirados/excluídos da sociedade e inseridos em verdadeiros manicômios, tratado como loucos e encarados como pessoas incapazes de estar no meio social, afetivo e de exercer qualquer atividade laboral.

Para Gomes e Silva (2017, p.193) “a prática realizada pelas famílias era de retirar o doente mental do seio familiar, pois, uma vez visto como doente mental, era aconselhado segregar a pessoa para que do ponto de vista moral, a família não

fosse discriminada socialmente [...]”. Portanto, esse modelo praticado pelas famílias tornava-se desumano, de modo social eram discriminada por ter dependente com alguma psicose e para tirar essa culpa, encaminhavam esses doentes aos asilos onde muitos nunca retornavam para suas residências. Moralmente à família era pressionada para segregar o doente e preservar sua reputação perante a sociedade.

Com a forte preocupação da Organização Mundial de Saúde - OMS com esses pacientes excluídos em asilos foi necessário intervir através de medidas que transformassem à área da saúde, surgindo o início da reforma psiquiátrica brasileira que se perpetuou no final da década de 1970, havendo a necessidade do cuidado ao paciente junto à família no rompimento das alas hospitalocêntricas. Por meio da OMS, essa reforma se fez a partir do entendimento dos conceitos de loucura que eram vivenciados em centros manicomiais, partindo de um novo termo de saúde mental junto aos profissionais.

[...] Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Essa reforma possui potencialidades no direcionamento aos acometidos de transtornos mentais e torna-se tão forte quanto as leis e políticas governamentais, sendo uma luta garantida pelos movimentos que colidiam com aquele estado de barbárie nas superações contra as violências praticadas em asilos. E essa transformação foi justamente para defender a saúde coletiva dos adoecidos mentais, preservando a equidade nos atendimentos e valorizando o novo modelo de assistência psicossocial.

Nesses impasses, percebe-se a tensão política e social de todas as governanças e principalmente dos agentes envolvidos nesse processo, pois a Reforma Psiquiátrica surgiu por meio dos conflitos e desospitalização de casas custódia para Centros de cuidado.

Com o avanço da reforma psiquiátrica brasileira, “[...] em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) [...]” (TENÓRIO, 2002, p.32) com o propósito de atuar junto às expressões da questão social, lutando pelo acesso desses direitos na busca que esses traumas sejam superados e os (as) pacientes recebam o tratamento compatível com o transtorno recorrente.

Amarante e Nunes (2018, p.2068), destacam que essa grande reforma “[...] diz respeito à constituição do movimento, primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica [...]”. Essa contribuição fez com que aqueles velhos conceitos acarretados em pessoas que nasciam com alguma deficiência e que eram vistas como demônios¹ ou que tinham sido castigadas por Deus fossem rompidos por profissionais que tinham o objetivo de implantar um novo modelo de assistência psicossocial que atendesse pessoas acometidas de transtornos mentais.

Esse novo modelo inaugurado no Brasil seguiu as mesmas técnicas da Itália, transformando em novas práticas alicerçadas, “[...] inspirado por iniciativas que já estavam acontecendo em outras partes do mundo ocidental (como a antipsiquiatria, na Itália) [...]” (EMMANUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018, p.92). Essa ação tinha como objetivo romper com aqueles atendimentos desumanos e aterrorizantes em hospitais psiquiátricos, fortalecendo a inovação por meio dos MTSM que acreditavam no controle da doença, sem a utilização de métodos severos em pessoas psicóticas.

O seguimento desse projeto advindo na Itália, só foi possível através do médico psiquiatra Franco Basaglia, o patrono da luta por um país sem manicômios, essa iniciativa de inspiração se fez antes da Segunda Guerra Mundial, após a visita do mesmo ao Brasil em 1979, ocorrendo à desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. De acordo com Arbex (2013, S/P),

¹ Segundo Spadini e Souza “A loucura é um mistério desde os primórdios tempos, o louco já era estereotipado e taxado como demônio, visto como um incômodo para a sociedade vigente, pois era um indivíduo sujo, estranho, que agia diferente das pessoas normais, então, excluído. Desse modo, o padrão de comportamento estabelece aquele que é adequado ou não, e daí surgem todos os preconceitos e estigmas” (2006, p. 126).

[...] a vinda ao Brasil do psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro na luta antimanicomial, garantiu visibilidade mundial ao tema da loucura e à forma como ela vinha sendo tratada em Minas Gerais. O médico inspirou, em 1973, a criação da Lei 180, em vigência até hoje na Itália [...].

Vale enfatizar a importância e a atenção que Franco Basaglia teve sobre o hospital colônia de Barbacena, pertencente ao Estado de Minas Gerais, observando a prática desumana com pessoas que muitas vezes nem apresentavam nenhum tipo de transtorno mental, mas mesmo assim tinham a saúde afetada por tratamentos severos e sem acompanhamentos de profissionais capacitados em saúde mental. Com essa desinstitucionalização, houve a participação do movimento referenciado anteriormente, grupo que teve apoio de inúmeras pessoas que defendiam a nova ação psicossocial e continuavam os avanços pelos direitos das pessoas adoecidas.

Amarante (1995, p.57) aborda que “mais recentemente, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, outra expressão do MTSM, além de um grande número de entidades de amigos, familiares e usuários que tem a marca do movimento [...]”. O grande trajeto dessa luta foi eliminar as estruturas manicomiais, tratando os adoecidos como sujeito de direitos que necessitam de acolhimento e tratamento humanizado, por isso o envolvimento na busca pela disparidade da criação desses movimentos. Um exemplo de denúncia foi no hospital colônia de Barbacena, conhecido como o Holocausto Brasileiro² além de muitos outros hospícios do país.

Além dessa conquista na reforma, “a década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas [...]” (TENÓRIO, 2002, p.32). É a partir dos anos 80 que as políticas de valorização aos doentes mentais começam a ganhar espaço em

² Segundo Arbex em seu livro Holocausto brasileiro, as experiências vivenciadas dentro desse hospital colônia na cidade de Barbacena MG, era visto como um campo de concentração no período da segunda guerra mundial. Onde muitos pacientes eram tratados da forma mais desumana possível, alguns conseguiram sobreviver outros morreram pela negligência e maus tratos, já que seus corpos eram vendidos para pesquisas em muitas universidades de medicina do país. Quando havia a superlotação de cadáveres, seus corpos eram decompostos em ácido nas frentes dos sobreviventes e seus ossos comercializados. “Nada se perdia, exceto a vida”. “As palavras sofrem com a banalização. Quando abusadas pelo nosso despudor, são roubadas de sentido. Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas [...]” (2013, S/P).

governanças políticas, destaca-se a reforma sanitária como acesso de reformulação no sistema de saúde, possibilitando que esse programa atendesse à população carente de assistência, garantia essa que foi possível através da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição Federal de 1988.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde; vigorosa expressão disso foi o que ocorreu em Santos/SP em 1989. Apesar de ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os gestores recém-eleitos no município decidem apressar a instalação do SUS e realizam intervenção em hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Com esses agravamentos de violações de direitos, o texto Constitucional deu visibilidade aos municípios para que pudessem garantir suas políticas de atendimento aos adoecidos mentais e que assim aderissem à criação dos CAPS nas regiões com alta demanda de atendimento psicoterápico, tornando-se uma obrigação conforme os princípios constitucionais. Amarante e Nunes (2018) evidenciam ainda que gestores públicos que estavam à frente das políticas de implantação no município, aceleraram esse novo acesso por meio do SUS, para que nenhum atendimento pudesse ser negligenciado, já que, aquele antigo modelo asilar estava se tornando escasso.

Outro fator importante no avanço da saúde mental na década de 90 se deu em decorrência do custeio obrigatório, já que não havia incentivo financeiro por parte do poder público para manutenção de gastos nessa área. Para Tenório (2002, p.41) essa conquista ocorreu “em novembro de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional, no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial [...]”. Essa contribuição obrigatória só era notável em um modelo tradicional e alicerçado pelas internações que até então não tinha uma normativa que previa essa remuneração. Foi através desse ato que o poder público passou a financiar as políticas e programas do CAPS, tornando-se uma instituição mantida pelo SUS.

