



A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ SOB A ÉGIDE DA RAPS

Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Elayne Karoline Bezerra da Silva
Juliana Barbosa Dias Maia
Organizadoras



FAPEPI
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO PIAUÍ

**A POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL NO PIAUÍ SOB A
ÉGIDE DA RAPS**

Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Ellayne Karoline Bezerra da Silva
Juliana Barbosa Dias Maia

ORGANIZADORAS

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ SOB A ÉGIDE DA RAPS

Teresina



2017

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
<i>Paulo Amarante</i>	
APRESENTAÇÃO	13
<i>Organizadoras</i>	
NOTA SOBRE A IMAGEM DA CAPA: a história de luta e resistência de Rosa	19

PARTE I - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ: EMBALOS EM TEMPOS INCERTOS	23
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa e Edna Maria Goulart Joazeiro</i>	

INTERSETORIALIDADE E REDES NO ÂMBITO DO SUS: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA E PIAUIENSE EM FOCO	43
<i>Sofia Laurentino Barbosa Pereira e Simone de Jesus Guimarães</i>	

REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PIAUIENSE	79
<i>João Paulo Sales Macedo e Francisca Maria Carvalho Cardoso</i>	

"A REDE QUE TEMOS E A REDE QUE PRETENDEMOS": DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PICOS – PI	101
<i>Juliana Barbosa Dias Maia e Sofia Laurentino Barbosa Pereira</i>	

REDE, INSTITUIÇÕES E ARTICULAÇÃO: O DESAFIO DE LEVAR SAÚDE MENTAL PARA O TERRITÓRIO 123
Sayonara Genilda de Sousa Lima e Diaponira Vitória da Silva Santos

COMPARTILHANDO VIVÊNCIAS: BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA NO APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PIAUÍ 139
Larissa de Andrade Gonçalves

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOTIVA - SPA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO - JUVENIL EM TERESINA PIAUÍ 159
Anne Frank Cunha Alcântara de Sousa, Elizandra Ferreira Pires de Carvalho e Leomar Ferreira do Nascimento

PARTE II - A FORMAÇÃO PROFISSIONAL, OS TRABALHADORES, A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A INSERÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS VIA TRABALHO

REDUÇÃO DE DANOS NO FENÔMENO DAS DROGAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DO ENSINO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR..... 177
Ana Beatriz Mendes Rodrigues, Fernanda Kaline Nogueira dos Santos, Juliana Ferreira de Sousa e Juliana Macêdo Magalhães

CONTEXTO ORGANIZACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO 191
Lucida Galvão Gondim Corrêa Feitosa, Eliana Campêlo Lago, Ilana Maria Lobão Corrêa Feitosa

REPERCUSSÕES NEFASTAS DA POLÍTICA PROIBICIONISTA NA IMAGEM SOCIAL DO CONSUMIDOR DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS..... 213
Lucia Cristina dos Santos Rosa e Thaís de Andrade Alves Guimarães

SERVIÇO SOCIAL NO PLANTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CIDADANIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....233
Catiane Maria Medeiros do Santos

DO PROCESSO DE SEGREGAÇÃO DA LOUCURA À CIDADANIA E TRABALHO PARA A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: O DESEJO DE TRABALHAR E O CAPS II LESTE COMO DISPOSITIVO POTENCIALIZADOR DE INSERÇÃO DO USUÁRIO259
Laisla Shirley Rodrigues Maranhão e Lucia Cristina dos Santos Rosa

PARTE III – FAMÍLIAS E GÊNERO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL E NO CONTEXTO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS

CONSUMO NOCIVO DE SPA: DA NATURALIZAÇÃO À PROBLEMATIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E PROVISÃO DE CUIDADOS NAS FAMÍLIAS285
Ellyne Karoline Bezerra da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CONSUMO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DESAFIOS ENFRENTADOS 317
Christina Mayra de Castro Nunes Silva e Lúcia Cristina dos Santos Rosa

OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS COMO FAMÍLIA(S): UM OLHAR SOB A REALIDADE DO PIAUÍ.....339
Sâmia Luiza Coelho da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa

ANÁLISE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL NA CONCEPÇÃO DE FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS PELOS EGRESSOS357
Marina Leite da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa

SAÚDE MENTAL E GÊNERO: UM OLHAR PARA OS HOMENS EM USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS..... 381
Mayara Carneiro Alves Pereira e Lúcia Cristina dos Santos Rosa

QUESTÕES DE GÊNERO NO TERRITÓRIO DA SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS.....407
Tahiana Meneses Alves

USO DE DROGAS POR MULHERES: UMA DISCUSSÃO DE GÊNERO.....431
Indira Alves Aragão

PARTE IV - A EXPERIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ

SUPERVISÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PIAUÍ: UM ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DE SABERES EM SAÚDE MENTAL445

Lara Emanuéli Neiva de Sousa, Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa, Gisele Martins do Nascimento, Erica Amanda dos Santos Soares e Maria do Rosário Barbosa

CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE SINGULAR DO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL DR. MARTINELLI CAVALCA: REFLEXÕES SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS.....467

Lara Emanuéli Neiva de Sousa, Gisele Martins do Nascimento, Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa, Erica Amanda dos Santos Soares e Maria do Rosário Barbosa da Silva Sousa

A RUA COMO ESPAÇO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA DE TERESINA481

Mayra Daniele Rodrigues Marques

O CUIDADO DA EQUIPE DE ABORDAGEM NA RUA ÀS PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....499

Satila Evely Figueredo de Souza, Cleiana Francisca Bezerra Mesquita, Fernando Sérgio Pereira de Sousa

CONSIDERAÇÕES SOBRE O REDIRECIONAMENTO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO PIAUÍ NO ANO DE 2014 A 2016509

Gisele Martins do Nascimento, Erica Amanda dos Santos Soares e Lara Emanuéli Neiva de Sousa

PREFÁCIO

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ SOB A ÉGIDE DA RAPS: SABER FAZER!

A política de saúde mental brasileira se tornou referência internacional. Atualmente é considerada como uma das mais importantes experiências de reforma psiquiátrica de todos os tempos.

O processo teve início há 40 anos, mais precisamente no final da década de 1970, por ocasião da luta da sociedade brasileira contra a ditadura, por um lado, e por outro, pela construção de um projeto nacional de defesa da cidadania e dos direitos humanos.

Os profissionais de saúde, em especial os jovens psiquiatras, que saíam das universidades para trabalhar nas instituições, ficaram indignados com a violência, o abandono e o descaso que predominavam quando deveria existir assistência, cuidado e tratamento. Mas, imediatamente, os demais profissionais (do serviço social, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, dentre outros) formaram fileira e construíram a mais potente rede interdisciplinar e Intersetorial no âmbito das políticas públicas.

Naquela época, a partir de uma política de sucateamento das instituições públicas, com a consequente privatização e mercantilização da área da saúde propiciada pelo estado autocrático, chegaram a existir mais de 80 mil “leitos” psiquiátricos. O uso

provocativo das aspas é para demarcar a suspeição à natureza deste dispositivo em tais instituições na medida em que, como alertava o Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, uma parte expressiva dos internos dormiam no chão, ao que os proprietários e gestores das políticas denominavam cinicamente de “leitos-chão”. De todos os recursos financeiros utilizados na política, 97% eram para o pagamento exclusivo das internações em manicômios, em sua maioria privados conveniados. Durante muitos anos prevalecia este modelo de sistema de saúde privado Estado-dependente.

Ascenas horrorosas do interior dos hospitais psiquiátricos passaram a ser divulgadas e o clamor por mudanças começou a tomar vigor. Com a instalação do Estado democrático na década seguinte, não apenas na área específica da saúde mental e assistência psiquiátrica, mas da saúde em geral, começaram a surgir mudanças fundamentais. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado na Carta Constitucional de 1988 e depois regulamentado. No que diz respeito à reforma psiquiátrica, não bastaria que fossem aprovadas portarias ou leis. Seriam necessárias mudanças micropolíticas, culturais, no dia a dia da vida das pessoas; em novos fazeres clínicos e institucionais. E por outro também por novas relações entre as pessoas, fossem elas profissionais dos serviços, familiares ou pessoas em sofrimento mental, ou de alguma forma identificada como demandando alguma forma de cuidado.

O processo brasileiro de reforma psiquiátrica se tornou, portanto, um processo social complexo: vai desde um questionamento dos saberes e poderes constituintes das instituições e fazeres psiquiátricos até uma proposta de construção/invenção de um *novo lugar social* para a loucura. Foi desta forma que, antes mesmo da lei da reforma psiquiátrica, a Lei 10.216, que neste 06 de abril completou 16 anos desde que foi sancionada, o cenário da saúde mental e atenção psicossocial no país já era bastante inovador e já atraía a atenção de professores, pesquisadores, autores e organismos internacionais.

No campo dos cuidados houve a substituição de quase 60 mil “leitos” por cerca de 3 mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - muito embora nosso desejo é de que fosse em número (e qualidade) bem superior. Foram criados muitos outros dispositivos, serviços, recursos de base territorial, que

transformaram radicalmente o modelo assistencial. Foram criadas novas bases jurídicas e políticas no campo dos direitos sociais e humanos, da cidadania e participação social, de igual forma surgiram perspectivas e possibilidades no campo do trabalho e geração de renda, da arte e da cultura, para as pessoas em sofrimento mental ou com necessidades de cuidados neste campo. Mas a melhor forma de falar e demonstrar tudo isto é na prática, e para tanto, nada mais eficiente e oportuno que comprovar a partir de uma experiência local, pois os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica se alastraram pelo país, em todos os estados.

E no Piauí não foi diferente, ou foi, se considerarmos que foi e é diferente na medida em que é um estado onde está sendo implantada uma riquíssima experiência que faz jus à noção de *processo social complexo*: um movimento dinâmico de projetos, iniciativas e atividades operadas por vários atores dos mais diversos segmentos da sociedade, e com uma tal complexidade trans e interdisciplinar e intersetorial que revelam a profundidade e riqueza do processo.

Acelerado em decorrência da extinção do hospital penitenciário, a experiência piauiense de desinstitucionalização sofreu um impacto absolutamente importante. E a partir de então os múltiplos aspectos da reforma psiquiátrica tomaram corpo: a implantação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial piauiense (RAPS), a atenção primária, o cuidado à família, a questão do cuidado aos adolescentes, e ao cuidado as pessoas que fazem uso abusivo de drogas e redução de danos, sofrimento mental e trabalho, inserção social, residências assistidas, gênero, formação de profissionais, direitos humanos, violência, instituições asilares, assistência a pessoas em conflito com a lei.

São os temas abordados pelas autoras e pelos autores que participam desta belíssima e necessária obra sob a organização, e mais que isso, sobre a liderança conceitual e política de Lucia Cristina dos Santos Rosa, Sofia Laurentino Barbosa Pereira, Ellayne Karoline Bezerra da Silva e Juliana Barbosa Dias Maia. Esta obra nos indica os caminhos dos saberes utilizados na trajetória deste frutífero, consistente e bem-sucedido projeto da RAPS no Piauí, mas vai além: nos mostra como saber fazer! Mas também aponta os limites e limitações e nos alerta e nos orienta para como continuar,

como superar obstáculos e realizar novos avanços.

É um livro que declara a inquestionável transformação da sociedade, das políticas e das instituições no lidar com a pessoas como sujeitos, como sujeitos de direito. A mudança radical propiciada/possibilitada por uma política cidadã! Por uma reforma psiquiátrica cidadã!

Façam um bom proveito de cada um destes capítulos, de uma destas páginas!

Paulo Amarante

- Médico, mestre em medicina social pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ);
- Doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), com estágio de doutoramento em Trieste (Itália);
- Doutor *Honoris Causa* pela Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo (Argentina);
- Professor e Pesquisador Titular do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ);
- Professor do Doutorado em Salud Mental Comunitaria/ Universidad Nacional de Lanus (Argentina);
- Pesquisador Titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/FIOCRUZ);
- Coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Vice Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO);
- Presidente *Honoris Causa* da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME);
- Membro do Comitê Executivo Brasileiro da International School Franca & Franco Basaglia (OMS/Centro de Studi e

Richerche per la Salute Mental/Trieste/Itália);

APRESENTAÇÃO

A construção da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí tem seu início em 2012, em um contexto local favorável, com a consolidação da implantação de um número considerado muito bom de Centros de Atenção Psicossocial – Caps, pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. A distribuição dos Caps também pode ser considerada boa, ao contemplar diferentes municípios, regiões e territórios de desenvolvimento, apesar da tendência de concentração na Região norte do Estado, economicamente a mais dinâmica, o que, em tese, contribuiu para a descentralização da atenção psicossocial da capital, Teresina.

No período de 2012 a 2016 houve um aceleração da desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental que cometeu ato ilícito penal, com a extinção do Hospital Penitenciário Valter Alencar e o estabelecimento de moradia desse segmento em Serviços Residenciais Terapêuticos.

Vários e diversificados processos formativos orientados pelos princípios da reforma sanitária e reforma psiquiátrica foram implementados no período em tela, destacando-se: a Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Piauí-UESPI; a implementação de duas edições dos cursos do Centro Regional de Referência (CRR) em formação permanente aos profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência aos consumidores de substâncias psicoativas (SPA); o Curso de Pós Graduação Lato Sensu – “Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas no Estado do Piauí, coordenado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia; o Comitê gestor do Programa “Crack é possível vencer”, coordenado pela SEMTCAS; o Programa Livre para Viver; a inclusão de alguns municípios do Piauí nos percursos formativos, dentre outros, como o “Atelier, saúde mental, formação e trabalho profissional”, realizado pela UFPI em conjunto com a Associação Latina de Sistemas de Saúde – ALASS.

A saúde mental é deslocada do campo da saúde *stricto sensu*, e passa a ser pauta da assistência social, o que é reforçado pela constituição das Redes Instituições e Articulações – RIA, inicialmente a partir do Caps II Sul. Brinda-se a articulação entre SUS e SUAS pela ação com o mesmo público vulnerável e em território semelhante.

O movimento social, representado pela Âncora – Associação de usuários e familiares da saúde mental, promove evento sobre deficiência psicossocial, na perspectiva de fomento à inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho.

Aconteceu, ainda, o Colegiado de Coordenadores de Saúde mental. Contudo, a atenção à crise ainda persiste como uma prerrogativa principal do Hospital Areolino de Abreu. Ainda é incipiente a atuação no território, onde a vida da pessoa com transtorno mental acontece e sua inserção em outras políticas sociais ainda é precária. Além disso, o acesso da população em situação de rua na rede de atenção psicossocial ainda é problemático.

Nesse horizonte, advoga-se a importância do fomento ao registro dos principais marcos históricos do período, para reunir elementos para a discussão e melhor direcionamento das ações e construção de alternativas para “fazer acontecer” os princípios do Sistema Único de Saúde – principalmente a atenção integral e a equidade.

O livro “A política de saúde mental do Piauí sob a égide da RAPS”, teve início com a associação entre docentes da Faculdade Santo Agostinho, Faculdade Evangélica do Piauí, Universidade Estadual do Piauí e Universidade Federal do Piauí e doutorandas assistentes sociais do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas-PPGPP, da Universidade Federal do Piauí, em conjunto com a também doutoranda da Universidade Federal de Pernambuco/ docente e profissional psicóloga da cidade de Picos. Consequentemente, é um livro interinstitucional.

Tem por objetivo reunir análises e relatos de experiência a partir do desenho local da produção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, incluindo o processo de formação profissional.

Imbuídas desses propósitos as organizadoras convidaram mestres, mestrandos(as), doutorandos(as) e doutores(as), profissionais, gestores(as) e docentes com aproximação com o

campo da saúde mental, para organizar os textos. Também foram convidadas as especialistas integrantes do grupo de estudo original do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu – Especialização “Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas no Estado do Piauí, coordenado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, vinculado à Universidade Federal da Bahia. Como resposta, a comissão organizadora recebeu um total de 24 artigos, distribuídos em 4 eixos temáticos.

O primeiro eixo, intitulado “A rede de atenção psicossocial no Piauí”, processa um panorama geral da construção local da RAPS, a partir de distintos cenários, equipamentos, recortes, experiências, segmentos e atores, com destaque para docentes, profissionais, gestores e apoiadora do Ministério da Saúde. Sinaliza para avanços, impasses e desafios a serem geridos na produção da ação coletiva, territorial e intersetorial. Traz elementos estratégicos para a produção de indicadores para se avaliar os rumos trilhados e assegurar a direção pretendida.

O segundo eixo, denominado “A formação profissional, os trabalhadores, a política de saúde mental e a inserção das pessoas com transtornos mentais via trabalho”, circunscreve análises críticas em torno dos processos formativos, sobretudo relacionados ao ensino superior; discute a perspectiva da redução de danos na abordagem ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas; a importância da formação superior sob a ótica do quadrilátero (ensino, atenção, gestão e controle social) e da afirmação e reforço da cidadania da pessoa com transtorno mental; discute sobre as repercussões nefastas da política proibicionista na imagem do consumir de substâncias psicoativas; e finaliza com uma experiência de inserção pelo trabalho, e as implicações em torno dos significados construídos em torno do trabalho para a pessoa com transtorno, o que remete para novos olhares para a questão.

No terceiro eixo, “Famílias e gênero no âmbito da saúde mental e no contexto do consumo de substâncias psicoativas” prevalece implicitamente o reforço da importância das abordagens/atenção se estender para os grupos familiares. É dada visibilidade a alguns processos familiares que, até então, ficavam ocultos no

cotidiano assistencial. São explorados os distintos significados e desenhos em torno da categoria família(s); de processos avaliativos de serviços, a partir da ótica dos familiares cuidadores, e das estratégias de produção de cuidado ensejadas no cotidiano por familiares cuidadores. O recorte envolvendo o consumo de álcool e drogas predominou, bem como a questão de gênero, pendendo, ora para experiências femininas, ora masculinas.

O último eixo, “A experiência da Rede de Atenção no Piauí”, gira em torno de relatos de experiências, fundamentais para retratar inovações e desafios nas abordagens de alguns segmentos específicos da saúde mental, como a população em situação de rua e desafios nas metamorfoses de identidades de alguns equipamentos.

Com esse livro, espera-se assegurar a preservação da memória histórica de fatos marcantes na construção, com alguns avanços, mas, ainda com baixa capilaridade, da Rede de Atenção Psicossocial no contexto piauiense; fomentar a sistematização de experiências profissionais, estimulando o registro do fazer histórico, bem como o senso de fazer parte dessa história; colaborar na produção de massa crítica à guisa de construção de indicadores para avaliar a direção dos processos de mudança paradigmática e assistencial e reforçar o papel da Universidade Federal do Piauí na RAPS na produção e difusão do conhecimento; no repensar dos processos formativos, na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, convidamos o leitor para participar dessa história, lançando novos fios na construção de uma rede que mal iniciou, e se vê desafiada a se fortalecer e fazer valer direitos, novas perspectivas de leituras e processos formativos, reconstituindo vontades de fazer o diferente e construir outros marcos nessa história de produção de cidadania e novos lugares para a loucura, reafirmando que é com a democracia fortalecida que se constrói outra saúde mental para o País e, conseqüentemente, para o Piauí.

*Lucia Cristina dos Santos Rosa
Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Ellayne Karoline Bezerra da Silva
Juliana Barbosa Dias Maia*

NOTA SOBRE A IMAGEM DE CAPA: A HISTÓRIA DE LUTA E RESISTENCIA DE ROSA

 desenho abstrato do quadro da capa deste livro foi produzido por Maria Rosa Pereira, usuária do CAPS II Leste de Teresina, presidente da Âncora – Associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí. A escolha de utilizar esta imagem na capa não foi aleatória, foi pensada pelo significado político assumido pela pessoa de Rosa, representando aqui os usuários acometidos com transtornos mentais do Piauí e que, como Rosa, podem ser protagonistas de sua própria história. Além disso, objetivamos dar visibilidade ao papel da Âncora na militância em saúde mental e no incentivo ao protagonismo e participação social dos usuários no cenário piauiense. Com esse entendimento, a autora do quadro-imagem escreveu o breve relato, como segue.

“Meu nome é Maria Rosa Pereira, nascida em 15 de setembro de 1971 na cidade de Campo Maior, localizada no Piauí. Sou filha de uma família humilde, e tenho 9 irmãos. Aos 15 anos de idade minha vida mudou, pois, ao consultar um clínico geral devido a dores de cabeça que sentia, fui encaminhada a um psiquiatra e logo fui internada em um manicômio, sem defesa ou tempo para falar com o médico. Ainda na minha adolescência desenvolvi um transtorno e sempre lutei para descobrir qual era o tipo, mas só depois de 19 anos tomando remédios que se tornou mais fácil para que eu entendesse.

Hoje, aos 45 anos, tenho 3 filhos e 2 netos e um companheiro que é o amor da minha vida, Antônio Mamede. Nos conhecemos no interior do CAPS, no processo de tratamento e rompemos com as barreiras do próprio serviço que inicialmente não aceitava o relacionamento entre usuários.

Sou presidente da associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na saúde mental do Piauí, Âncora, e representante dos usuários do CAPS II Leste no Conselho Estadual de Saúde. Me sinto muito orgulhosa pois fiz vários cursos oferecidos pela Âncora como: poesia, serigrafia, fotografia e pintura em tela. Além disso, sou participante e militante da formação política, tendo participado de congressos e feito palestras na área da saúde mental.

Agradeço a grande oportunidade de hoje poder estar contando um pouco da minha história com alegria, para tentar esquecer o meu passado de sofrimento na luta antimanicomial. E digo: sofrer não quer dizer que chegou ao fim, e sim que é só um começo de uma grande luta para progredir com êxito para ter felicidade no futuro.

Agradeço a Deus por essa superação e a todos que ajudaram: família, amigos, sociedade, a terapeuta Marta Evelin, as assistentes sociais Lucia Rosa e Thaís Guimarães, e as demais que me ajudaram a ter êxito no meu tratamento. Também agradeço as psicólogas Denise Carvalho, Geysa, a assistente social Tânia Melo, a enfermeira Eva Pereira e alguns psiquiatras. Sou muito grata também as pessoas que ajudaram meu companheiro a ter seu primeiro emprego de carteira assinada, na inclusão social.

Hoje tenho autonomia e empoderamento.

Espero que ao lerem essa história vocês possam refletir o quanto é difícil ter transtorno mental, não só pelo transtorno em si, mas pela discriminação e preconceito que sofremos. O transtorno tem remédios para amenizar, mas o preconceito e a discriminação não”.

Teresina, Piauí 12 de maio de 2017

Maria Rosa

PARTE I
A REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ: EMBALOS EM TEMPOS INCERTOS

*Lucia Cristina dos Santos Rosa¹
Edna Maria Goulart Joazeiro²*

Este artigo tem por objetivo destacar os principais acontecimentos dinamizados no contexto piauiense, na perspectiva da construção da Rede de Atenção Psicossocial local, abarcando o período 2011 a 2016. Baseia-se em documentos produzidos por diferentes atores, mas principalmente: as gestões estadual e municipal de Teresina; eventos organizados pela Âncora - associação de usuários e familiares da saúde mental, Universidade Federal do Piauí; Defensoria Pública, da própria gestão estadual e municipal de Teresina e participação das autoras

¹ Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. E-mail: luciacrososa@gmail.com

² Tem graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas e em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. E-mail: emgoulart@uol.com.br

em alguns cenários, sobretudo Grupo Condutor da RAPS estadual, a partir de 2015. Dessa maneira, trata-se de um relato implicado, conseqüentemente, traz o ponto de vista de suas autoras, o que fica sujeito a outras versões, complementações, dentre outras.

Na primeira do texto investe-se nos fundamentos que norteiam a construção da Rede de Atenção Psicossocial, tendo por base os aspectos legais-normativos emanados do Ministério da Saúde. Na segunda dimensão, contextualiza-se a conjuntura da saúde mental no cenário piauiense, no período de 2010 a 2016, que circunscreve a implantação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial no plano local.

Com este artigo espera-se fornecer elementos para adensar análises na direção do fortalecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental e da conformação da ação em redes, na perspectiva da produção do cuidado integral, intersetorial e norteado pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde, no contexto local. Também se tem a expectativa de assegurar o registro dos principais acontecimentos do processo de construção da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí, haja vista a parca preservação da memória histórica, a cada mudança de gestão.

OS FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, é reforçada a importância do Sistema Único de Saúde se orientar pela ação em rede. Nesse decreto a rede de atenção à saúde – RAS é compreendida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2014).

A partir da Portaria nº 4.279/2010 são criadas 5 redes temáticas: a rede cegonha; a rede de atenção psicossocial – RAPS; a rede de atenção das pessoas com doenças crônicas; a rede de cuidado à pessoa com deficiência; a rede de urgência e emergência.

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, constitui a RAPS. Constituem diretrizes da RAPS:

- I – Respeito aos direitos humanos;
- II – Promoção da equidade;
- III – Combate a estigmas e preconceitos;
- IV – Garantia de acesso e da qualidade dos serviços;
- V – Atenção humanizada
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado
- VIII – Desenvolvimento de estratégias de redução de danos
- IX – Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários/familiares;
- X – Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com ações intersetoriais
- XI - promoção de estratégias de educação permanente
- XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoa com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2014)

São 7 os componentes da RAPS:

- I – Atenção básica – Unidades Básicas de Saúde - UBS – equipes de atenção básica para populações específicas, como: equipes de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente de atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência)
- II – Atenção Psicossocial Especializada – CAPS
- III – Atenção de urgência e emergência – SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24HS.,
- IV – Atenção residencial de caráter transitório – Unidades de recolhimento. Comunidades Terapêuticas. Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- V – Atenção Hospitalar – enfermaria especializada em hospital geral; SHRAD
- VI – Estratégias de Desinstitucionalização – SRT/PVC
- VII – Reabilitação Psicossocial – Cooperativas

O principal desafio posto para a gestão de redes é articular os diferentes pontos da RAPS, pela histórica fragmentação e ação pontual que marcaram a atenção oferecida pelas diferentes políticas sociais no País. Este desafio é também intrasetorial, posto que os diversos equipamentos de uma mesma política social pouco dialogam entre si. A tradição da atuação institucional isolada, com pouco diálogo intra e interinstitucional e fragmentação das necessidades

dos usuários dos serviços constitui a marca das políticas sociais no contexto brasileiro. Nesse sentido, uma nova cultura se impõe com a RAPS, para estabelecer fluxos de comunicação e articulação na produção do cuidado e para coordenar um processo complexo e abrangente, marcado pelos determinantes sociais do processo saúde doença. Outros limites contornam: as ações promotoras de qualidade de vida, que combatam os estigmas que, historicamente acompanharam a pessoa com transtorno mental e os consumidores de substâncias psicoativas e o fortalecimento do seu protagonismo, haja vista a vocalização de suas necessidades por terceiros, quer sejam os familiares ou os profissionais. A crescente judicialização e acionamento do Sistema de Garantia de Direitos também revela novos atores e desafios, impondo o redirecionamento de recursos orçamentários e ações, bem como novas negociações. Ainda a marca da conjuntura de 2016, com a crise política, marca incertezas nos rumos da política de saúde orientadas pelo SUS, pelas forças conservadoras e privatizantes que parecem ganhar espaço na correlação de forças no plano federal. Por sua vez, a formação profissional, muito embora fortemente financiada pelo SUS, ainda é marcada pelo predomínio do viés biomédico, centrado na doença, na especialidade, tendo a prática liberal como principal referência.