3.2 A PROMULGAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O SURGIMENTO DO CAPS

Os serviços em saúde mental já vinham sendo ofertados de maneira filantrópica com o apoio da igreja católica, essas instituições tradicionais tinham suas portas abertas desde 1903 (ARBEX, 2013), esses manicômios eram um retrato da incapacidade, negligência e crueldade do governo sobre a barbárie em lidar com a questão social referente aos que não apresentavam quadro de doenças mentais³.

Segundo a autora essas atrocidades vinham ocorrendo no hospital mineiro e em outros Estados, realidade praticada pelo crime à saúde e incapacidade de profissionais que não eram qualificados. Por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, os cuidados da saúde passaram a ser de responsabilidade do próprio Estado, no qual lança leis de controle e de ascensão aos direitos de todo cidadão através de políticas públicas e sociais igualitárias e universalizantes no cuidado ao sujeito adoecido. Essas políticas de saúde, provem do Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

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

Com as principais evidências sobre os acometidos de transtornos mentais, aumentando gradativamente, foi necessário políticas de prevenção, orientação e conscientização em unidades de atendimento viabilizadas pelo Estado na concretização das políticas de saúde. Sendo que os acolhimentos devem ser igualitários e universal, gerando uma melhor qualidade de vida na inclusão do adoecido e na evolução do tratamento.

Em âmbito jurídico o art. 196 é muito incisivo quando impõe ao Estado o

³ No passado o Estado praticava uma política de extermínio. Conforme observado pela autora Arbex “Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. (2013, S/P).

dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta se não a cura de doenças, ao menos, uma melhor qualidade de vida. Contudo, o Estado tem o poder de promover ações e criar políticas no que tange a dignidade da pessoa humana e o bem-estar social como um todo.

Com essa transformação, foi imprescindível as dificuldades de alguns profissionais em lidarem com as expressões da questão social e principalmente com os sujeitos psicóticos, tornando ainda existente os preconceitos aos acometidos de alguma doença mental, temática que avança ainda lentamente nos tempos atuais.

Foi preciso abrir as portas dos hospitais gerais da rede básica de saúde, e dos demais espaços de atenção clínica, para acolher a doença mental, apesar da indignação de tantos profissionais da saúde que não estavam preparados para conviver com o doente e a doença mental (FUREGATO, 2009, p. 1).

A autora afirma que abrir as portas para esse novo modelo de assistência foi fundamental, pois além de romper uma nova visão do descaso e violência cometida em hospitais de custódia, possibilitou que a realidade se tornasse outra por meio das leis que encaram as doenças como resultado do sistema capitalista. Entretanto, os (as) profissionais não tinham conhecimento de como lidar com esses transtornos e principalmente o tipo de cuidado que se deveria ter, pois o adoecido não deve ser culpado por ter determinada psicose.

Diante a esses fatores, necessidades e leis surgiu o Centro de Atenção Psicossocial para acompanhar os usuários em suas internações, consultas, visitas, oficinas terapêuticas e o controle das medicações.

[...] É no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras. Em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras iniciativas começaram a surgir. São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período (AMARANTE; NUNES, 2018, p.2071).

Com os avanços e retrocessos sobre o contexto de saúde mental, fica evidente a necessidade desses serviços prestados aos usuários do sistema de

saúde, transformando em trabalhos permanentes no cuidado referente aos transtornos mentais. Surgindo alternativas que favoreçam o cuidado específico com o paciente, na utilização de medicamentos na reversão da doença através do tratamento humanizado e acompanhamento psicoterápico, conquistas que se deram através da reforma psiquiátrica brasileira e anos depois pela Lei 10.216 (Lei de Saúde mental).

Vale aqui salientar o Projeto de Lei (PL) 3657/1989 do Deputado Federal (PT/MG) Paulo Delgado e apresentado à Câmara dos Deputados, no qual aborda em seu art. 1º “fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989). Essa PL defendia a criação de uma nova assistência sem manicômios, oferecendo tratamentos e bem-estar daqueles que sofriam maus tratos, represálias da família e sociedade, reconhecendo o doente mental como sujeito de direito.

O projeto do Deputado teve seu plano negado, passando por algumas alterações pelo Senado, mas essa lei sofreu efeito antes mesmo de sua aprovação, alguns Estado e Municípios brasileiros já haviam adotado a mesma como medidas de prestar atendimento à população carente de assistência à saúde mental.

Houve um relativo avanço da luta antimanicomial no plano legislativo, apesar da não aprovação do projeto de lei Paulo Delgado. Vários estados (Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará) e vários municípios introduziram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica (ROSA et al., 2002, p.28).

Observa-se que mesmo a lei original não sendo aprovada, o plano e projeto desenvolvido passou por um longo período de tramitação, recebendo o nome do Deputado Paulo Delgado, o mesmo foi de grande transformação na reforma psiquiátrica brasileira, por isso muitos Estados e Municípios adotaram como medida de proteger adoecidos que estavam em risco pela atual conjuntura que aflorava as diversas questões sociais. Tenório (2002) faz o seguinte relato sobre as alterações no projeto de lei:

Em 6 de abril de 2001, o presidente da República sancionou a Lei de Saúde Mental (Lei 10.216), aprovada pelo Congresso Nacional semanas antes. A

aprovação da lei aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. [...] Embora, não tenha o impulso extraordinário que o texto original significaria, deve-se considerar que ela representa uma vitória importante, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país. (p.52)

Percebe-se que foram doze anos de resistência, mais a luta foi garantida, o direito à saúde, a prestação de serviço que é de responsabilidade do Estado, além da contribuição da família e da sociedade foram alguns dos direitos conquistados. O projeto original era muito específico e tinha mais garantias que o texto aprovado, mas prevalece o acompanhamento e controle das pessoas que sofrem doenças mentais. Modelo criado para atender as demandas emergentes da própria sociedade.

A Lei de saúde mental protege as pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental, banalizando todas as formas preconceituosas acarretadas no estado físico e psíquico dos (as) pacientes que necessitam de ajuda no entendimento das doenças aglomeradas nas atitudes comportamentais e que refletem nas relações sociais. Sendo assim:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Tanto o texto constitucional como a lei aprovada estabelece que o acesso ao serviço é destinado a todas as pessoas que sofrem alguma doença psicológica, assegurando ao doente que seus direitos não sejam rompidos na atual conjuntura, que sejam assistidos pela unidade de saúde, possibilitando a cura ou amenizando o transtorno e assim ser reinserido na sociedade sem preconceito ou qualquer discriminação.

Para o desenvolvimento de um trabalho mais amplo surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, formada pelas Unidade Básica de Saúde (UBS) e atenção básica às populações específicas (pessoas que vivem em situação de rua) que necessitam de atendimento

psicossocial, ampliando a linha de usuários (as) e o que compete a cada unidade conforme abordaremos mais adiante.

Segundo Fraga, Souza e Braga (2006, p.209) “o modelo inaugurado em São Paulo inspirou, na década de 90, a criação de dezenas de outros CAPS nas mais diversas regiões do Brasil, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental [...]”. Essas mudanças ocorridas só foram possíveis através do primeiro CAPS por nome de Luiz da Rocha Cerqueira. Essa vinculação teve como proposta oferecer diversos tipos de atendimentos à emancipação do sujeito, oferecendo e fortalecendo serviços diretos na inclusão em oficinas terapêuticas, terapia individual e coletiva e trabalho permanente do Serviço Social.

Vale ressaltar que o (a) Assistente Social atua ou pode atuar nesta política de saúde mental, afinal durante o percurso da reforma psiquiátrica, “desde os anos de 1970, mais precisamente no final daquela década, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras [...]” (TEIXEIRA; BRAZ, S/D, p. 12). Os profissionais vinham trabalhando suas ações na ruptura do tradicionalismo e no avanço da renovação da profissão, pois o Serviço Social desde aquela década até hoje vem lutando pelos direitos conjuntos da sociedade.

O desenvolvimento desse projeto se permeia em espaços democráticos pós Segunda Guerra Mundial, através de componentes que fundamenta ideias inovadoras, criativas e que valorizasse acima de tudo a profissão, tendo uma prática que colidisse com a sociedade capitalista. Segundo Yamamoto (2003):

[...] as diretrizes norteadoras desse projeto se desdobraram no Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, na Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social e, hoje, na nova Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (p. 50).