Apesar da universalização do Sistema Único de Saúde, o público majoritário da política de saúde no Brasil ainda é conformado pelos segmentos de baixa renda, historicamente sobrecarregados pelas múltiplas exclusões de direitos e precário acesso aos serviços, requerendo dos profissionais o acionamento de ações conjuntas em variadas frentes/políticas sociais para enfrentar as desigualdades sociais e vulnerabilidades que a acompanharam no curso de suas vidas.

O trabalho a partir da RAPS dirige-se para esse horizonte. Articulando os 7 componentes e diretrizes, efetivamente produz-se outro processo de trabalho, que articula políticas, realidades territoriais distintas e a produção de laço/solidariedade social.

Impõe que se retire os profissionais e as equipes de dentro dos equipamentos de saúde mental, olhando para os recursos e relações extra Caps. Com isso, a expectativa é desambulatorizar os Caps, potencializando outros processos de trabalho, para além das atividades pautadas no modelo biomédico e na abordagem individual.

Todo processo de trabalho dos Caps deve estar materializado no Projeto Terapêutico Institucional – PTI, sobreinvestindo a gestão de redes e da saúde mental a partir da realizada de cada território da cidade.

O CENÁRIO PIAUIENSE DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Estado do Piauí, situado na região Nordeste, na zona considerada meio norte do País, em função de ser área intermediária entre o Nordeste e a região norte/amazônica, tem 224 municípios, distribuídos em uma área de 251.529,186 kms². É dividido administrativamente em 12 territórios de desenvolvimento, tendo por capital Teresina-PI, localizada no território Entre Rios, que concentra a maioria dos bens e serviços do Estado, inclusive os equipamentos de saúde.

O processo de reforma psiquiátrica, que tem por eixo a construção e afirmação da cidadania da pessoa com transtorno mental, sobretudo seu direito à cidade e de se inserir nas diferentes políticas sociais, tendo seus direitos assegurados e, conseqüentemente o cuidar em liberdade, com a mudança no modelo assistencial, no plano local, ocorreu de forma tardia (MACEDO, J. P; DIMENSTEIN, M: 2012), ganhando intensidade a partir de 2005, com o *boom* na criação de Centros de Atenção Psicossocial (ROSA, L.C.S.; MARTINS, G.N; 2011).

Um fato marcante da conjuntura da saúde mental no Piauí em 2011 se materializou na intensificação da cisão entre as ações de saúde mental e a atenção aos consumidores de substâncias psicoativas, com forte tendência a duplicidade de ações, tensionamentos a partir dos fundamentos e perspectivas teórico-metodológicas e ético políticas, por duas instâncias específicas, reproduzindo no plano local, o que historicamente tem acontecido entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, via Secretaria Nacional sobre Drogas (MOTA, D.B, 2015).

No plano local, tal cisão se expressa nas distintas ações que passam a marcar, de um lado, as atividades da Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental, que implementa os pressupostos da

Política de Saúde Mental, na perspectiva da redução de danos, materializada, em tese, pelas normativas do Ministério da Saúde, nas ações dos Centros e Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas - Capsad; Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Outras Drogas - SHRad, sediado em Teresina, no Hospital do Mocambinho e implantação de leitos psicossociais – leitos integrais de saúde mental em hospitais gerais. E, de outro lado, a Câmara de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criada pelo Decreto 14.388, de 21 de janeiro de 2011 (PIAUÍ, 2011) com a “missão de articular e coordenar ações de enfrentamento ao crack e outras drogas”. Em 23 de novembro de 2011, por lei complementar nº 179, é criada a Coordenadoria Estadual de Enfrentamento às Drogas - CEDROGAS - com a “missão ser referência na implantação de políticas públicas de enfrentamento às drogas no Estado do Piauí” (PIAUÍ, s/d: p.07). Contraditoriamente, até 2014 os pressupostos da CEDROGAS, sob gestão da Profa Zita Alves Vilar, parecem ter se orientado pela mescla de perspectivas, associando a vertente proibicionista, que contorna as origens do Plano de Enfrentamento ao Crack, à redução de danos.

Ilustrativo nesse sentido é a criação de dois serviços que reproduz a perspectiva de “instituição total” (GOFFMAN, 1992): os Espaços de Acolhimento e Valorização da vida - feminino e masculino, espaço que passa a abrigar pessoas maiores de 18 anos, com consumo nocivo de substâncias psicoativas, por um período de 6 meses.

Em prol da perspectiva da redução de danos, a CEDROGAS, através de convênio com o Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas - CETAD, da Universidade Federal da Bahia - UFBA, estabelece parceria com a UFPI para a dinamização de um curso de especialização “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas do Estado do Piauí”, iniciado em 2013 e concluído em 2015, o qual qualificou em torno de 35 profissionais. Em 2015 tal instância tem sua sigla alterada para CENDROGAS, numa alusão mais intensa com a perspectiva proibicionista, que associa o consumo a problemas morais, postulando uma sociedade sem drogas.

Nesse horizonte, CEDROGAS/CENDROGAS, como fomentadora e articuladora de políticas públicas no plano local, se

insere no rol das disputas por modelos tecnoassistenciais, convivendo com os impasses de uma conjuntura ambígua que persiste em 2016, em que convivem os modelos de redução de danos e proibicionista, tensionando a assistência e o direcionamento de financiamento à ação aos consumidores de substâncias psicoativas.

A CEDROGAS, nos dias 21 e 22 de novembro de 2013 realizou a “I Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas: mobilizar para construir”, o que ocorreu em poucos estados, em função da maioria dos gestores, vinculados à reforma psiquiátrica, entender que tal tema está inserido e satisfatoriamente contemplado nas discussões e relatórios finais das conferências nacionais de saúde mental (sobretudo a de 2001 e 2010), sinalizando tal realização, na interpretação de muitos, como um reforço à ruptura entre duas políticas que estão imbricadas desde a origem.

Paradoxalmente, em 2015, em função da crise financeira do governo federal, observa-se uma tendência dos gestores municipais do Piauí desinvestir na saúde mental e em seus serviços, observando-se uma intensa tendência de precarização e deterioração dos equipamentos da saúde mental, constatado através das denúncias recebidas pela Gerência Estadual de Saúde Mental.

Contudo, sob a lógica do governo federal, a Rede de Atenção Psicossocial local começa a ser construída em um cenário em que o Piauí está situado positivamente no ranqueamento da implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial - Caps, principal dispositivo da reforma psiquiátrica brasileira, que tem por principal missão redirecionar as internações integrais, atuando preponderantemente na atenção à crise e reorientar o modelo assistencial, na direção de um cuidado em liberdade, cidadão, territorial e comunitário.

Vale lembrar que o único indicador³ de avaliação da saúde mental, de referência e produzido pelo Ministério da Saúde, é a cobertura de Caps por 100 mil habitantes por ano e Unidade da Federação. O último documento Saúde mental em Dados 12 (BRASIL, 2015) informa que a cobertura nacional é de 0,86 CAPS por 100 mil habitantes.

³ Tal indicador foi suprimido em 2016, passando a ser o matriciamento o único indicador

Acompanhando a série histórica, a partir da mesma fonte, observa-se que o Piauí em 2002, ano em que os Caps começam a ser habilitados, estava com uma avaliação de 0,03, considerada cobertura insuficiente/crítica. Em 2010, a situação do Estado é considerada muito boa, atingindo 0,82, quando o máximo definido pelos parâmetros do Ministério da Saúde é a partir de 0,70. Nos indicadores do Ministério da Saúde, a situação do Piauí apresenta crescentes melhoras, concluindo 2014 com 1,13.

Logo, quando é publicada a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, a situação do Piauí no cenário nacional, em termos numéricos, de quantitativos de criação de Caps, é considerada excelente, a despeito da análise situacional local sinalizar para a necessidade de implantação de mais equipamentos, distribuídos nos 11 territórios de desenvolvimento, como fica evidenciado no texto publicado em 2014, que divulga o Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, construído sob a coordenação da psicóloga Josileide Lima da Silva Trindade (Leda Trindade).

Sob outro ângulo, há indícios de que os Caps no Piauí, até 2015, funcionam majoritariamente sob a lógica do Caps burocrático, como definido por Lancetti (2008). Ou seja, seus processos de trabalho estão centrados na figura do especialista, sobretudo do médico psiquiatra, no diagnóstico e no medicamento, ou seja, suas ações fundamentam-se em bases biomédicas, com baixo investimento nas dimensões psicossociais, que tem 3 eixos, definidos por Saraceno (1999): o morar (estar x habitar); o trocar identidade (de estigmatizada por outras positivadas socialmente) e produzir valores que a sociedade valora (investir em ações de geração de emprego e renda). Ou seja, “a maioria dos Caps não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes” (p.47).

Nesse sentido, é um serviço fechado em si mesmo e em suas ações. As ofertas assistenciais são pouco diversificadas. Os profissionais concentram suas ações no interior do equipamento, com ações predominantemente relacionadas a atendimentos individuais, com baixo fomento ao controle social, ações grupais, territoriais, de matriciamento e articulação com a Atenção Básica (ESF e NASF) e parca ação e articulação intersetorial, com outras

políticas sociais. Parte significativa remete a atenção à crise ao Hospital Areolino de Abreu - HAA, havendo pouco investimento na qualificação dos profissionais com relação ao manejo dos quadros de pessoas em situações mais difíceis.

Dessa maneira, conformam-se como Caps sobrecarregados, ambulatorizados, com muitos prontuários e usuários cadastrados e cujo fluxo assistencial fica limitado à entrada, com poucas possibilidades de saída do usuário para vinculações com outras políticas sociais e em ações em seu território de vida. Em suma, persiste a estigmatização desse segmento, sem que os pressupostos de periculosidade e incapacidade, que historicamente acompanhou a produção da identidade desse segmento, seja desconstruída, através de laços mais estreitos com a sociedade mais ampla.

A partir de 2015 observa-se tendência de mudança nesse panorama com a implementação dos percursos formativos em alguns municípios do Piauí, que leva por exemplo, o Caps II sul de Teresina a implementar a Rede, Instituições e Articulações - RIA - na zona sul da cidade.

O **Hospital Areolino de Abreu**, embora um serviço em extinção, sem lugar na RAPS, ainda se constitui como o epicentro da atenção à crise no plano local.

Com o fechamento do Sanatório Meduna e seus 200 leitos em 2010, o Hospital Areolino de Abreu manteve seus 160 leitos, ficando 80, até 2015, dirigidos ao público masculino. Até 2015, 60 leitos estavam sem “rodar”, pois, concentrava o público das “Medidas de Segurança”, o popularmente denominado “louco infrator”, pessoa que cometeu ilícito penal vinculado ao transtorno mental, figurando um segmento sob impasse entre a saúde e a segurança pública e que nenhuma das duas políticas reivindicava para si. Em 2016, a informação que se tem é que 20 leitos do HAA encontram-se “congelados”, com usuários considerados moradores, ainda sem definição de outros rumos na direção da desinstitucionalização.

Em 2015 o impasse supramencionado é solucionado com um termo de compromisso entre a saúde e a segurança pública, em que o segmento em “ilícito penal” é definido no plano local como de responsabilidade principal da saúde, sendo desativado o Hospital Penitenciário Valter Alencar - HPVA, vinculado à Penitenciária

Major Cesar, sendo desinstitucionalizado aqueles com cessação de periculosidade, sendo alguns revinculados com suas famílias de origem e outros, encaminhados para moradia nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

O Hospital Areolino de Abreu, em 2016, fechou seu Hospital Dia Wilson Freitas, em cujo espaço passou a funcionar a Enfermaria de Atenção à Crise - ETAC. Passou a oferecer consultas psiquiátricas ao público infante juvenil, ambulatorialmente, no turno da tarde. E, repactua com a Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Saúde o fornecimento de medicações ao público atendido em seu espaço, que é residente de Teresina.

Em 2016 os 3 hospitais dia do Estado encerram suas atividades, sendo extinto aquele vinculado ao HAA, e o de Picos e Parnaíba são metamorfoseados em Caps.

Em 2015, o Ministério da Saúde glosa o Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí, emitindo parecer que sinaliza para inconsistências (CARDOSO, 2015), requerendo revisão no projeto original.

A Gerência de Atenção à Saúde Mental, sob novo governo e gestão de Gisele Martins Nascimento, institui um novo Grupo Condutor da RAPS Resolução nº 109, de 17 de julho de 2015, avalia e repactua o Plano da RAPS piauiense com os gestores dos 11/12 territórios de desenvolvimento.

Sob a égide da RAPS, 5 municípios do Piauí implementam “percursos formativos”, a partir de resposta a edital lançado pelo Ministério da Saúde em 2013, recebendo recursos para qualificar pessoas, via rede visitante e rede receptora, sendo contemplados: Parnaíba, com a atenção à crise em saúde mental; Floriano - desinstitucionalização - profissionais trocando experiência com as equipes de São Bernardo do Campo; Paulistana - reabilitação psicossocial - interação com os profissionais de Barbacena - MG; PIO IX - atenção à crise em saúde mental; Teresina - saúde mental na atenção básica - profissionais se articulando com as equipes de Embu das Artes-S.P.

A implementação da RAPS permitiu, pela primeira vez, o estabelecimento da produção de um fluxo para atenção às gestantes com transtorno mental, pactuado com a Rede Cegonha

em Teresina, com a institucionalização de 6 leitos na Maternidade Dona Evangelina Rosa. O acolhimento e captação da gestante com transtorno mental em Teresina ficou assim estabelecido: pré natal - UBS; ESF. Capsad II e Consultório na Rua. Parto e nascimento Maternidade Dona Evangelina Rosa; Transporte SAMU Cegonha. Puerpéreo e atenção à criança - leito psicossocial como retaguarda. Psiquiatra parecerista e protocolos de atendimento (Drª Débora). Crianças vulneráveis: Conselho Tutelar e Abrigo Feminino.

Em 2016 os equipamentos da saúde mental no Piauí se distribuem em **67 serviços**, sendo 43 Caps I; 9 Caps II; 1 Caps III; 2 Capsi; 6 Capsad; 2 Capsad III; 7 SRT.

Uma lacuna na atenção em saúde mental no Piauí remete ao **público infante juvenil**, haja vista a resistência de alguns Caps I atender este segmento, existir apenas 2 Caps i no Piauí (sediados em Teresina e Paulistana) e dificuldades na atenção a este segmento quando associado ao consumo nocivo de substâncias psicoativas. Em Teresina o Capsad atende ao público infante juvenil, embora esteja sobrecarregado, inclusive pelas demandas judiciais (penas alternativas, consumidores de SPA com tornozeleiras), por ser um único serviço nessa modalidade para atender toda capital, atuando ainda com baixo investimento em ações de matriciamento com a atenção básica.

Um avanço consignado em 2015 se materializou na saída do Caps i do espaço contíguo ao Hospital Areolino de Abreu, o que simbolicamente remetia o público infantil à futura internação integral. Paradoxalmente, a criação de um serviço de consulta ambulatorial no HAA, pode representar simbolicamente a manutenção do reforço a estigmas e perspectivas de internação integral, o que precisaria ser reinvestido, até por que criança e adolescente é prioridade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990/Lei 8.069. Apesar do aspecto legal, nem mesmo o sistema de garantia de direitos no plano local, tem conseguido fazer valer o que reza o ECA. Nesse contexto, a lacuna, sobretudo relacionada a necessidade de internação integral do público infante juvenil persiste, sem solução, havendo comumente judicialização da questão.

Em 2012 a Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Saúde de Teresina implantou a Casa de Acolhimento

Transitório Infante Juvenil - CATI, inaugurada em 28 de novembro de 2012, funcionando 24 horas, como abrigo para o público infante juvenil de 10 a 18 anos incompletos, do sexo masculino, com consumo nocivo de substâncias psicoativas, com capacidade para atender até 10 pessoas. O equipamento foi metamorfoseado em Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (SILVA, 2015) e alguns levantamentos sinalizam que predomina a demanda de adolescentes, a partir dos 14 anos, oriundos de famílias recombinadas, com algumas mães estando em situação de vulnerabilidade, pois sob violência doméstica e de gênero, perpetrada por padrastos. Nesse contexto, os jovens evitando o confronto com o padrasto, acabariam acionando como estratégia de sobrevivência a situação de rua, ficando vulnerável ao consumo de substâncias psicoativas. Essa informação merece maiores investimentos, até para ações conjugadas entre as políticas para mulheres/gênero e o público infante juvenil.

De 10 a 12 de agosto de 2016 a Gerência Estadual de Saúde Mental promoveu o I Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental do Piauí, com “o objetivo de discutir temas transversais que perpassam pelos processos de trabalho da equipe de saúde atuante nos serviços de saúde mental” (PIAUI, 2016), investindo ainda na formação de gestores da saúde mental, cujo cargo é de confiança, o que faz com que alguns desconheçam os pressupostos e algumas particularidades da política de saúde mental. Nesse sentido, houve uma capacitação sobre os registros das ações e processos de trabalhos dos Caps, com uma técnica do Ministério da Saúde, para aprimorar os sistemas de registros, fortalecer a saúde mental no SUS e assegurar o financiamento das ações. Discutiu-se ainda os pressupostos da gestão do SUS, pautadas em 3 dimensões: gerencial; assistencial e social (FLEURY, 2014).

No plano da gestão dos equipamentos de saúde mental observa-se o sobreinvestimento no aspecto gerencial, restrita à gestão de pessoas (controle de frequência, escala de plantões, férias) e aquisições (compras de insumos/equipamentos). Comumente os serviços não contam com projetos terapêuticos institucionais atualizados, e que sirvam como referência para os profissionais e equipes de trabalho. O planejamento das ações figura como pontuais e restritas ao imediato, com baixo investimento no

estudo da realidade da saúde mental em cada território, sem estabelecimento de prioridades de médio e longo prazos. Carece-se de pesquisas sobre o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços, até para construir linhas de cuidado para os diferentes segmentos que preponderam na assistência.

Como a gestão do Sistema Único de Saúde é compartilhada, os gestores e os profissionais necessitam investir no conhecimento de seu território interventivo. Processar análise da situação sociosanitária de cada território. Mapear as redes sociais e socioassistenciais. Também há necessidade de se produzir um sistema de informação, ou de consultar os existentes, para qualificar o planejamento das ações.

Nesse sentido, os vários cursos da área da saúde ou a ela relacionados contam com um acervo de monografias de final de curso de graduação, mestrado e doutorado, compilado por João Paulo Macedo *et al* (2011) e que se encontram disponíveis nas bibliotecas locais. Também seria interessante investir em um observatório da saúde mental, como forma de acessar e fazer circular essas produções locais, que, com certeza, trazem subsídios importantes para análise, avaliação e redirecionamento das políticas locais.

Como informa Bello (2015) a “transferência desse conhecimento acumulado para uso prático é a base para o planejamento de políticas” (p. 20), constituindo as evidências científicas base para nortear as dimensões políticas, a análise dos interesses subjacentes às disputas por modelos technoassistenciais; técnicas (subsidiando análises situacionais, por apontar a magnitude, gravidade e alcance dos problemas em saúde mental) e operacionais, constituindo fonte estratégica para ampliar a eficácia e efetividade das ações e oferecer subsídios para a tomada de decisões.

A gestão de redes, como priorizadas pela RAPS, ainda é baixa, mas, as figuras dos apoiadores de redes, a partir de final de 2014/ início de 2015, sobretudo em Teresina, sinalizam para melhoras nesse horizonte, na perspectiva de mapeamento da rede socioassistencial, articulação e ações intersetoriais. Por outro lado, não há gestão da qualidade dos serviços prestados, o que seria facilitado por indicadores de avaliação produzidos e acionados periodicamente,

bem como monitoramento e supervisão sistematicamente assegurados. Os principais indicadores de gestão ainda se pautam em dados quantitativos, principalmente metas que, no geral, indicam e investem em ações individuais (sobretudo consultas), reforçando dimensões ambulatoriais dos serviços. A complexidade do investimento na atenção à crise, ações em prol de reinventar a vida da pessoa com transtorno mental grave, estigmatizada socialmente, requer muita dedicação temporal e muitas articulações comunitárias e com as várias políticas sociais, exigindo parâmetros qualitativos de avaliação, tais como a qualidade do morar; a força da troca e multiplicação de identidades e o investimento em ações de geração de emprego e renda, as quais efetivamente alteram a qualidade de vida.

A gestão assistencial, circunscrita ao cuidado, ainda fica à mercê da formação, conformação ou “projeto” de cada profissional, que desenvolve no geral, ações isoladas, restritas às abordagens individuais, com baixo investimento no território.

O Projeto Terapêutico Singular-PTS fica, no geral, restrito à agenda do usuário ao serviço. É necessário investir no PTS de forma que invista nas possibilidades de produzir e reinventar a vida da pessoa com transtorno mental, aumentando sua autonomia, poder contratual e multiplicação de sua identidade, superando a estigmatização social.

As ações grupais, pelo seu potencial de propiciar troca de experiência, o protagonismo dos usuários e familiares, devem também ser priorizadas pelas gestões, no direcionamento das equipes multi e interdisciplinares. Dessa forma, a dimensão social da gestão é contemplada, pelo fomento ao protagonismo de usuários e familiares, via controle social.

A concepção de controle social deriva do entendimento compartilhado de Pedrini, Adams e Silva (2007) que o concebe a partir das “forças de resistência” da sociedade que buscam alterar as relações de poder, subjacentes às desigualdades sociais, significando “o processo e resultado da mobilização social da sociedade na luta pela garantia dos direitos humanos e sociais” (p. 225).

O controle social implica co-responsabilidade pelo bem coletivo; a fiscalização da sociedade em relação às normas

pactuadas; a “visão prospectiva”, de acordo com diretrizes e metas acordadas coletivamente, articuladas em torno da justiça social, tendo em vista a participação sociopolítica. Consiste em um processo em construção e tem por meta o “alcance dos objetivos das políticas públicas que gerem melhores resultados em termos de bens e serviços à população” (p. 226). O fomento ao controle social propicia a discussão do orçamento público, é uma forma de prestação de contas, não apenas econômica, mas política, técnica e fortalece outros atores aliados à gestão.

Bello (2015) apresenta 4 atores fundamentais na formulação, implementação e avaliação das políticas: os políticos (legisladores e gestores); os jurídicos (operadores do direito); os especialistas (profissionais de saúde, cientista, dentre outros); e a comunidade (usuários, familiares, conselheiros, sindicalistas).

Nesse sentido, observa-se que o tema da saúde mental tem ganho outros espaços para além do campo estrito da saúde. No plano local, o tema do suicídio tem mobilizado variados agentes: educação, religião, legislativo, dentre outros.

O Ministério Público tem sido um excelente parceiro da saúde mental, promovendo audiências e outros espaços públicos para vocalizar necessidades e colocar vários atores para dialogar. Tem-se utilizado do Termo de Ajustamento de Condutas – T.A.C para pressionar gestões a cumprir com seus compromissos com o SUS.

A defensoria pública estadual, no dia 17 de junho de 2016 promoveu uma audiência pública com usuários e familiares da saúde mental em que sobressaíram denúncias de situações de dificuldade no acesso aos transportes públicos, de inserção ou permanência no mercado de trabalho, por estigma. Dificuldades de acessar o passe livre, mesmo entre as cotas dos deficientes. Bem como as dificuldades dos Caps em promover ações de gerações de emprego e renda e, naquelas parcas experiências nesse sentido, partilhar produtos e a renda auferida com os produtores originais da obra.

Em dezembro de 2015 o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Teresina - SINDSERM pela primeira vez realizou o I Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental de Teresina, com lema: Construir unidade e organizar os trabalhadores, cuja programação, além de contar com análise de conjuntura da

realidade da saúde mental, teve como um de seus eixos o assédio moral dos trabalhadores na saúde mental.

A Âncora – Associação de usuários e familiares da saúde mental, tem fomentado o protagonismo de usuários da saúde mental, estimulando a vocalização de suas próprias necessidades, bem como o acesso a direitos, sobretudo no que diz respeito à: participação social: pela inserção de representantes de usuários da saúde mental no Conselho Estadual de Saúde, tendo assento a partir de 2015, bem como no Grupo Condutor da RAPS estadual; direito à mobilidade urbana: expresso nas lutas pela garantia do passe livre/passe cultura, e inserção pelo mercado de trabalho, via SINE. Nesse sentido, tem promovido debates sobre a deficiência psicossocial, lutando pela inserção da pessoa com transtorno mental nas cotas para o mercado de trabalho destinadas aos deficientes, buscando produzir um esboço do plano estadual e adensando o debate com o Conselho Estadual de Pessoa com Deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As normativas do Ministério da Saúde a partir de 2010, orientadas para a perspectiva de atuação em redes, buscam consolidar o Sistema Único de Saúde e trazem subsídios fundamentais para alterar a tradição política e cultural das políticas sociais no País, de atuar de maneira pontual e fragmentária em relação às necessidades de seus usuários.

Nesse sentido, é mais um capítulo da Constituição Federal que remete ao SUS para implementar de fato os determinantes sociais do processo saúde doença e a integralidade do cuidado, ensejando vários diálogos.

Colaboram no fomento ao diálogo intrasetorial, o que é fundamental sobretudo nas circunstâncias que envolvem a pessoa com transtorno mental, cujo estigma atravessa suas relações pela histórica marca da periculosidade e incapacidade que ronda a identidade social desse segmento.

Nesse sentido, a institucionalização da RAPS em 2011, pela Portaria 3.088 estabelece as diretrizes e os 7 componentes, nomeando ações e os respectivos serviços a elas vinculados, permitindo visualização pública das finalidades, o que facilita o

protagonismo dos usuários, no momento de reclamar, quando se sentir lesado em seu direito.

Mas, não bastam as normativas, há que se ativar as forças sociais para o SUS e os princípios da reforma psiquiátrica acontecerem no cotidiano assistencial. O diálogo intersetorial também tem que ser incrementado, sobretudo entre o SUS e o Sistema Único da Assistência Social, que atuam no mesmo território de vida dos usuários, com as mesmas vulnerabilidades.

No Piauí as trocas de experiências propiciadas pelo edital dos cursos formativos vêm propiciando novos horizontes interventivos e melhor compreensão do SUS pelos profissionais, mas, há muito o que se construir em termos de gestão e de forças sociais para consolidar novos processos de trabalho e uma nova cultura em torno do serviço público no plano local.

Com as eleições municipais de 2016, vislumbra-se alteração nas gestões da saúde mental e possivelmente, mudanças nas equipes de trabalho, e um novo recomeço, que, espera-se, tenha como fio condutor, a consolidação da RAPS, em meio a uma conjuntura de incertezas.

Nesses tempos, mais do que em qualquer outro, a ação em rede, é potente para balançar e embalar a sociedade na luta pela manutenção e efetivação de seus direitos. Sigamos na luta, renovando as energias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLO, Luis Alfonso. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. P. 17-39. In: RONZANI, T.M. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

BRASIL. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Saúde mental em dados** 12. Ano 10, nº 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. **Regionalização da Política de Saúde Mental no Piauí: desafios para atenção psicossocial**. Teresina: UFPI, 2015. Dissertação Mestrado Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: CEBES/FIOCRUZ, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MACEDO, J.P. et al. A proposta de um catálogo com a produção acadêmica e as publicações em saúde mental no Piauí.p. 197-255. In: ROSA, L.C.S; CARVALHO, M.E.; MACEDO, J.P. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: Edufpi, 2011.