Esses resultados foram frutos de lutas da profissão, onde puderam construir seus caminhos e legitimar suas atuações, outro marco importante foi a aprovação da Carta Constitucional de 1988, advindo das mobilizações da sociedade civil em busca de direitos que fossem estabelecidas por leis e principalmente a existência

de profissionais que pudessem garanti-las. Então, “não há dúvidas de que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. [...]” (TEIXEIRA; BRAZ, S/D, p.5).

Nesse percurso, o projeto ético político profissional na saúde mental se torna indispensável na viabilização e concretização das políticas públicas desta área, no surgimento de novas refrações da questão social, sendo objetos de intervenção cotidiano. lamamoto (2003, p. 58) aponta que “[...] o assistente social é o profissional que trabalha com políticas sociais, de corte público ou privado e não resta dúvida ser essa uma determinação fundamental na constituição da profissão, impensável mais além da interferência do Estado nesse campo [...]”. Fica evidente que o Estado é um grande influenciador no que tange às políticas destinadas aos direitos do sujeito adoecido e como mencionado no artigo Constitucional, a saúde é de sua obrigação e essas garantias são respostas das expressões da questão social.

Foi nesse propósito que, o Serviço Social foi regulamentado para romper com todas as formas assistencialistas no período da elite burguesa, já que esses termos ainda não foram superados. Para lamamoto e Carvalho (2006) ter o reconhecimento da profissão não foi algo fácil, no qual percorreu por décadas essa legitimidade que até então as obras de caridade era exclusiva da igreja católica, por ser uma instituição com doutrinas sociais. O uso dessa prática proveniente da filantropia era constante aos desprovidos de direitos, pautadas na ajuda e nos valores centrais, onde as mulheres buscavam o melhor reconhecimento através dos benefícios da igreja.

Com o passar dos anos, surgiram profissionais do Serviço Social para atuarem no campo da saúde e em diversas demandas emergentes do sistema capitalista, de acordo com Felipe (2018, p.29) “o Serviço Social é uma profissão liberal regulamentada no Brasil atualmente pela Lei Federal nº 8.662 de 1993, sendo uma das primeiras ocupações da área social a conquistar o reconhecimento legal por parte do Estado [...]”. Nota-se que essa legitimação da profissão se alcançou pela luta dos (as) Assistentes Sociais em favor da classe trabalhadora, definindo o seu projeto ético político em defesa e ampliação dos direitos de todos os cidadãos.

Os avanços do Serviço Social foram marcados pela forte hegemonia do projeto ético político do Serviço Social, que se posiciona politicamente ao lado do trabalhador, havendo as transformações a partir dos Movimentos de Reconceitualização e também da reforma psiquiátrica, visando um novo acesso à essa classe. Gomes e Silva (2017, p.196) ressalta que:

Conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, nota-se a relação existente com os princípios que norteiam prática profissional dos assistentes sociais, configurando-se então a saúde mental não apenas como um campo de trabalho, mas como parte da luta também da categoria.

Foi através dessa reforma que o Serviço Social vem constantemente ganhando espaço em residências de saúde mental, caminhos legitimados através da luta da profissão em prol de acompanhar os doentes mentais e atuar nas novas expressões da questão social. Esse trabalho profissional vai muito além de um campo de atuação, retrata as políticas essenciais a essa nova realidade do descaso com as políticas de saúde. Para Fagundes (2006, p.3 apud REIS, 1998, p.26):

O neoliberalismo fundamenta-se numa crítica ao Estado interventor, propondo o desmantelamento do Estado de Bem-Estar, com cortes dos gastos na área social, focalização das políticas públicas e a sua privatização, constituindo a proposta do Estado mínimo, na qual, segundo Reis, "o Estado tem que ser mínimo enquanto interventor na atividade produtiva e na diminuição da promoção do bem-estar, que tem que estar afinada com sua capacidade de financiamento.

Esse desmantelamento é o resultado do que o país vem sofrendo nesses últimos anos, um ataque na garantia de direitos, efetivando cortes orçamentários, sendo as políticas de saúde as mais afetadas, algo breve foi o congelamento de gastos por aproximadamente vinte anos (PEC 241 ou PEC 55), gerando o crescimento para a economia, enquanto que a população padece por medicamentos e profissionais qualificados no atendimento a minoria proletária.

No entanto, o Estado quer alienar a população ao propor essa nova perspectiva, no qual já foi aprovado pelo Congresso Nacional durante a presidência de Michel Temer (2016-2018), focalizando nas privatizações de um Estado mínimo, onde o direito de reivindicar seja oculto perante o contexto da ótica neoliberal e que perpassa não apenas na saúde, mas também afeta a educação de crianças, jovens e de todos que dela necessitar.

Diante desses pressupostos, torna-se necessário o fazer profissional do Serviço Social nesse campo de atuação, pois além das principais demandas que se tornam emergentes, também intervêm por meio das propostas de inserção dos usuários por meio das portarias Nº 3.088 que regula o RAPS e a de Nº 336 que regula o CAPS, além das leis Federais, Estaduais e Municipais que regem essas obrigações juntamente com os princípios do Código de Ética (1993). Gomes e Silva (2017, p.199) faz o seguinte apontamento:

A relevância do Serviço Social na área da saúde mental aumentou, visto que a inclusão dos usuários e familiares nas políticas cresceu, a inserção nas ações de cidadania, direitos do sujeito, bem como o protagonismo do usuário e sua autonomia, são trabalhadas pelo assistente social.

Pode-se enfatizar que o (a) profissional de Serviço Social atua na inclusão do sujeito adoecido, através das políticas de tratamento e nas abordagens de encarar a visão discriminatória que muitas vezes se propaga no acolhimento com o paciente, achando que estão ficando loucos e precisam ser segregados da família ou ambientes de convivência. Vale enfatizar que o serviço prestado vai muito além da escuta, rompe com o preconceito colocado pela mídia brasileira ou até mesmo pelo forte sucateamento das políticas ao trato com essas doenças mentais.

Com as refrações que vem se alastrando na saúde mental, foi possível perceber a articulação das políticas através dos novos modelos psicossociais de funcionamento, sendo distribuído por CAPS (I, II, III, i e ad) por região geográfica e por número populacional, dando ênfase às Leis e portarias que norteiam a unidade e principalmente as demandas, assim vamos entender o histórico institucional e algumas formas de funcionamento dos CAPS.

3.3 HISTÓRICO INSTITUCIONAL E OS MODELOS DE FUNCIONAMENTOS

O histórico do CAPS no país se permeou através da lei do Deputado Federal Paulo Delgado do PT, assunto evidenciado anteriormente, surgindo uma nova lei que a atendesse pessoas com transtornos mentais e com isso foi imprescindível a necessidade de novas portarias que regulamentassem as unidades, sendo elas de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e a de nº336, de 19 de Fevereiro de 2002.

Dessa forma, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em São Paulo, no ano de 1987, com recursos federais e de caráter público, esse novo serviço veio para atender as demandas provenientes de saúde mental, tendo recebido o nome a princípio de Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, com a sigla CAPS, que foi seguida posteriormente em todo o país pelos próprios usuários do serviço. Dessa forma é um serviço de saúde disponibilizado pelo SUS para tratar exclusivamente de pacientes que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dependentes químicos entre outras patologias psiquiátricas, como a automutilação, objeto de trabalho que será transcrito.

Essa instituição foi criada para combater/substituir os antigos manicômios e inserir novos profissionais capacitados no avanço do tratamento, sendo um direito do próprio cidadão. Sendo assim, o centro tornou-se um modelo institucional para os demais CAPS brasileiros, para receber atendimento o paciente deve procurar uma unidade por livre e espontânea vontade ou ser encaminhado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou alguma outra instituição. No primeiro contato que seria o acolhimento, o paciente é analisado pelo profissional de plantão para entender o quadro clínico que se encontra, pois cada paciente possui o terapeuta ou profissional de referência, acompanhando o caso e assim criando uma relação de confiança ou vínculo terapêutico.

O profissional é responsável por realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que são uma série de atividades e terapias do paciente dentro da unidade, como por exemplo, sessões de psicoterapia, consultas médicas, oficinas terapêuticas, entre outras atividades.

Os CAPS podem ser conhecidos como I, II, III, álcool e drogas (CAPS ad) e infanto-juvenil (CAPS i), para sua implantação deve-se primeiro observar o critério populacional, cujos parâmetros são definidos: Municípios até 20.000 habitantes- rede básica de saúde com ações de saúde mental; Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica de saúde com ações de saúde mental; Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS ad e rede básica de saúde com ações de saúde mental; Municípios com mais de 200.000 habitantes CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i que é uma rede básica de saúde com ações

de saúde mental e de capacitação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

O paciente deve iniciar seu tratamento no modo intensivo e conforme tenha melhoras significativas no seu quadro clínico deverá migrar para o semi-intensivo e posteriormente, não-intensivo. No qual o intensivo é o tratamento diário quando o paciente apresenta grave sofrimento psíquico em situação de crise; o semi-intensivo é quando o sofrimento e crise são de forma moderada e o não-intensivo é quando o paciente não necessita de um suporte clínico contínuo.

Podemos citar entre as diversas atividades médicas e terapêuticas realizadas pelos CAPS:

- **Tratamento Médico:** Tratamento com medicamentos psicoativos ou psicofármacos controlados.
- **Atendimento psicoterápico:** Sessões individuais ou em grupo onde são colocados em prática os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.
- **Atividades Comunitárias:** São atividades terapêuticas, de lazer e programas sociais em conjunto com a comunidade, para integrar esses pacientes novamente na sociedade.
- **Orientação:** Tanto para os pacientes, quanto para as famílias, nos mais diferentes temas que englobam o tratamento.
- **Desintoxicação Ambulatorial:** Procedimentos referentes ao tratamento da abstinência devido ao uso abusivo de alguma substância química.
- **Visitas Domiciliares:** Atendimento à domicílio de um profissional ou multiprofissional do CAPS para o paciente e/ou família.

O seguimento desse tratamento é recomendado e acompanhado pelo médico especializado em psiquiatria, alterando a dosagem da medicação e seguindo passo a passo para que a doença mental tenha a cura ou amenização das crises. Algumas atividades podem ser desempenhadas por diferentes profissionais responsáveis como enfermeiros, terapeutas e Assistentes Sociais que contribuem no controle das enfermidades psíquicas e garante que não ocorra descaso ou violência com o (a) paciente.

Podemos observar que as práticas e atividades utilizadas com o (a) paciente assistido (a) sendo acompanhado (a) pelo (a) profissional em Serviço Social, tendem a garantir que recebam o tratamento de forma humana, social e que o acesso à saúde seja universal. Que segundo Iamamoto (2003, p. 29) “o cenário em que se insere o Serviço Social hoje: as novas bases de produção da questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social” Neste sentido, os transtornos mentais são uma das expressões da questão social do profissional em Serviço Social atua, conforme abordaremos na prática de estágio registrada no próximo capítulo.

4 A PRÁTICA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O novo modelo de assistência psicossocial trouxe transformações nas políticas públicas de saúde mental, que alterou os paradigmas vivenciados antes da reforma psiquiátrica. Esse modelo de atendimento passou a ser instalado em vários municípios do país e a cidade de Ji-Paraná no estado de Rondônia implantou esse centro para atender as demandas existentes e provenientes para a população.

Nesse equipamento de saúde pública, a portaria GM/MS nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, exige a contratação de médico psiquiátrico, psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, pedagogo e o (a) Assistente Social. Para compreender a atuação do profissional em Serviço Social na instituição é preciso conhecer a instalação no município, considerando o contexto social, político e jurídico. Compreender esses elementos que são históricos se torna algo necessário para analisarmos as causas, consequências e efeitos da automutilação entre adolescentes acompanhados pela equipe multiprofissional do CAPS Raio de Luz.

4.1 A IMPLANTAÇÃO DO CAPS II RAIOS DE LUZ NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ-RO

De acordo com informações da própria Assistente Social, em 2004 se iniciou a instalação do programa municipal de saúde mental com a organização e ampliação do número de profissionais para o atendimento no ambulatório de saúde mental, onde eram atendidas pessoas com transtornos mentais. No ano de 2005 foi implantado o CAPS II (Raio de Luz) com o objetivo de atender pessoas que apresentavam quadro de transtorno mental severo, persistente, álcool, drogas oferecendo atendimento para crianças, adolescentes, adultos e deficientes.

Vale ressaltar que, os CAPS não são regulamentados por leis e sim por portarias, por exemplo a (Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), que estabelece os CAPS em âmbito nacional e com finalidades regionalizadas. Então é de responsabilidade de cada município implantar sua unidade (CAPS) de acordo com o número populacional, conforme destacado no Art. 4 desta portaria. Destaca-se

que, não há necessidade da criação de uma lei ou portaria municipal, já que existe uma portaria federal, mas alguns municípios possuem suas próprias leis ou portaria que alteram ou complementam a 336 de acordo com suas necessidades.

O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS/Saúde Mental) mantido pela Secretaria de Saúde de Ji-Paraná (SEMUSA) possui abrangência de atendimento para 14 (quatorze) municípios da região central do Estado. Há também projetos de enfrentamento ao suicídio e outros eventos de prevenção e cuidado aos adoecidos mentais.

A unidade fica localizada na Rua Dom Bosco, número 1391 no Bairro Dom Bosco, em frente ao pronto socorro do Hospital Municipal da cidade, seguindo os parâmetros de uma residência. Os atendimentos são de segunda à sexta-feira, sempre das 07horas às 17horas e atende inúmeras demandas de pacientes, no qual há a necessidade de novas contratações de profissionais para o serviço. O quadro de funcionários conta atualmente com dezesseis colaboradores (1 assistente social, 1 enfermeiro, 2 psicólogas, 3 médicos especializados em psiquiatria e oito colaboradores nível médio, além de uma coordenadora (Ensino Médio).

4.2 RELATO DAS OBSERVAÇÕES

Quando o estagiário de Serviço Social se insere no campo de estágio, automaticamente se inicia o processo de observação, seja na busca por informações que deem sentido às novas realidades ou no próprio contato com o usuário, sendo essa primeira mediação feita com o acompanhamento da Assistente Social dentro da instituição.

Observamos a prática profissional norteada pelos princípios do código de ética na valorização e inserção do sujeito no meio social que garante os direitos conforme explicitado no projeto ético político, leis, estatutos e nos instrumentais técnicos operativo da profissão, no qual pauta-se na defesa intransigente das novas

demandas que vem aflorando esses transtornos mentais em adolescentes que procuraram os profissionais de saúde junto com seus responsáveis.

Dessa forma, a Assistente Social desempenha um papel criterioso dentro do CAPS, pois além de acompanhar, aconselhar, encaminhar e ouvir cada paciente em sua particularidade, desenvolve a capacidade de lidar com uma ampla gama de conhecimentos, que além de enaltecer o trabalho, procura desmistificar os preconceitos desempenhando seu trabalho educativo vinculados em tempos atuais. Que para Bravo e Matos (2004, p.17):

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas aquisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Segundo o pensamento dos autores, a profissional se fundamenta a esses projetos de intervenções, através da universalização e defesa intransigente dos direitos, alicerçando à sua prática profissional cotidiana nesses princípios. Neste caminho foi possível acompanhar como acadêmico pesquisador à atuação profissional da Assistente Social na saúde mental e como esses conhecimentos são mobilizados.

Como estagiário de Serviço social compreendemos que a Assistente Social possui muita autonomia, que não se limita apenas em visitas domiciliares ou acolhimentos, mas acompanha junto a equipe multiprofissional o avanço do tratamento de seus usuários, por isso que o trabalho é em parceria, não apenas por ser especialista em saúde mental, mas por criar vínculos junto aos usuários do sistema, buscando caminhos para a amenização dos transtornos mentais e principalmente encaminhando às instituições que asseguram seus direitos. Segundo Guerra (2000):

[...] É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano [...] (p.2).

Fica evidente na fala da autora, que a prática profissional exige capacidade, habilidade e conhecimentos que envolvem a garantia e ampliação dos direitos sobre os (as) usuários (as) nessa transformação da realidade e que também exige uma atuação multiprofissional de seus pares que atuam no CAPS. Esse processo de trabalho utilizado pelo Serviço Social se permeia através dos conflitos existentes dentro do campo da saúde mental e como os (as) usuários (as) da área psicossocial encaram essa abordagem da automutilação como expressão da questão social.