_____; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. Memorandum, 22, p. 138-164. <http://fafich.ufmg.br/memorandum/a22/macedodimenstein01>

MOTA, D.B. et al. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. P. 85-105. In: RANZANI, T.M, et al. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

PEDRINI, Dalila Maria; ADMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa. Controle social e fortalecimento da democracia participativa. P. 223-237. **Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios**. São Paulo: Paulus, 2007.

PIAÚÍ. **Câmara de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas**. Eixos e diretrizes. Piauí: Câmara de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, 2011.

_____. **Buscando caminhos: serviços e leis**. Piauí: Coordenadoria

Estadual de Enfrentamento às Drogas, 2014.

PIAUÍ. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí.** Secretaria de Estado da Saúde/Gerência de Atenção à Saúde Mental, 2014.

_____. **Ofício GASM nº 101/2016.** Piauí: Gerência de Atenção à Saúde Mental, 2016.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SILVA, Marina Leite. **Análise do serviço prestado pela Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil na concepção de familiares e/ou responsáveis pelos egressos.** UFBA-CETAD, 2015. Monografia de Especialização em Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas no Estado do Piauí.

REDES E INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DO SUS: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA E PIAUIENSE EM FOCO⁴

Sofia Laurentino Barbosa Pereira⁵

Simone de Jesus Guimarães⁶

Este trabalho realiza um debate teórico, histórico e crítico-reflexivo sobre os impactos da articulação intra e intersetorial na política de saúde e saúde mental, buscando desvelar os desafios postos para a atuação em redes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus impactos para o fortalecimento dos princípios da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira, dando destaque ao cenário piauiense.

⁴ As reflexões feitas neste artigo são parte da pesquisa desenvolvida pela primeira autora deste artigo para sua tese de doutorado e orientada pela segunda autora, no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí.

⁵ Assistente Social. Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: sofia_lbp@hotmail.com

⁶ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), professora do Programa de Políticas Públicas e do Departamento de Serviço Social da UFPI.

A metodologia adotada para atingir esse objetivo é de caráter qualitativo, consistindo em revisão bibliográfica e documental sobre o tema, através do qual se procurou avaliar posições de diversos autores, além de analisar legislações, portarias, decretos, dentre outros documentos federais e estaduais, de forma a dar maior embasamento em torno das discussões acerca das temáticas destacadas.

CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E REDES NO ÂMBITO DO SUS

A intersectorialidade passou a fazer parte do debate da saúde a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, ocasião em que se construiu um consenso em nível internacional de que para a superação dos graves problemas da saúde pública fazia-se necessária a constituição de um novo conceito de saúde. Esta passa a ser concebida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade e, portanto, é um direito humano fundamental, cuja realização requer ação de diferentes setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Tal concepção aceita que o processo saúde-doença é dinâmico, impossível de ser explicado unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano, reconhecendo, portanto, a insuficiência do paradigma mecanicista, que tem suas raízes no modelo biológico e no foco exclusivo do risco individual, para responder as necessidades da saúde na sociedade moderna (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

No Brasil, tais discussões ganham força no final da década de 1970, com a emergência do movimento de reforma sanitária que, mesmo sob forte repressão no contexto ditatorial, passa a questionar o modelo sanitário hegemônico, exigindo a responsabilidade do Estado na oferta de uma política de saúde pública e universal (COSTA, 2010). Este movimento consolidou-se como uma das principais forças organizadas naquele momento em prol da luta pela ampliação dos direitos sociais, tendo como objeto central o direito à saúde, atrelando essa luta à própria redemocratização da sociedade brasileira e a contestação das desigualdades sociais,

pois, conforme destaca Bravo (2009), a construção democrática é a única via para se concretizar os princípios reformistas.

As principais bandeiras de luta desse movimento se apresentam nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, que representou um marco para o debate do tema no Brasil ao contar com grande participação não só de trabalhadores e estudiosos da área, mas também de entidades representativas da população, como sindicatos, partidos políticos, associações de professores e parlamento. Para Bravo (2009), isso significou que a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo.

Nessa conferência, foi proposta a ampliação do conceito de saúde, nos moldes refletidos anteriormente:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04)

Ao trazer a saúde como decorrente de fatores que vão além dos aspectos biológicos, compreende-se que a sua conquista extrapola a própria política de saúde, sendo necessária uma atuação intersetorial ampla dirigida ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população brasileira. A referida conferência reforça ainda que o direito à saúde não se materializará apenas pela sua formalização legal, sendo imperativo que o Estado assuma “uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las” (BRASIL, 1986, p.04).

Uma vez fundamentada no conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade pauta-se em uma visão de totalidade na leitura da realidade e no planejamento e gestão das políticas sociais. Por isso, cumpre uma função estratégica para efetivação da integralidade da atenção e para o acesso ao direito em saúde (COSTA, 2010).

Essa concepção foi devidamente incorporada na Constituição

Federal de 1988, nos artigos 196 a 200, dos quais se destaca aqui apenas um artigo:

Art. 198. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2012).

Enquanto diretriz do SUS, a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país com dimensões continentais, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Dessa forma, aponta para a necessidade de resolver os problemas de saúde no âmbito local, aparecendo como um dos maiores avanços da política de saúde brasileira, segundo Paim (2009).

Já o atendimento integral se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando compatibilizar as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas. Para Paim (2009), essa diretriz do SUS representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas, a partir do atendimento integral de suas necessidades.

A diretriz que se refere à participação da comunidade aparece diretamente ligada com os princípios de luta da reforma sanitária, fomentando a democratização dos serviços e decisões em relação à saúde e à construção de uma política pública com a participação direta e indireta dos cidadãos. Remete também ao pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária.

Os princípios de integralidade e articulação entre serviços e políticas, associados à noção de intersetorialidade e conformação de redes de atenção e cuidado são reiterados na Lei Orgânica de Saúde (LOS) de nº 8.080/90, em seu artigo 7º, inciso II, que aponta a necessidade da integralidade de assistência à saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos.

Nesse sentido, ressalta-se o artigo 3º da LOS, que reforça a necessidade de se pensar os determinantes e condicionantes de saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2016a).

Compreende-se que a efetivação do direito à saúde envolve mais do que acesso aos serviços do SUS, remetendo ao dever do Estado de assegurar ao cidadão as condições necessárias para que este usufrua de forma ampla tanto as garantias estabelecidas na LOS, como os demais direitos sociais, que conformam o conjunto dos determinantes e condicionantes, assegurando o atendimento das necessidades integrais da saúde do cidadão.

É nesse sentido que o artigo 12 da Lei nº 8.080/90, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), preconiza a criação de comissões intersetoriais com finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, mas que a execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

Observa-se que em diversos momentos a intersetorialidade aparece, direta ou indiretamente, tanto em normativos, portarias, decretos, legislações e conferências referentes à saúde pública brasileira. No entanto, tradicionalmente, a conformação das políticas sociais brasileiras são marcadas pela fragmentação e segmentação, estabelecendo como desafio o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações intra e intersetorial, e assim também acontece com a política de saúde. Destarte, embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS, a forma organizacional da atenção e gestão da saúde ainda são caracterizados por intensa fragmentação de serviços, programas e ações.

Como estratégia para superar essas dificuldades, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, além de objetivar aperfeiçoar o funcionamento político-institucional da política de saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A referida portaria foi resultado de um grande acordo tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e os Conselhos Municipais de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Essa portaria normativa alerta para a necessidade de inovar o processo de organização dos serviços de saúde no país, redirecionando suas ações através do formato de redes – modelo este reconhecido como mais eficaz quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, além de se apresentar como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica.

Assim, propõe a organização do SUS no formato de redes, argumentando que:

A organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010a, p.3).

Nessa perspectiva, Paim (2009) defende que a ideia de rede na saúde supõe interligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si. Ressalta ainda que, no âmbito do SUS, as redes são pensadas na lógica da regionalização, o que significa que as ações e dispositivos de saúde são descentralizados e organizados a partir de um dado território, visando à garantia do acesso, integralidade e resolutividade da atenção à saúde da população.

No esforço de implantação das redes temáticas de atenção à saúde, a gestão do Ministério da Saúde, de 2011 a 2013, investe na RAS, defendendo-a enquanto potencializadora da integralidade, representando uma melhora na organização do SUS e a possibilidade de atingir o princípio constitucional de integralidade (BRASIL, 2014).

Assim, a partir do referencial na Portaria nº 4.279 de 2010 foram priorizadas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: 1. Rede Cegonha; 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

A Rede de Atenção Psicossocial, inserida na política de saúde mental brasileira e instituída através da Portaria nº 3088/2011, é foco dessa discussão em que se evidencia a presença da intersetorialidade. A articulação intersetorial dos serviços de saúde mental surge como estratégia para fortalecimento dos princípios da reforma psiquiátrica e como possibilidade de atender aos sujeitos com transtornos mentais em sua integralidade, oportunizando a ampliação da cidadania desses indivíduos e sua autonomia e reinserção social dentro do seu território e na sociedade de uma forma geral. Para refletir acerca dessa política pública, faz-se necessário inicialmente compreender brevemente sua trajetória, que será discutido no próximo tópico.

REFORMA PSIQUIÁTRICA, INTERSETORIALIDADE E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No mundo ocidental, a partir da sociedade burguesa moderna, o modelo de tratamento para a pessoa com transtorno mental esteve, historicamente, circunscrito pela segregação social, enclausuramento e exclusão, marcado pelo formato hospitalocêntrico, que impedia o convívio dessa pessoa no meio familiar e comunitário, suprimindo sua liberdade e obstaculizando sua condição de cidadã.

Assim, o tratamento dado ao “louco” o destituía dos seus direitos civis e políticos, ao compreendê-lo como indivíduo destituído de razão e que, portanto, não teria capacidade para exercer sua vontade e discernimento. Nessa lógica, era papel do Estado e da medicina serem responsáveis pelo cuidado desses sujeitos, o que era feito através do isolamento e exclusão no interior dos muros do hospital psiquiátrico (VASCONCELOS, 2010).

Vários movimentos, orientados por diferentes tradições teóricas, emergem para alterar esse quadro nos Estados Unidos e na Europa, pós-Segunda Guerra Mundial, passando a ter impacto no Brasil a partir de 1970, no contexto de redemocratização política do país. O movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, de influência italiana, emerge inicialmente no cerne do movimento de reforma sanitária e exige outra relação do “louco” com a sociedade e o reconhecimento da pessoa com transtorno mental no estatuto de cidadania, ganhando projeção a luta por seus direitos civis, sem desconsiderar seus direitos sociais (ROSA; CAMPOS, 2013).

Os princípios da reforma psiquiátrica são materializados no cenário brasileiro com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a estruturação de uma Política Nacional de Saúde Mental. As mudanças nessa política têm início em 1990, com mentores do processo assumindo a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde com o advento da Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, prosseguindo com a promulgação de um aparato legal que permitiu a materialização normativa referente aos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Destaca-se a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que veio proteger os direitos desses sujeitos e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, determinando que os pacientes internados há muito tempo em hospital psiquiátrico, com uma situação de grave dependência institucional, sejam objetos de política específica e de proteção social por parte do Estado.

No sentido de atender as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, o tratamento do segmento que sofre com transtorno mental passa a se focalizar na atenção comunitária, em que ganham ênfase os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e considerados como a grande aposta reformista. Os CAPS são serviços públicos considerados substitutivos aos hospitais psiquiátricos e comunitários, que têm como objetivo oferecer assistência psicossocial a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, visando à sua reinserção social através do acesso

ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário (BRASIL, 2004a).

Estão inseridos dentro de um território constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, família, instituições e cenários. A noção de território é essencial nesse contexto, pois é através dela que se organiza a rede de atenção à pessoa com transtorno mental e sua família, amigos e interessados. Cabe aos CAPS assumir papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto no cumprimento de funções de assistência direta e regulação da rede (BRASIL, 2004a).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), no ano de 1998 o Brasil contava com um total de 148 CAPS. Após 2002, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, tem-se uma expansão de serviços substitutivos e comunitários no país, principalmente no que tange aos Centros de Atenção Psicossocial: neste ano existiam 424 CAPS no Brasil, cobrindo apenas 21% da população em âmbito nacional. Dez anos depois, em 2012, há um aumento para 1.803 Centros de Atenção Psicossocial, abrangendo 74% das regiões brasileiras, o que reflete uma evolução na implantação de uma rede de serviços de atenção e cuidados extra-hospitalares a pessoas com transtornos mentais, fortalecendo a Política de Saúde Mental. No final do ano de 2014 esse número cresce ainda mais, com um total de 2.209 CAPS na realidade do país.

Apesar da relevância desses dados, que demonstram a expansão dos CAPS no cenário brasileiro, a Política de Saúde Mental no Brasil é composta por diversos serviços, dispositivos e ações, portanto, este indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a cobertura da atenção psicossocial no país, nem significa que, automaticamente, os princípios reformistas foram consolidados.

O aumento do número de CAPS tem se tornado o principal indicador do avanço da reforma psiquiátrica no país, no entanto, a existência desses serviços, por si só, não significa que esses centros estão promovendo a autonomia e a reinserção social dos seus usuários. Por isso, é necessária a consolidação de uma rede de atenção psicossocial territorializada, que responda não apenas pelo

cuidado e assistência das pessoas com transtornos mentais, mas que atue de forma intra e intersectorial, oportunizando novos acessos a bens e serviços, além da ampliação da interação desse público no espaço urbano, conquistando o direito à cidade (COSTA; BRASIL, 2014; LIBERATO, 2009).