Neste sentido, o profissional em Serviço Social precisa utilizar dos seus instrumentais técnicos operativos, ético político, teórico metodológico da profissão para compreender a realidade dos usuários e viabilizar os seus acessos nas políticas de saúde, bem como contribuir para que esses indivíduos colaborem para uma sociedade mais justa e humana.

Dentro dessa lógica, a sociedade precisa se mobilizar para que possam lutar pela garantia de seus direitos e o Serviço Social tem esse papel determinante na conscientização e sensibilização da população em torno da luta por regulamentação e ampliação dos direitos. Foi observado que, a atuação profissional do Serviço Social no CAPS se baseia em marcos regulatório que precisam ser divulgados com uma orientação simples e acessível aos indivíduos para que os mesmos possam reclamar judicialmente esses direitos. Dentre essas normativas, destacam-se:

- Constituição Federal de 1988;
- Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003;
- Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;
- Estatuto da Juventude - Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013;
- Código de ética do Assistente Social - Lei 8.662/93;
- Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Lei nº 8.742/93;
- Lei Nacional e Municipal do CAPS II - Saúde Mental - Nº 10.216/01;
- Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011- Regula a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial;
- Portaria Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002 - Regula o CAPS;

Destaca-se que a Assistente Social deste CAPS desenvolve o trabalho de intervenção, prevenção, recuperação e promoção de acordo com a Constituição Federal de 1988. Os usuários apresentavam transtornos mentais variados, dos quais alguns resultam na automutilação, tendo registros desse reflexo dentro e fora da unidade. Vale aqui salientar que essas medidas foram desenvolvidas junto com a equipe multiprofissional, possuindo autonomia e competências para atuarem nessas expressões da questão social presente nos espaços escolares. Assunto que iremos abordar no tópico 4.3.

A preocupação surgiu por meio do acionamento da CRE, que relatou os casos que vinham ocorrendo em duas escolas do município de Ji-Paraná, sendo assim a CRE em parceria com o CAPS por meio dos seus profissionais, aderiram a essa campanha de assistência em saúde mental, indo até as instituições escolares e intervindo por ações de prevenção, orientação e encaminhamento aos casos registrados pela supervisão.

A escuta foi fundamental para entender a doença psíquica de cada adolescente, sendo evidenciado realidades distintas, algumas apresentavam sentimentos de inutilidade, vazio, abandono, rejeição e exclusão. Com essa proposta de prevenção, pode-se observar que a atuação profissional do Serviço Social possui fundamental importância, tendo a visão humana e social ao compreender não apenas a dor psicológica mas principalmente a dor física. Foi através dos relatos que a prática da Assistente Social se fez presente, pois atua nessas e em outras demandas, como a violência psicológica, social, moral, sendo o trabalho psicossocial justamente responsável por tratar o desconforto emocional, considerando a história de vida dessas pessoas e assim reintegra-los à sociedade.

4.3 RELATO DAS INTERVENÇÕES NO PERÍODO DE ESTÁGIO

No decorrer das experiências vivenciadas no estágio I (observação) e no estágio II (intervenção) o estagiário de Serviço Social foi inserido a participar das realidades e as novas demandas advindas das diversas expressões da questão social, sendo possível observar e analisar o índice de adolescentes com transtornos mentais variados, dentre eles a automutilação. Fator percebido em duas escolas da

rede municipal de ensino, além dos usuários que procuraram o atendimento no CAPS.

Com a longa jornada percorrida junto à profissional em Serviço Social, pode-se perceber a preocupação e proteção dos pacientes ao lidar com essa nova situação de automutilação, que segundo Iamamoto (2003, p.20) “[...] é importante sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais numa visão de dentro e para dentro do Serviço Social, como precondição para que se possa captar as novas mediações e requalificar o fazer profissional [...]”. Visto que a profissional em Serviço Social enfrenta a cada dia os preceitos e preconceitos vinculados à saúde mental e se prepara através de novas demandas para atender essa realidade.

A profissional em Serviço Social junto com seu supervisionado foram alicerçados pelos princípios do Código de Ética (1993, p.24), que estabelece o “exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade e condição física”. Esse princípio deve ser sempre pautado pelos Assistentes Sociais de forma ética com os usuários, a instituição e a sociedade, sempre respeitando todas as diferenças, seja opção sexual, religiosa, de raça e de gênero, entre outras.

A utilização desses princípios na proposta de intervenção, ocorreram a todo instante, na coleta de dados e nas informações prestadas pelas adolescentes que se encontravam vítimas da automutilação, coerência essa que manifestou o interesse pelo avanço da pesquisa. Como prepondera Lakatos e Marconi (2010, p.149) a coleta de dados, “é tarefa cansativa e toma, quase sempre, mais tempo do que se espera. Exige do pesquisador paciência, perseverança e esforço pessoal, além do cuidadoso registro dos dados e de um bom preparo anterior”. A técnica de observação e escuta viabilizou a captura de informações declaradas pelas adolescentes em entrevistas, visitas domiciliares e rodas de conversas.

Foi a partir dos prontuários onde consta o histórico da doença, relatórios/produtividade mensal da unidade e das demandas externas que chegaram ao CAPS, que tomamos o conhecimento do quantitativo de acolhimentos

formalizados nos meses de maio e junho do ano de dois mil e dezenove. Nessa ficha é colocado o nome de cada paciente atendido, no qual tivemos 195 (cento e noventa e cinco) pessoas com diversos tipos de transtornos mentais, e nesse levantamento foi apresentado apenas 5 (cinco) adolescentes que apresentavam o comportamento autolesivo e demais relatos/experiências foram adquiridas em rodas de conversas em duas escolas municipais de Ji-Paraná RO.

Apesar de ter apenas cinco casos registrados, observamos que o número é crescente nos espaços escolares, sendo ainda apresentadas outras características de transtornos mentais que evidenciam o processo de automutilação, sendo reforçada por solicitação feita pela Secretaria de Educação maior atuação e orientação com relação a essa demanda. Destacamos que a visita foi realizada apenas em duas escolas do município, abrangendo um número amostral pequeno que não retrata o quantitativo total de escolas na região, bem como não representa a possibilidade significativa de agravante quadro clínico do transtorno.

Nesse intuito, há uma enorme necessidade de uma atuação multiprofissional articulada à rede de atendimentos do qual o CAPS faz parte, tendo a Assistente Social o papel importantíssimo, que segundo Gomes e Silva (2017):

[...] O Assistente Social está inserido na Instituição com a finalidade de contribuir para a inserção do usuário à sociedade, bem como desenvolver suas atribuições privativas para a qualidade de vida do usuário, bem como proporcionar a esse usuário o acesso a cidadania, contribuir para o acesso dos direitos sociais, políticos e civis (p.198).

Esses resultados foram perceptíveis pelo estagiário de Serviço Social no período de estágio no CAPS Raio de Luz e isso foi o reflexo do trabalho profissional junto à equipe multidisciplinar que desempenham intervenções e trabalham na inclusão do sujeito por meio dos direitos estabelecidos por lei. A Assistente Social imbuída dos princípios éticos da profissão trabalhou na validação e inserção desses adolescentes em programas psicossociais.

Neste sentido, foram abordados os registros da automutilação, consequência do uso de objetos cortantes, como: lápis, gilete, faca, lâminas e equipamentos pontiagudos que causem cortes profundos. Esse fator é consequência de alguma

dor física e psicológica, causada por comportamentos de punição, curiosidade, fenômeno de pertencimento, de satisfação ou de alívio.

Para Vieira et al. (2016, p.257) “a automutilação é um comportamento de autodestruição oriundo de um desejo de se punir que pode ser inconsciente e apresenta grande impacto na vida do indivíduo”, pois a partir desse fator sentem a necessidade de substituir a dor emocional pela dor física, entende-se que a dor física é mais suportável que a dor emocional. Como relatado por uma adolescente de uma escola pública do município que se automutilava:

Não temos o objetivo de tirarmos a própria vida mas de aliviar o que estamos sentindo e isso começa a se tornar um ciclo vicioso, não pela dor mas pelo anseio de negar-se que estamos doentes e que precisamos de tratamento ou de profissionais capacitados em saúde mental que possam aliviar esse pensamento de inutilidade ou de pessoas que nos ouça sem julgamento. (Depoimento, Ago/2019).