Lancetti (2008) afirma que um dos grandes obstáculos dos CAPS atualmente é a centralização em si mesmos e sua pouca abertura para o território, o que pode levar ao que ele chama de “CAPS burocrático”, que são serviços que se limitam a realizar atividades diárias repetitivas, com poucas atividades grupais e raro envolvimento com outros serviços do território, onde os profissionais têm dificuldade de trabalhar em equipe, havendo centralização e sobreposição do saber médico sobre os demais, prevalecendo características de um modelo hospitalocêntrico.

Nessa direção, Amarante e Torre (2010) alertam para os perigos de colocar um serviço de saúde mental – no caso, o CAPS – como o “centro” da política e da assistência, o que pode levar a uma “reinstucionalização”, levando a um risco de minimizar e desvalorizar as ações múltiplas que devem extravasar o serviço.

Reafirmando tais concepções, Desviat (2015) defende que, em tais casos, ocorre uma “transinstitucionalização” dos usuários, que são retirados das grandes instituições manicomiais/hospitalocêntricas e são transferidos para instituições sociais (ou serviços comunitários), mas que mantem o “núcleo duro” da institucionalização, típica do modelo manicomial anterior. Nesses casos, os usuários situam-se em uma relação de intensa dependência dos serviços e dos técnicos, de forma que sua vida parece completamente condicionada pela instituição.

Corroborando com essa análise, no caso específico do CAPS, Queiroz (2016) afirma que há, muitas vezes, uma “CAPS-dependência” do usuário com o serviço, em que, mesmo em condição de alta, um grande número de usuários não se desliga do serviço, pois não criou vínculos com outros serviços e/ou pessoas no território, gerando a cronificação do usuário e do próprio CAPS.

Por isso, a autora defende que:

A política de saúde mental deve ser planejada de forma contínua a fim de assegurar o direito de alta nos CAPS, sem gerar desassistência, desamparo e sofrimento. Dessa forma, os municípios precisam que os serviços de saúde estejam organizados dentro de uma rede articulada de serviços (QUEIROZ, 2016, p17).

Dito isto, reforça-se a importância de implementar a Política de Saúde Mental pautada, necessariamente, em uma lógica intersetorial, conforme é reforçado no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010b), que coloca a intersetorialidade da atenção psicossocial como a principal estratégia de ordenação da rede, e só através dela que se pode conquistar a integralidade de atenção ao sujeito que demanda as ações dessa política. Nessa concepção, o campo da saúde mental deve ser compreendido como transversal a várias políticas sociais.

Para fortalecer essa perspectiva é lançada a Portaria de nº 3.088 do Ministério da Saúde em 2011, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e compreende a necessidade da ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, conformando uma rede de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para além do CAPS.

Constituem-se como diretrizes de funcionamento da RAPS, de acordo com o artigo 2º da portaria citada (BRASIL, 2011c):

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Dessa forma, a RAPS deve buscar a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, envolvendo tanto os equipamentos de saúde quanto a sociedade, de forma a fortalecer as ações intersetoriais e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais. Portanto, a RAPS surge para contribuir para o fortalecimento e materialização dos princípios reformistas, visando à reinserção social desses indivíduos na sociedade, vislumbrando-os enquanto sujeitos de direitos e cidadãos.

Aponta ainda para a concepção de um cuidado em saúde mental múltiplo, o que requer várias articulações envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de assegurar o suporte necessário ao indivíduo no seu território, devendo ser composta pelos pontos de atenção apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Componentes da RAPS e pontos de atenção

COMPONENTES DA RAPS (EIXOS)	PONTOS DE ATENÇÃO (DISPOSITIVOS)
I - Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura
II - Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, ad, infantojuvenil, ad III)
III - Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
IV - Atenção Residencial em caráter transitório	Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial
V - Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas
VI - Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa
VII - Reabilitação Profissional	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Sistematização das autoras com base na Portaria nº 3088/2011

Assim, a RAPS tem como proposta responder as necessidades dos usuários, ampliando o acesso destes e de sua família a uma rede ampliada de serviços, com diversos pontos de atenção, com articulação intersetorial. Para Cardoso (2016), mais do que implantar serviços, é preciso avançar na construção da rede integrada dos mesmos, a partir da lógica dos territórios e regiões de saúde, para que se diminuam as iniquidades da distribuição de serviços, desarticulação e descontinuidade das ações no âmbito do cuidado em saúde mental.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é vista enquanto fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica, pois “a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental” (BRASIL, 2005, p.35).

A respeito da organização da RAPS, Cardoso (2016) tece críticas acerca do termo Atenção Psicossocial Especializada – apresentada no II eixo – afirmando que esta reforça a ideia do CAPS enquanto lócus central das ações de saúde mental, o que é contraditório à proposta articuladora de serviços e de compartilhamento de cuidados entre diferentes dispositivos. Segundo a autora, atualmente os CAPS ainda têm como desafio a centralização em si mesmos, levando a um modelo “capscêntrico”, que tem dificuldade de dialogar e interagir com outros serviços e setores da sociedade, o que dificulta também o olhar para o sujeito em sua integralidade, com o foco das ações voltadas para o território.

Portanto, a Rede de Atenção Psicossocial tem como desafio potencializar a articulação intrassetorial – via dispositivos no âmbito do SUS, de saúde e saúde mental – assim como intersectorial – dialogando também com outras políticas e redes de apoio social e territorial, de forma a ampliar a oferta de cuidado em torno desses sujeitos, fortalecendo o diálogo entre o CAPS e os demais dispositivos do território.

Ao mesmo tempo, a RAPS aposta na promoção da saúde mental no território via articulação com a atenção básica. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica (ESF e NASF) se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de transtorno mental (BRASIL, 2005).

Para Cardoso e Macedo (2016), isso não apenas possibilita a ampliação do acesso para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, como também impulsiona a integração das ações de cuidado entre os demais pontos de atenção à saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

No ano de 2016, segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura de equipes da Saúde Família (ESF) para a população foi de 64,60%, estimando uma cobertura a 125.299.266 brasileiros de um total de 193.976.530 (BRASIL, 2016c).

Além das ESF e dos NASF, a atenção básica conta com um

dispositivo relativamente novo: o Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica e pelas Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2011, e nº 1.238, de 09 de junho de 2014. São equipes formadas por profissionais de diversas áreas que desempenham atividades para garantir atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de rua, possuindo habilidades e competências para atuar com usuários de substâncias psicoativas e com sofrimentos advindos de transtorno mental.

Para tanto, agregam conhecimentos básicos sobre redução de danos, realizam atividades educativas e culturais, fazem a dispensação de insumos de proteção à saúde e encaminhamentos para rede de saúde e intersetorial e acompanham o cuidado das pessoas em situação de rua. Segundo informativo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), verifica-se que 111 equipes de Consultórios na Rua (eCR) foram habilitadas até o final de 2014, sendo 22 da modalidade I, 50 da modalidade II e 39 da modalidade III. Das 27 unidades federativas do Brasil, 24 possuem ao menos 1 (uma) eCR em funcionamento. No final de 2012, apenas 7 (sete) estados possuíam eCR habilitadas.

O Consultório na Rua visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde e juntamente aos demais serviços de atenção básica vem expandir os pontos de atenção no âmbito do SUS às demandas de saúde mental, garantindo o compartilhamento do cuidado no território.

Outro ponto estratégico da RAPS é o da Atenção Hospitalar, no qual se destacam os Serviços Hospitalares de Referência (SHR) em saúde mental, em que o Hospital Geral, em articulação com outros pontos de atenção para conformação de redes de cuidado, constitui-se como ponto estratégico para fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial. São serviços que devem ser geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, pode contribuir para o enfrentamento do estigma e preconceito no campo da saúde mental (BRASIL, 2015).

A Portaria Ministerial nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Além dessa portaria, outras normativas foram criadas pelo Ministério da Saúde sobre esse ponto de atenção – Portarias de nº 349, de 1º de março de 2012; nº 1.615, de 27 de julho de 2012; e nº 953, de 13 de setembro de 2012 – abrindo a possibilidade de qualificação dos Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad), instituídos em 2010 pelas Portarias nº 2.842 e nº 480, na direção da atenção integral, na medida em que ampliou o escopo do cuidado no contexto da atenção psicossocial. Em dezembro de 2014, dos 47 estabelecimentos de saúde habilitados em 2010 como SHRad, 33 foram qualificados e habilitados como Serviços Hospitalares de Referência (SHR) em saúde mental, álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Este componente de Atenção Hospitalar da RAPS apresenta-se como essencial ao oferecer suporte às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em Hospitais Gerais, por meio de internações de curta duração. Dessa forma, os leitos em hospital geral visam substituir a internação em hospitais psiquiátricos, sendo um importante serviço para o fortalecimento dos princípios reformistas, devendo estar sempre em articulação e corresponsabilização com o CAPS e demais pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2015).

Outro componente da RAPS é denominado de “Estratégias de Desinstitucionalização”, que são iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral, a promoção de autonomia, o exercício da cidadania e a progressiva inclusão social.

Duarte (2016) critica a utilização do termo “desinstitucionalização” pela referida Portaria, que o reduz a técnicas de ordenamento de pessoas em seus processos de saída de longas internações e a vinculação dos sujeitos a um determinado benefício social.

Sobre o conceito de desinstitucionalização, Amarante (1997, p. 184) destaca:

Esta não é um método ou dogma, mas uma estratégia. Não se alcança a completa e perfeita desinstitucionalização pois trata-se de um processo permanente que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades. Adotar a desinstitucionalização significa também superar a burocratização ou banalização dos novos projetos, das relações estabelecidas entre as pessoas envolvidas numa instituição. A desinstitucionalização não é sinônimo de desativação de leitos ou hospitais psiquiátricos [...] É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

Dessa forma, a desinstitucionalização, tomada como paradigma na perspectiva basagliana e na Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma concepção muito mais ampla da apresentada como eixo estruturante da RAPS, permeando a todos os componentes oferecidos pela política de saúde mental e indo além, ao demandar uma mudança sociocultural em torno do “louco” e da “loucura”.

Dentro desse eixo da rede, encontra-se o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), instituído pela Portaria Ministerial nº 101/2000, voltado para a reinserção social de pessoas longamente internadas, com dois anos ou mais ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Esses serviços se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, estabeleceu nova proposta de financiamento para esses serviços, que passam a receber recursos federais de custeio mensal e também para a sua implantação, existindo, no ano de 2014, um total de 289 SRT habilitados pelo Ministério da Saúde no cenário brasileiro, com 2.031 moradores (BRASIL, 2015).

Outro ponto estratégico da RAPS, e importante componente para a desinstitucionalização no Brasil, é o Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o pagamento de benefícios a pessoas com longo processo de institucionalização em hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), há um crescimento de beneficiários do Programa, tendo um aumento significativo em cerca de 10 anos de 206 para mais 4.300 beneficiários cadastrados em 2014.

A RAPS conta ainda com o componente de reabilitação psicossocial, que envolve estratégias que promovam o protagonismo de usuários e familiares para o exercício da cidadania através da criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território, nos campos do trabalho e economia solidária, educação, cultura e saúde (BRASIL, 2015). Entretanto, é importante destacar que a proposta de Reabilitação Psicossocial que consta na RAPS limita-se a aos esquemas de sociabilidade burguesa via trabalho, conforme critica Duarte (2015), sendo, portanto, uma utilização simplista e restrita do termo.

Em relação aos recursos destinados ao financiamento de serviços vinculados à Política de Saúde Mental de uma forma geral, observa-se que há um aumento do investimento público em serviços de atenção comunitária/territorial entre os anos de 2002 a 2013 e, ao mesmo tempo, uma gradativa diminuição, principalmente a partir de 2005, dos gastos federais com assistência hospitalar. No final do ano de 2014, o país contava com o total de 167 hospitais psiquiátricos e 25.988 leitos do SUS nesses hospitais, enquanto no ano de 2002 esse valor era duplicado, totalizando 51.393 leitos (BRASIL, 2015).

Há, portanto, uma crescente substituição do modelo hospitalar/manicomial em favor da implantação de serviços psicossocial comunitário e de base territorial, conforme preconiza a reforma psiquiátrica. Isso indica a gradual superação do modelo hospitalocêntrico, ao mesmo tempo em que se expande a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, sendo inegável a

transformação do cenário da atenção pública em saúde mental no país na última década.

Entretanto, tal fato não significa que não existam desafios a serem superados ou que a reforma foi implantada plenamente no Brasil, ou que a cultura manicomial foi completamente superada na sociedade brasileira. Inúmeros estudos apontam para a necessidade de se avançar na articulação intrasetorial entre os serviços que compõem a RAPS e também na atuação intersetorial da política de saúde mental com outras políticas públicas (QUEIROZ, 2016; CARDOSO, 2016), de forma que o sujeito com transtorno mental seja visto em sua totalidade e integralidade e, portanto, enquanto sujeito de direitos dentro da sociedade.

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p.5).

Mas além da dificuldade de articulação entre os serviços da RAPS, tem-se o desafio mais complexo de promover a intersetorialidade entre a saúde mental e as diferentes políticas, pensando uma concepção de rede ampliada, ultrapassando o campo da atenção psicossocial e do próprio SUS. Pois, conforme Dimenstein e Liberato (2009), a reforma psiquiátrica não pode ser operada restrita aos serviços de saúde, devendo a desinstitucionalização ultrapassar as fronteiras sanitárias, operando a corresponsabilização pelas diversas políticas públicas frente ao cuidado e atenção à pessoa com transtorno mental, de forma a criar possibilidades concretas de reinserção social, construção de sociabilidade e cidadania para esses sujeitos nos espaços da cidade.