Essas adolescentes precisam ter o direito à palavra e principalmente ter condições de cuidado nesse estado de sofrimento psíquico, onde possam relatar suas dores e ter uma escuta atenta de suas necessidades (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019).

A pesquisa quantitativa teve por objetivo levantar dados e mensurar informações em relação ao perfil das adolescentes, os casos que foram registrados pelos profissionais do CAPS, facilitaram para identificar quais perfis apresentam a automutilação nas duas escolas públicas do município, incluímos também nas estatísticas as adolescentes das escolas por estarem nas mesmas condições que as atendidas na unidade. Na pesquisa, coletamos o quantitativo de 8 (oito) adolescentes que sofrem a prática da automutilação, sendo meninas entre 12 (doze) a 15 (quinze) anos.

No decorrer da pesquisa junto a profissional em Serviço Social e a equipe da CRE, deu para atentar-se aos fatos que vinham e vem ocorrendo com adolescentes se automutilando em duas escolas municipais de Ji-Paraná, situações essas que foram registrados pelo corpo docente. Agravante predominante e que está tomando proporções ainda piores, podendo ser destacado a depressão, suicídio ou a própria

tentativa, já que as principais vítimas são adolescentes de distintas faixas etárias, entre doze a quinze anos de idade.

Mediante essas demandas e aos fatos acompanhados pela profissional, lamamoto (2003, p.28) menciona que “os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. [...]”, então o trabalho profissional se insere em determinadas áreas até mesmo na questão de saúde mental, onde ocorrem os prejuízos emocionais e psíquicos, algo presenciado dentro do CAPS, sendo então o Serviço Social através do seu trabalho multidisciplinar responsável também por intervir junto a esses pacientes que chegam com crises severas e com pensamento ou ideação suicida.

A equipe da unidade junto ao estagiário de Serviço Social aderiu a essa campanha de ir até as instituições que os casos estavam alarmantes e ouvir em “roda de conversa” as dores emocionais que causam essa realidade, o porquê dessa agravante e acontecimentos que levaram a tal ato contra o próprio corpo, mas a proposta não foi apenas com os mesmos, também com os pais, responsáveis e a comunidade em geral, retratando que essa doença não é uma frescura e muito menos uma brincadeira para chamar a atenção.

Portanto, como forma de amparo e de defesa aos valores da criança e do adolescente, defendendo o seu estado físico e psicológico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prepondera que:

Art. 87. São linhas de ação da política de atendimento:

I – Políticas sociais básicas;

II – serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligências, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão. [...] (BRASIL, 1990).

Pautado nos direitos intransigentes do ECA, nos deparamos com diversas violações seja no sofrimento físico e psíquico acarretado por algum tipo de abalo

psicológico, passando por processos de negação, rejeição, dor e traumas. Sendo que, uma delas nos relatou:

Quase sofri abuso sexual pelo meu pai pedófilo, por meus primos e pelo namorado da minha mãe. No começo eu tinha medo de falar sobre o ocorrido com a minha genitora, por sofrer negação e imaginar a sua reação, em não acreditar no que eu estava dizendo, em determinado dia senti a liberdade de falar sobre o fato com minha mãe, mas ela me pediu que esquecesse, pois já havia passado muito tempo e meu pai já respondia um processo pelo mesmo crime. Sofro maus tratos por minha irmã mais velha, por usar palavras que me machucam (Depoimento, Out/2019).

Neste caso prevalecem não apenas a vergonha e o nojo que a perseguiram constantemente, mais também a falta de afetividade/sensibilização/proteção por parte da sua genitora. Ficou explícito a ferida psicológica na vida dessa adolescente, pois a relação de poder dos mais velhos sobre os mais novos permanecem ainda nos tempos atuais.

E esse desabafo transcrito em desconforto não julga apenas a dor irreparável, mas o julgamento da sociedade sobre as cicatrizes deixadas em sua pele, o trauma que lhe acompanhará por toda vida, afinal estamos falando de vínculos familiares, necessidade de proteção e segurança que deveriam vir do ambiente familiar.

Outro relato coletado em roda de conversa evidência a necessidade da família na reabilitação do indivíduo:

Sinto muita falta da presença afetiva dos meus pais, minha mãe não se importa comigo, fui vítima de bullying por ser gordinha, filha de pais separados, sou fruto de uma relação de traição, no qual minha mãe tentou me abortar três vezes quando estava grávida. Teve uma vez que me auto mutiliei, tirei uma foto e mandei para a minha mãe e ela nem se preocupou, falou que a vida era minha e eu poderia fazer o que quisesse, meu avô fala que isso é frescura, que adolescente não tem preocupação. Teve uma vez que tentei suicídio na beira do rio, mas uma amiga me impediu (Depoimento, out/2019).

Segundo Mielke et al. (2010, p. 762) “o modo psicossocial tem buscado modificar esse entendimento, demonstrando a importância da família na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico”, podendo ser trabalhado a inclusão da

adolescente na relação familiar e rompendo essa culpa, seja pela violência física, verbal, psicológica, espancamentos, traumas e abuso sexual.

A criança nos contou essas situações muito chorosa e triste pelos traumas causados pela dor e sofrimento, nos relatou também sobre a tentativa de suicídio e que na escola se retrai muito com os colegas, justamente por não ter apoio da mãe. Torna-se perceptível a falta que a genitora faz na vida da filha.

Percebemos no relato acima a primeira tentativa de crime, o aborto e na fase adulta o bullying. Conforme o Art. 7º do ECA “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Algo que ficou visível no depoimento foi essa violação de direitos como exemplificado neste artigo.

A próxima adolescente apresenta em seu relato um estado de sofrimento, seus olhos mostravam dor e sofrimento enquanto conversávamos:

Sou filha adotiva, minha mãe que me colocou ao mundo, tentou me matar. Minha mãe adotiva tem doze filhos sendo cinco de adoção e sete biológicos, ela não gosta de mim, não me dá nada (roupas e calçados), já meu irmão mais velho tem essa facilidade. Sinto raiva da minha mãe biológica e tenho o mesmo sentimento com a mãe adotiva, sofro agressão física e psicológica até dos meus irmãos, uma vez ela me colocou no banheiro e me espancou com um pedaço de madeira no qual meu braço ficou inchado. Minha genitora me priva de participar de atividades e eventos da própria escola, então prefiro ficar na rua, na qual durmo algumas vezes ou na casa de amiga (Depoimento, Out/2019).

A adolescente pediu para que não contássemos a ninguém sobre os espancamentos e que sofre ameaça pela mãe e pelos irmãos, pois se caso alguém soubesse ela iria apanhar novamente. Pudemos compreender e referenciar através de Faleiros (2001, p. 68) que “existem vários tipos de violência intrafamiliar, desde a eliminação das pessoas até maus-tratos, ameaças, violência psicológica, violência sexual, chantagens, negligência, humilhações, designações de pessoas como doentes e incapazes [...]”. Para o autor e outros teóricos essas situações vêm ocorrendo gradativamente, tornando-se uma situação que afeta diretamente o desenvolvimento da (s) adolescente (s).

Informamos às adolescentes que elas possuem direitos e que de acordo com as premissas do art. 18 do ECA “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Pois se há uma violação de direitos nos princípios constitucionais como maus tratos, cabe informar aos Conselhos Tutelares como aponta o art. 13 do estatuto, ponto que a criança não pode ser privada de qualquer problema que contribua no seu processo de formação pessoal e educacional. Por último pudemos conhecer um pouco da história de mais uma adolescente que relatou:

Perdi meu pai vítima de assassinato quando tinha apenas quatro anos de idade, moro com minha mãe, avós e tios. Tive uma perda muito irreparável com a morte da minha tia, no qual éramos muito apegadas, já tentei tirar a minha própria vida dentro da escola onde estudo (Depoimento, Out/2019).

Observou-se que a vergonha é um elemento dificultoso ao coletar essas informações, por isso foi difícil estabelecer um laço inicial de confiança, já havia criado um bloqueio e por isso não se abria ao falar sobre esses transtornos que vinha vivenciando desde quando tinha quatro anos de idade, entretanto após perceber o intuito da nossa equipe iniciou-se uma breve abertura ao diálogo, que ao mesmo tempo se sentia envergonhada ao relatar sobre sua vida as outras adolescentes.

Mediante esses acontecimentos, “[...] parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação [...]” (TEIXEIRA; BRAZ, S/D, p. 12). Por meio dos relatos compreendemos que a atuação do Serviço Social se faz por meio das competências, técnicas exercidas pela profissional na intervenção dessas adoecidas mentais e que muitas vezes essa realidade atual nos torna impotente.

Mencionamos às adolescentes que todas as informações prestadas e acolhidas na roda de conversa foram regidas pelo Código de Ética do/a Assistente Social, preponderando-se o sigilo profissional e mantendo estritamente os limites das informações coletadas. Conforme determina:

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 (BRASIL, 1993).

A Lei 8.662/93 refere-se a esse código profissional que defende a ética dos (as) Assistentes Sociais e garante que tudo o que for revelado pelo usuário será protegido, garantindo que não sejam afetadas diretamente ou indiretamente, pois quem acompanhava o manuseio e as orientações sobre os casos era a própria equipe que desempenha trabalho conjunto com o acadêmico pesquisador que estava realizando a observação e intervenção.

Quando finalizamos a roda conversa e as adolescentes foram encaminhadas para a sala da gestão escolar, nos deparamos com a mãe adotiva da adolescente (penúltimo depoimento), no qual solicitamos uma conversa em particular, a genitora informa:

Tenho uma relação muito agradável sem nenhum problema com minha filha, mas vim até à escola a sua procura, pois não havia dormido em casa, minha intenção essa semana era se jogar na frente de uma carreta, para tirar minha vida. Enfrento uma grande dificuldade, pois não possuo condições financeiras para dar o que meus filhos solicitam e com isso dependo de caridade do pastor e famílias da igreja, minha filha xinga muito e muitas vezes não me obedece (Depoimento, Out/2019).

Observamos na conversa que quando adentramos na relação familiar, a genitora começa a ter crises de choro e contradizer os relatos da filha, pois expõe a adolescente, mas não menciona sobre os espancamentos e a violência praticada, coloca a filha como culpada e não busca as soluções para o problema que vinha enfrentando. Preocupados com a situação da senhora, a psicóloga fez um encaminhamento para que a genitora pudesse iniciar o tratamento no CAPS ou participar das rodas de conversas que são realizadas na unidade, sendo um projeto que os pacientes possam compartilhar suas realidades e expor seus traumas.

De acordo com informações prestadas pela psicóloga da unidade, a mãe adotiva da adolescente não encaminhou a filha ao CAPS e nem procurou os profissionais para tratar de sua saúde mental, sendo que não houve desfecho e o

caso acima mencionado continuou sendo negligenciado e omissivo, pois infelizmente a rede de atenção psicossocial se torna incapaz de solucionar todas as demandas e situações, mesmo amparados por lei.

A seguir será exposto uma foto da roda conversa realizada com quatro adolescentes de uma escola que apresenta o estado clínico de automutilação.

Figura 1: Roda de conversa



(Fonte: Schrock, 2019)

Ficou explícito nessa roda de conversa que muitos direitos vinham sendo negligenciados principalmente pela família e em segundo pela orientação escolar, pois a gestão até o momento não sabiam como trabalhar com essa e outras refrações presentes no espaço escolar, algo observado foi à maneira como retratavam a doença e o julgamento negativo sobre essas adolescentes.

As instituições por meio de seus professores devem conscientizar seus alunos (as) sobre a violência e demais temáticas que podem afetar seu desenvolvimento, estratégias essas que devem ser inseridas nas disciplinas através dos temas transversais, em contrapartida a gestão escolar através da sua equipe de orientação escolar e supervisão pedagógica deverão ser um ponto de apoio não apenas para questões educacionais, mais por exemplo, entender os processos de automutilação e violências em suas diversas formas que acontece com esses estudantes, buscando contribuições e encaminhamentos em instituições como o CAPS e o Conselho Tutelar. Essa temática também está contida na Lei de Diretrizes

e Bases da Educação Nacional (LDB), conforme o artigo 26 do parágrafo:

§ 9º Conteúdos relativos aos direitos humanos e à prevenção de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente serão incluídos, como temas transversais, nos currículos escolares de que trata o caput deste artigo, tendo como diretriz a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), observada a produção e distribuição de material didático adequado (BRASIL, 2017, p.20).

Percebe-se que essa temática precisa ser trabalhada em sala de aula, de forma a conscientizar crianças e adolescentes, visando amenizar e combater por meio de denúncias tantos casos registrados diariamente de violências. Trabalhar os direitos da criança e do adolescente em ambiente escolar, favorece que possam ser ouvidos, a não se calarem a tantas práticas de abusos sexuais, automutilação e espancamentos, dando direito a serem ouvidas e atendidas em sua plenitude evitando até mesmo o suicídio.

Por meio deste artigo da LDB e de outras prerrogativas legais, nota-se um verdadeiro descaso com as adolescentes, pois a autoagressão era visto como uma “brincadeira para chamar a atenção”, utilizavam essa prática para fugir da realidade, como relatado por uma gestora. Pudemos compreender os fenômenos que levaram a essa ação e abordamos a amplitude que o Serviço Social desempenha na saúde mental no rompimento dos rótulos que se estabelece sobre a adolescência.

Essas experiências foram observadas pela forte demanda que chegaram até o CAPS e medidas foram estabelecidas pela Assistente Social e por sua equipe multidisciplinar no acompanhamento junto às famílias e principalmente aos usuários adoecidos. Utilizando de medidas para intervir, seja na escuta, conversa, dinâmicas em grupo, medidas essas de prevenção em grupos e áreas de risco, onde a situação está alarmante, viabilizando as políticas de saúde mental para validar esses direitos.

Como proposta informativa, levamos essas experiências e ações acima referenciadas para o Centro Educacional São Lucas de Ji-Paraná-RO, ocorrendo em forma de palestra para um público de 15 (quinze) acadêmicos do curso de Serviço Social, tendo como objetivo relatar sobre a importância do fazer profissional

da Assistente Social no campo da saúde mental, sendo uma área que vem crescendo diante ao surgimento de novas expressões da questão social e o retrocesso das políticas públicas.

A seguir apresentamos as fotos do momento onde foi possível compartilhar todo o conhecimento adquirido no período de estágio, despertando um novo caminho profissional para aqueles que desejam fazer carreira na área.

Figura 2: Palestra sobre saúde mental: práticas vivenciadas



(Fonte: Rodrigues, 2019)

Mediante as informações e esclarecimentos postos em sala de aula, foi notório que alguns se interessavam pelo assunto, já outros via as doenças mentais ou melhor a automutilação como algo diabólico e principalmente como castigo por terem se distanciado de Deus, devendo ser tratado dentro da igreja e não por profissionais da saúde. Tornaram-se visíveis entre os (as) acadêmicos (as) o preconceito ou senso comum sobre as doenças manifestadas nas adolescentes que apresentavam a autolesão.

Compreendemos que o julgamento era inerente, justamente pela falta de orientação sobre esse campo, destacando a importância do Serviço Social, CAPS e da equipe multiprofissional no campo da saúde mental e as ações que desempenha na orientação/prevenção/cuidado aos sujeitos adoecidos, sendo a automutilação um dos fatores presentes na vida de adolescentes que passam por processos difíceis como traumas, abusos, violências e negligências.

O Serviço Social possui trabalho árduo na prevenção de adolescentes que apresentam a automutilação, pois não torna-se apenas um desejo de se punir, pelo contrário tentam aliviar a dor vivenciada emocionalmente e a profissional busca ações junto à equipe multidisciplinar ao tratar, recuperar, reparar e curar os traumas e estigmas que muitas vezes está presente no pedido de socorro. Sendo assim, a automutilação poderá desenvolver transtornos psiquiátricos e o trabalho psicossocial na realidade juvenil é trabalhar com atividades e projetos nos ambientes escolares, redes de atendimento psicossocial e principalmente na família com a recuperação dos laços afetivos e autoestima.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordamos nesta pesquisa a realidade das adolescentes vítimas da automutilação, doença autoprovocada e que continua sendo julgada pela sociedade, apontando a própria pessoa/vítima como culpada neste processo. Nossa persistência nesse projeto foi mostrar que a depressão ou sofrimento mental são os principais fatores que podem desencadear a automutilação, suicídio e demais doenças manifestadas no cotidiano, percebemos por meio dos relatos os principais fatores que levaram essas adolescentes a se automutilarem e que principalmente precisamos estar mais próximos e atentos a esses casos.