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das

pessoas com transtornos mentais. Portanto, apesar de a RAPS se constituir por dispositivos de saúde, estes devem estar em constante articulação com outras políticas, serviços, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, em busca da autonomia e exercício da cidadania das pessoas com transtornos mentais.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ

O Piauí localiza-se a noroeste da região nordeste do Brasil. Limita-se com cinco estados da federação: Ceará e Pernambuco, a leste; Bahia, a sul e sudeste; Tocantins, a sudoeste; e Maranhão, a oeste. Delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte, o Piauí tem o menor litoral do Brasil, com 66 km. Sua área é de 251. 529 km², com clima tropical e clima semiárido. É um dos estados mais pobres do país, com 20,91% da população em situação de extrema pobreza (PIAUÍ, 2014), em uma população estimada de 3.204.028 habitantes em 2015 e densidade demográfica de 12,40 hab/km².

Encontra-se dividido em 224 municípios, distribuídos em 11 Regiões de Saúde/Territorio de Desenvolvimento: Planície Litoranêa, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Alto Parnaíba, Serra da Capivara e Chapada das Mangabeiras. Teresina, Parnaíba, Picos, Piri-piri e Floriano são os municípios com população superior a cinquenta mil habitantes (PIAUÍ, 2014).

Em dezembro de 2013, apenas 1,52% da população do estado fazia uso de plano de saúde privado (PIAUÍ, 2014), o que significa que grande parte dos piauienses depende/utiliza dos serviços públicos de saúde. Nessa perspectiva, reafirma-se a importância de compreender os dispositivos da Redes de Atenção à Saúde do Piauí – enfatizando aqui a Rede de Atenção Psicossocial.

É importante ressaltar que, historicamente, a atenção à saúde mental no Piauí, acompanhando a tendência nacional, foi marcada pelo modelo manicomial/hospitalocêntrico, centrado na capital do estado, através dos hospitais psiquiátricos Areolino de Abreu e Sanatório Meduna. Rosa *et al.* (2011) destacam que a reestruturação dos serviços de saúde mental ocorreu de forma tardia nesse cenário, se comparada com outros estados do país, fazendo com que o

processo de transformação previsto pela reforma psiquiátrica só tivesse início no Piauí após atos pressionados pelo Ministério Público.

Em passos lentos, observa-se um avanço na política de saúde mental piauiense ao se adequar os preceitos previstos pela reforma psiquiátrica, no entanto, foi principalmente a partir da instituição da Portaria Ministerial nº 3088/2011 – que institui a RAPS, conforme discutido anteriormente – que se pode observar um esforço maior por parte dos gestores locais em transformar a política de saúde mental do estado.

No ano de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), através da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM), por incentivo do Ministério da Saúde, iniciou as discussões sobre a referida portaria ministerial e definiu estratégias de trabalho de implementação da RAPS no estado. No primeiro semestre do referido ano, foram iniciadas as articulações com os municípios piauienses para a realização de reuniões ampliadas com secretários municipais de saúde, coordenadores das regionais de saúde, coordenadores de CAPS, diretores de hospitais e demais profissionais de saúde, bem como visitas em municípios considerados estratégicos – que são Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano, de maior população do estado, fora a capital. Esses momentos contaram com a participação de apoiadores do Ministério da Saúde para apresentar a portaria e iniciar a proposta de implantação da RAPS (PIAUI, 2014).

No segundo semestre de 2012, foi instituído o Grupo Condutor Estadual da RAPS (GCERAPS) do estado do Piauí, por meio da Portaria Estadual nº 078, de 29 de agosto de 2012, formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), das Regionais de Saúde do estado e representantes do Ministério da Saúde.

O GCERAPS tinha como objetivos: mobilizar os gestores de saúde dos municípios; apresentar a proposta de implantação da RAPS, tendo como parâmetros a Portaria nº 3.088/2011; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis fragilidades e pontos críticos durante o processo de articulação

com os gestores; monitorar e avaliar o processo de implantação/ implementação da rede; contratualizar os Pontos de Atenção da Rede necessários nos territórios em que se efetivou com as pactuações da Comissão Intergestora Regional e Comissão Intergestora Bipartite.

Como foi dito no tópico anterior, a RAPS é constituída por 07 eixos de atenção: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

O primeiro componente da RAPS, referente à **Atenção Básica**, no Piauí, no ano de 2015, era composto por: 1.247 ESF, 221 Equipes de NASF – sendo 81 do tipo I, 53 do tipo III e 87 do tipo III. Em relação à cobertura da atenção básica de saúde, o estado apresentava em 2014 um alto índice de 93,83%; e na Estratégia Saúde da Família, de 95,65% (PIAUÍ, 2014).

No entanto, em relação à equipe de Consultório na Rua, o Piauí aparece como um dos estados que contam com menor número desses serviços, ao lado do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso e Maranhão, com apenas 1 eCR na modalidade II (BRASIL, 2015).

Segundo documento da gestão estadual (PIAUÍ, 2014), as ações de saúde mental na atenção primária no Piauí aparecem como desafio a ser superado para que haja uma efetiva integração e efetivação da RAPS no estado, pois constata-se a dificuldade de articulação entre os serviços de atenção básica e os demais serviços de saúde mental.

A Gerência de Saúde Mental vem orientando e monitorando o desenvolvimento de ações integradas à Atenção Primária junto aos CAPS, tais como: supervisão em parceria com as Coordenações e as ESF e NASF – em que foram constatadas dificuldades no acompanhamento e cuidado da população que demanda atenção psicossocial, principalmente no que se refere a algumas equipes, a prevalência da lógica do encaminhamento para o CAPS em situações que poderiam ser acompanhadas e solucionadas pela Atenção Básica (PIAUÍ, 2014).

Percebendo tais dificuldades e a necessidade de melhorar a articulação e o matriciamento entre CAPS e Atenção Básica, a GASM vem promovendo capacitações diversas através de oficinas,

curso, seminários, encontros envolvendo profissionais dos NASF e da ESF (PIAUI, 2014).

O segundo componente da RAPS é o eixo da **Atenção Psicossocial Estratégica**, que se refere aos Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades. Segundo o informativo Saúde Mental em Dados nº 12, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o Piauí aparece em dezembro de 2014 como o quarto estado brasileiro com maior cobertura de CAPS – com 54 CAPS para 3.164.718 habitantes, com 1,13 de cobertura, considerada muito boa, segundo esse indicador. O estado perde apenas para a Paraíba, Rio Grande do Sul e Roraima, que contam com uma cobertura de 1,57, 1,32 e 1,21 CAPS/100 mil habitantes, respectivamente. Observa-se, portanto, o crescimento da taxa desses serviços na região piauiense, que no ano de 2002 contava com a cobertura de 0,03 por 100 mil/habitantes, considerada insuficiente ou crítica pelo Ministério da Saúde.

Dos 54 CAPS do Piauí, 39 são do tipo I, 7 do tipo II, 1 do tipo III, 1 voltado para o público infantojuvenil, 4 para pessoas dependentes de álcool e outras drogas (AD) e 2 AD III. Desse total, 7 se localizam na cidade de Teresina, capital do estado. São eles: 1 CAPSi, 1 CAPSad, 1 CAPS III e 4 CAPS II.

Na análise de distribuição de CAPS habilitados por estado e municípios, levando em consideração os critérios de elegibilidade⁷ para implantação de CAPS, o Piauí novamente se destaca, apresentando 100% dos municípios elegíveis com CAPS habilitados – maior porcentagem dentre todos os estados brasileiros (BRASIL, 2015).

No entanto, Cardoso (2016) afirma que ainda há uma série de fragilidades a ser superada em relação aos CAPS no Piauí, principalmente as que estão relacionadas à organização dos processos de trabalho, na perspectiva de fazer avançar, no cotidiano dos serviços, o modelo de atenção psicossocial, por meio da clínica ampliada, da reabilitação psicossocial e da desinstitucionalização psiquiátrica, com foco voltado para o cuidado territorial em saúde

⁷ Segundo o Ministério da Saúde, os Municípios Elegíveis para implantação de CAPS são os que contam com população acima de 15 mil habitantes (BRASIL, 2015).

mental, o que remete à urgência de se “turbinar” os CAPS do estado nos moldes defendidos por Lancetti (2008), no sentido de recuperar o seu caráter participativo, inventivo e aberto ao território e à rede intersetorial.

O terceiro eixo da RAPS refere-se à **Atenção de Urgência e Emergência**, a qual se faz presente em 67 municípios do Piauí com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esse eixo de atenção é marcado por grandes dificuldades devido à prevalência do histórico encaminhamento de pessoas em situação de crise psíquica ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (PIAÚÍ, 2014). O referido hospital, que está em situação de constante redução de leitos, atualmente tem 160 leitos conveniados pelo SUS, pois não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial. A Lei nº 10.216/2001 prevê que no futuro todos os hospitais psiquiátricos do país sejam fechados e substituídos por serviços psicossociais substitutivos. Nessa ótica, a Portaria 3.088/2011 vislumbra que, tanto para situações de crises em decorrência de transtornos, quanto para situações de álcool e drogas, haja o encaminhamento para hospitais gerais – com leitos específicos voltados para os cuidados a esses sujeitos – ou outros dispositivos da RAPS, como o CAPS III.

O quarto componente da RAPS, segundo a portaria nº 3088/2011, é o da **Atenção Hospitalar**, que aponta a criação de leitos integrais em Saúde Mental, enquanto equipamentos de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência (CARDOSO, 2016).

Segundo a Gerência de Atenção à Saúde Mental do Piauí (PIAÚÍ, 2014), em relação à ampliação e aumento de leitos de atenção psicossocial em hospital geral, ainda encontram-se grandes obstáculos, pois, embora 04 hospitais no estado tenham recebido incentivo financeiro federal do Programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL, 2016b) para a implantação de leitos de saúde mental e estejam em processo de implantação, a grande maioria dos hospitais que pactuaram leitos ainda não recebeu incentivos, o que gera morosidade no processo de implantação dos leitos para atender efetivamente demandas que justifiquem esse dispositivo.

Esse componente é um dos que apresentam maiores desafios

para a RAPS do Piauí, ao se constatar que há problemas do financiamento dos leitos e centralização da atenção hospital na capital do estado, conforme ressalta a pesquisa de Cardoso (2016, p. 85):

É urgente a regionalização deste dispositivo para as demais localidades do estado. A maioria dos leitos, nessa modalidade de atenção, está (a maioria) concentrada em Teresina. Além disso, o acesso aos leitos do Hospital Areolino de Abreu tem sido uma queixa recorrente, especialmente dos municípios do interior, devido à lotação e à falta de regulação. Por não contarem com leitos integrais em saúde mental regionalizados, a saída desses municípios é a velha estratégia e prática da “ambulancioterapia”, com o envio dos casos agudos e crônicos, em situação de crise, para Teresina, como alternativa de forçar a internação. Outra dificuldade é o financiamento.

A garantia de leitos de saúde mental em hospitais gerais é, portanto, prerrogativa da reforma psiquiátrica e que timidamente vem sendo implantada tanto no Brasil quanto no Piauí, necessitando que haja maior incentivo para sua efetivação.

Em relação ao quinto eixo, de **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, o Piauí conta atualmente com apenas 1 Unidade de Acolhimento Transitório infantojuvenil (UAi) e duas Unidades de Acolhimento adulto (1 masculina e 1 feminina) em processo de tramitação. Dessa forma, ainda são insuficientes os serviços públicos voltados para esse componente da RAPS no estado.

Ao tempo que, segundo a Coordenadoria Estadual de Enfrentamento a Drogas (CEDROGAS), o estado conta com um total de 12 Comunidades Terapêuticas conveniadas com o governo do Piauí, e mais 4 não conveniadas.

Segundo o Observatório “Crack, é possível vencer” do governo federal, as comunidades terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos, e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, com duração de até 12 meses.

As Comunidades Terapêuticas tiveram um crescimento considerável nos últimos anos no Brasil, sendo responsável pelo tratamento de mais da metade dos usuários de substâncias psicoativas no país, podendo chegar até a 80% em algumas regiões. Uma das maiores razões que explica a sua expansão remete ao crescimento do consumo do crack, demandando a ampliação de serviços voltados aos indivíduos envolvidos com essa substância, ao mesmo tempo que ainda é insuficiente a quantidade de dispositivos públicos vinculados ao SUS – principalmente leitos hospitalares e CAPSad – para atender essa demanda. “Na situação atual, de precariedade de leitos psiquiátricos públicos, as CT mostram-se como importantes peças dentro da rede de atenção psicossocial” (DAMAS, 2013, p.63).

Cabe destacar, no entanto, que essas comunidades têm sido alvo de constantes críticas de militantes do movimento antimanicomial, de defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira, de pesquisadores da saúde mental e mesmo de profissionais da área, que apontam, dentre outros argumentos, segundo Ribeiro e Minayo (2015), que estas instituições vão na contramão da proposta do tratamento comunitário e de redução de danos, conforme defende a política de saúde mental brasileira, que propõe diminuir os riscos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, e pautando-se no respeito ao indivíduo e ao seu direito de escolha.

Além disso, críticas remetem ao fato de que as CT, ao receberem financiamento público, em lugar de fortalecer a rede pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, soma-se a um conjunto de forças, por parte de determinados setores da sociedade, que impactam no desmonte do SUS. Com a constante diminuição de investimento do Estado em serviços públicos de saúde, aumentam-se as dificuldades para o seu pleno funcionamento e, com isso, incrementam-se as justificativas para a terceirização e privatização de outros serviços dessa natureza (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

Entre as principais críticas tecidas a essas instituições, se destaca a questão da desresponsabilização do Estado frente aos usuários de substâncias psicoativas, e isso se constata, em partes, na realidade piauiense em relação aos componentes da RAPS da

atenção residencial de caráter transitório, onde há uma constante expansão de comunidades terapêuticas, mantidas pelo terceiro setor, enquanto os serviços públicos voltados para esse fim permanecem limitados.