A automutilação é o resultado dessa refração da questão social presente na atualidade, sendo perceptível a ação profissional do Serviço Social na saúde mental, na prática de prevenção e conscientização com as adolescentes que relataram diversos sofrimentos psicológicos estando inseridas nos espaços educacionais.

Percebe-se que, os profissionais em Serviço Social se encontram muito escassos nessa área, justamente por não ter reconhecimento da atuação e o que poderiam fazer na transformação das políticas públicas na área da saúde mental, pois seu trabalho é multiprofissional, não opera sozinho, mas em equipe. Acredita-se que na área psicossocial, os únicos profissionais atuantes devem ser psiquiatras, enfermeiros e psicólogos e que a atuação do Serviço Social não é vista ou muitas vezes questionada que deveria ser feita por psicólogos.

Como profissionais e sociedade civil precisamos mobilizar o poder público em todas as esferas na prevenção a esses tipos de doenças mentais e não apenas lembrar-se delas em períodos de campanhas como exemplo o setembro amarelo (mês de prevenção ao suicídio). Podemos e devemos nos manifestar quando houver algum ato de violência física ou psicológica, fazendo denúncias ao Conselho Tutelar, delegacias especializadas e o Ministério Público (MP), pois se omitimos e negligenciamos esses fatos, estamos contribuindo para que a violência continue sendo praticada e por meio deste fator continuamos perdendo adolescentes vítimas de suicídio, pois a automutilação é o primeiro pedido de socorro.

Acreditamos que é preciso e necessário que as ações de conscientização devam começar com os profissionais que lidam diariamente com as diversas demandas no dia a dia, ou seja, profissionais da área da educação. Sabemos que é difícil trabalhar com as redes de apoio, como evidenciado e observado nos relatos sobre a omissão da escola sobre os fatos de violência física e psicológica praticado pela família. Necessitamos caminhar muito no fortalecimento dessas redes (Unidade Básica de saúde - UBS, escolas públicas e privadas, hospitais, faculdades e principalmente o poder público).

Destacamos nesta pesquisa, a importância do Serviço Social e do CAPS nessa demanda de saúde mental e que o trabalho psicossocial torna-se algo necessário para aliviar o trauma através de atividades sociais e não apenas de obrigação profissional, pois a atuação do (a) Assistente Social é justamente atender essas e outras ações emergentes da sociedade, por meio de serviços, programas e atividades sociais que favoreçam a saúde mental dos assistidos. Nesta perspectiva abordamos o leque ainda maior da profissão na saúde mental e que não se restringe apenas como um trabalho, mas um desencadeador frente às políticas de saúde.

Cabe ainda destacar o papel fundamental da família na evolução do tratamento, recebendo amparo, cuidado e todos os afetos necessários por meio dessas relações afetivas. Esse processo influencia no crescimento e desenvolvimento dos (as) adolescentes nos aspectos de integrá-los (as) ao meio social, principalmente contribuir no rompimento de uma sociedade que vive estagnada, presa no julgamento e preconceito.

Novamente fazemos respaldo às necessidades de atividades e orientações por parte dos profissionais do CAPS no que tange o cuidado com a saúde mental de pessoas que sofrem enfermidades psíquicas e assim dar prioridade as intervenções que abrangem essa nova realidade. Esses projetos devem estar vinculados as UBS, as instituições escolares e até os órgãos competentes que participam da efetivação e garantia dos direitos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e a portaria 3.088 que regula as redes de atenção psicossocial.

É através do Movimento de Reconceituação do Serviço Social que se encontra em construção que necessitamos continuar lutando pelos direitos comuns e assim fazer com que a luta da categoria não seja em vão e o nosso compromisso profissional é garantir a equidade e justiça social. E que essas adversidades que vem aflorando na atualidade, sejam transformadas em políticas de valorização do sujeito e que diariamente continuemos nossa insistência e resistência no trabalho psicossocial.

Acrescentamos que, além da automutilação como fenômeno presente nas escolas públicas do município de Ji-Paraná - RO, apontamos para pesquisas futuras a necessidade de levantamentos de dados e ações envolvendo à depressão e demais transtornos psiquiátricos entre crianças, adultos e a terceira idade, vivenciadas no Centro de Atenção Psicossocial Raio de Luz e demais espaços da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. 2.ed. Porto Alegre: AGE, 2007.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em:<https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

BASTOS, R. L. **Ciências humanas e complexidades: projetos, métodos e técnicas de pesquisa: o caos, a nova ciência**. 2.ed. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

BRAGA, C. P; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.2, p.401-410, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200401>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2015. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 07 Mar. 2020.

_____. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed. rev. atualizada. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011].

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília/DF, SENADO, 2017.

_____. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei no 9.394/1996 – Lei no 4.024/1961**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de

Edições Técnicas, 2017. ISBN: 978-85-7018-787-1. Disponível em:<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2020.

_____. **Lei de Saúde Mental**. Lei N 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 08 Ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 15 Abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 Abr. 2020.

_____. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei 3657/1989**. Disponível em:<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2004. Disponível em:<http://fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CASTRO, C. M. **A prática da pesquisa**. 1.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

EMMANUEL-TAURO, D. V.; FOSCACHES, D. A. L. As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 90-112, 2018. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2020.

FAGUNDES, H. S. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 5, n. 6, p.1-19, 2006. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1029/809>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

FALEIROS, V. P. Abuso sexual de crianças e adolescentes: trama, drama e trauma. **Serviço Social & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 65- 82. 2001. Disponível em:<

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8636441/4150>>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

FELIPPE, J. M. S. O processo legislativo e a regulamentação do Serviço Social no Brasil: uma análise documental. **Serv. Soc. Soc**, n. 131, p. 29-50, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282018000100029&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2020.

FRAGA, M. N. O; SOUZA, Â. M. A; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enferm**, v. 19, n. 2, p. 207-11, 2006. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 Ago. 2019.

FUREGATO, A. R. F. Políticas de saúde mental no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.2, 2009. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200001>. Acesso em: 14 Abr. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, T. F.S.; SILVA, M. H. C. **Intervenção do assistente social na saúde mental: um relato de experiência**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.50, p. 190 - 206, jul./dez. 2017. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9034>>. Acesso em: 08 Mar. 2020.

GUEDES, E. M. **Curso de Metodologia Científica**. 2.ed. Curitiba: HD livros editora, 2000.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. p. 1-16, 2000. Disponível em:<<http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra%20instrumentalid.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e o Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamento de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAGALHÃES, S. M. **Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres**. 2.ed. São Paulo: Veras Editora, 2006.

MIELKE, F.B; et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010 out/dez;12(4):761-5. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a23.htm>>. Acesso em: 03 de mar. de 2020.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: Abordagem teórico-prática**. 6.ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4.ed. São Paulo: Rêspel, 2011.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 8.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015

RIBEIRO, C. J. Problematizando o instrumento visita domiciliar. **Sociedade em Debates**, v. 16, n.1, p. 209-221, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/346/304>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

ROSA, L. C. S. et. Al. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. M. P. **Instrumentalidade e instrumentais técnicos do Serviço Social**. 1.ed. Curitiba: InterSaber, 2017.

SPADINI, L. S; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 40, n.1, p.123-7, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. **O projeto ético-político do Serviço Social**. Disponível em:<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 13 abr. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o Marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M. G. et al. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. **Rev Dor**, v.17, n. 4, p. 257-60, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000400257&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto alegre: Bookman, 2005.

Outras Fontes:

RODRIGUES, C.K. Figura 2: **Palestra sobre saúde mental:** práticas vivenciadas. 2019. Email: celso.rodrigues@saolucas.edu.br.

SCHROCK, C.G.G.C. Figura 1: **Roda de conversa.** 2019. Email: Camila.ggc@hotmail.com.