O sexto eixo da RAPS refere-se às **Estratégias de Desinstitucionalização**, nas quais o Piauí aparece com 05 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 03 de gestão estadual, 01 de gestão do município de Teresina e 01 no município de União, com um total de 28 moradores e 19 beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC) (PIAUI, 2014). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o Piauí aparece como o sexto estado com menor quantidade de residências terapêuticas.

Cardoso (2016) aponta como desafio dos SRT a superação da lógica de tutela e manicomial, sendo este serviço essencial para desconstrução do estigma e preconceito em torno da loucura na sociedade, de modo que os moradores das residências possam participar das atividades da comunidade em que estão inseridos, estando em contato com a atenção básica e incluídos em espaços de convivência e fortalecimento de vínculos, participando de projetos e atividades desenvolvidas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e outros.

As ações de **Reabilitação Psicossocial** compõem o sétimo eixo da RAPS. Ainda conforme o informativo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), no campo do trabalho e economia solidária, foi realizado um levantamento de iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos econômicos solidários, através do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), que resultou em 1.008 experiências mapeadas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do Brasil. O Piauí aparece com 14 iniciativas de geração de renda para pessoas com transtorno mental cadastradas no ano de 2013. No entanto, poucos dados indicam sobre as ações desse eixo realizadas no âmbito do estado.

Assim, é possível perceber que houve um avanço na implantação e criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no cenário piauiense nos últimos anos, aparecendo bem estruturada em alguns pontos, no que se refere ao quantitativo de serviços dispostos para a população – como os CAPS, em que o Piauí aparece com

um índice de cobertura alto, se destacando no país. No entanto, outros componentes da rede ainda deixam a desejar, principalmente os serviços da Atenção Hospitalar, de Urgência e Emergência e Estratégia de Desinstitucionalização.

Segundo Cardoso e Macedo (2016), o desafio da política de saúde mental piauiense não se refere apenas à abertura de novos e mais serviços, mas em sua distribuição de forma a promover a equidade na oferta e no acesso aos dispositivos de atenção psicossocial, cobrindo as localidades mais distantes e com carência de ações. Isso, pois, contata-se que historicamente o cuidado à pessoa com transtorno mental esteve centrado na capital do estado, ficando muitos municípios sem a devida assistência, tendo a pessoa que se deslocar a Teresina para buscar o cuidado adequado. Isso justifica a importância de se pensar a política de saúde mental a partir da lógica da descentralização, regionalização e do território.

Ainda sobre os desafios a serem enfrentados no Piauí, Rosa *et al.* (2011) demarcam a necessidade de tornar os serviços de atenção psicossocial efetivamente territoriais, de forma a incluir as pessoas com transtornos mentais em outras políticas públicas, como a política de assistência social, educação e direitos humanos. Também é necessário ampliar projetos e programas envolvendo propostas de inclusão pelo trabalho, através de ações de geração de renda e autonomia.

Em que pese os desafios enfrentados, observa-se nos últimos anos um esforço por parte da gestão e de alguns profissionais em promover uma articulação intra e intersetorial e avançar na construção de uma política de saúde mental pautada na lógica do território e no compartilhamento do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se fala em intersetorialidade nas políticas públicas e sociais na atualidade, devido à crença de que a atuação intersetorial representa a superação da fragmentação e segmentação excessiva em que vêm se baseando historicamente essas políticas. No âmbito do SUS, a atuação intersetorial passa a ser incentivada através da criação de redes de atenção e cuidado ao usuário, que ganham

forma através de portarias, legislações e decretos governamentais.

Com o passar dos anos, a política de saúde mental vem estimulando a atuação intra e intersetorial com os demais serviços e políticas, de forma que a pessoa com transtorno mental possa ser vista em sua totalidade e atendida integralmente, utilizando os serviços disponíveis no seu território, conquistando sua autonomia no espaço da cidade, nos moldes previstos pela reforma psiquiátrica. Dessa forma, a intersetorialidade na saúde mental faz-se presente ao reconhecer a complexidade do cuidar na comunidade, exigindo ações integrais, visto que ao transtorno mental também podem se associar outros fatores de vulnerabilidade social, como pobreza, desemprego, analfabetismo, dentre outros.

É inegável afirmar que houve um crescimento na oferta de serviços para compor uma Rede de Atenção Psicossocial no país, entretanto, isso não significa que esses serviços estejam em articulação e cumprindo com seu objetivo de reinserção social e construção de caminhos que oportunizem a autonomia do sujeito com transtorno mental na sociedade. Os dados quantitativos revelam apenas parcialmente a realidade da política de saúde mental brasileira, a qual necessita de avaliações também no que se refere à qualidade da assistência prestada e ao impacto desta na vida dos sujeitos.

No cenário do Piauí, apesar do constatado avanço na criação de serviços psicossociais comunitários e na implementação da RAPS, principalmente nos anos mais recentes, ainda se faz necessário que a lógica de intersetorialidade e o compartilhamento de responsabilidade pelo cuidado à saúde mental se faça presente no cotidiano, de forma que não haja a sobrecarga de um único serviço e uma atuação isolada e fragmentada dos CAPS – o que aparece como um entrave para efetivação, de fato, dos princípios reformistas.

Além disso, apesar da progressiva redução dos leitos no Hospital Areolino de Abreu em detrimento do surgimento de novos serviços comunitários psicossociais, o referido hospital ainda é central no cenário de saúde mental piauiense, principalmente em casos de usuários em situação de crise, o que demonstra que ainda há resquícios do modelo manicomial no estado. Há, portanto,

necessidade da política de saúde mental do Piauí se apropriar de tais demandas através do fortalecimento dos componentes de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência da RAPS.

Os desafios não se limitam a necessidade de articulação entre os dispositivos da RAPS, mas também na construção de um diálogo efetivo entre os serviços de saúde mental e as demais políticas públicas, sendo indispensável a ampliação da concepção de rede, o que implica em ver a pessoa com transtorno mental em sua totalidade, de forma que ela possa usufruir do espaço disponível no seu território, seja no âmbito da saúde, educação, habitação, trabalho e lazer, reconstruindo o espaço sociocultural da “loucura” no território.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P.63 – 186.

_____; TORRE, Eduardo Henrique G. 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira: luta por cidadania e democracia nas transformações das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno Augusto S. Maior; FONTE, Eliane Maria M. de (Orgs). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. EDUFPE, Recife, 2010. P.113-136.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez, p.1231-1248, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais

e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.454 p. – (Série textos básicos ; n. 67)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados – 12,** ano 10, n. 12, Brasília, out. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 02 out. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório CRACK, é possível vencer.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/>

observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html.>
Acesso em: 04 out. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal em Julho de 2016.** Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em: 04 out. 2016c.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). **Serviço social e saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.88-110.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. **Regionalização da política de saúde mental no Piauí: desafios na atenção psicossocial.** 2016. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

_____; MACEDO, João Paulo Sales. A regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: caminhos e percursos. **Revista da Faculdade Santo Agostinho.** Teresina, v. 13, n. 4, art. 12, p. 235-261, jul./ago. 2016.

COSTA, Luciana A.; BRASIL, Flávia D. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. In: **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, 2014, p. 435-442.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do SUS.** 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2010.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde**

Pública. Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DUARTE, Marco José De Oliveira. Rede, território e produção de cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, n. 15, Ribeirão Preto - SP, **Anais...** Ribeirão Preto: ABEPSS, 2016. 1 CD-ROM.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v.6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Tradução: Vera Ribeiro. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol. 1, n. 1, jan.- abr.2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Questões (im)pertinentes sobre as práticas em saúde mental no Piauí. In: ROSA, Lucia C. dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin de; MACEDO, João Paulo. **A política e as ações em saúde mental do Piauí: 2000 a 2010.** Teresina: EDUFPI, 2011. p.119-135.

MONNERAT, Giselle L.; SOUZA, Rosimary G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, Giselle L. *et al* (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais.** Campinas, SP: Papel Social, 2014. p.41-54.

NOGUEIRA, Vera Maria R.; MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). **Serviço social e saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p .218 - 240.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PIAUI. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015**. Teresina, 2014.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde: uma avaliação**. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, 2015, 19(54), p.515-26.

ROSA, Lucia C. dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**, nº114, São Paulo, abr./jun. 2013.

_____ *et al.* A política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década 2000 a 2010. In: ROSA, Lucia C. dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin de; MACEDO, João Paulo. **A política e as ações em saúde mental do Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011. p.15 - 40.

VASCONCELOS, Eduardo. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: NOVOS DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PIAUIENSE

*João Paulo Macedo⁸
Francisca Maria Carvalho Cardoso⁹*

A CONSTITUIÇÃO DA RAPS NO BRASIL

O debate sobre a regionalização da assistência em Saúde Mental no Brasil é recente. Deriva das discussões no âmbito do SUS, que desde o texto constitucional, em seu Artigo 198, estabelece que a Saúde deve ser composta por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada de ações e serviços (BRASIL, 1988). Depois de anos de debates e tentativas para dar seguimento e aprofundar o processo de consolidação das

⁸ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia e em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

⁹ Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: franciscacardosopsi@hotmail.com

diretrizes organizativas do SUS em todo o território nacional, foi publicada a Portaria nº 4.279/2010, que trata sobre as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Apresenta como finalidade: superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando seu funcionamento político-institucional, visando assegurar ao usuário atenção integral, além de um conjunto de ações e serviços, respeitando a diversidade dos contextos regionais (BRASIL, 2010).

Em seguida, com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), no tocante ao planejamento, à assistência e à articulação interfederativa, ficou estabelecida a Região de Saúde como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Cada Região de Saúde deve apresentar uma gama de serviços, programas, ações de saúde e logística, pactuados em rede para garantir assistência à população de um determinado território organizado de forma regionalizada (BRASIL, 2011a).

Entende-se, portanto, o Decreto nº 7.508/2011 como um importante dispositivo indutor para que a Saúde Mental passasse a integrar de forma mais efetiva a rede SUS em toda sua complexidade político-organizativa; e não apenas no nível especializado de atenção, como antes estabelecido, a partir dos hospitais psiquiátricos ou com os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS (BRASIL, 1992). Tanto foi que em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.088/2011, em que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade foi a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b). Em termos organizativos, a RAPS é constituída por serviços que integram pelo menos sete pontos da rede SUS, podendo ainda participar outras redes de apoio social e territorial, ampliando assim a oferta de cuidado em torno das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e uso de álcool e outras drogas.

No estudo em questão objetivamos conhecer o processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí, iniciado em 2012, para que se articulem serviços e ações em Saúde Mental junto aos diversos pontos da Rede de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De forma mais específica tomaremos de análise o caso de implantação da RAPS no território da Planície Litorânea, 1ª Regional de Saúde, constituída por 11 municípios: Parnaíba, Luís Correia, Ilha Grande do Piauí, Cajueiro da Praia, Buriti dos Lopes, Bom Princípio do Piauí, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves e Murici dos Portelas.

CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE MENTAL PIAUIENSE

Traçaremos um breve percurso do processo de Reforma Psiquiátrica no Piauí e sua consolidação na Rede de Atenção Psicossocial para explorarmos algumas questões pertinentes sobre a Saúde Mental no estado e os primeiros movimentos de implantação da rede psicossocial na região.

O Piauí, enquanto um dos nove estados do Nordeste, conta com 224 municípios e apresenta população de 3.118.360 habitantes (IBGE, 2010a). A Saúde Mental no estado ao longo do século XX acompanhou o cenário nacional, resguardada as devidas proporções e temporalidades, com ações concentradas na capital (ROSA, 2011). Desde 1907, com a criação do Asilo dos Alienados, até meados dos anos 1980, a Saúde Mental do Piauí se concentrou na capital, com o fortalecimento dos dois hospitais psiquiátricos, na época, um público, o Hospital Areolino de Abreu; outro privado, o Sanatório Meduna (ROSA, 2005). Somente com a implantação do Programa de Saúde Mental Comunitária proposto pela Associação de Saúde Mental Comunitária, hegemonicamente constituída pelo poder psiquiátrico piauiense da época, é que inspirada no modelo norte-americano de Psiquiatria Comunitária passa a ampliar os pontos de assistência, anteriormente centrados no hospital, para serviços ambulatoriais distribuídos pelos bairros da capital e em quatro municípios do interior do estado: Campo Maior, Picos, Floriano e Parnaíba.

Apesar de todo o debate do Movimento dos Trabalhadores de Saúde no Sudeste do país, a partir do final dos anos 1970, que

se expandia por todo o território nacional, e depois culminou no debate crítico-político da Luta Antimanicomial “Por uma sociedade sem manicômios”, o referido programa piauiense sequer colocou em questão o lugar dos hospitais psiquiátricos piauienses, muito menos o mandato social da psiquiatria. Pelo contrário, as ações dos psiquiatras locais resultaram no fortalecimento da estrutura e do parque manicomial do Piauí, resultando na capilarização do poder psiquiátrico para além dos muros dos hospitais, com a psiquiatrização da vida da população que procurava os ambulatórios para curar seus sofrimentos, muitos advindos das condições de vida e questões sociais que afligia a população, especialmente das classes populares (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012a).

O início da década de 1990, na contramão das experiências do país a fora, apesar de alguns debates locais em torno do tema, também seguiu sob a marca da força dos psiquiatras, cujo poder acabou por arrefecer qualquer tentativa de acompanhar o cenário nacional na abertura de serviços substitutivos ao hospital. A falta de avanços reais fez com que o Ministério da Saúde pressionasse pela redução dos leitos, sem qualquer contrapartida do estado e/ou dos municípios na abertura de serviços psicossociais. As primeiras respostas foram dadas em 1997, quando são criados os hospitais-dia de Picos e de Parnaíba, segundo momento de descentralização de serviços, apesar de completamente tímido, frente à extensão e à heterogênea realidade do território piauiense.

Data, a partir de então, a intensificação de debates legislativos sobre a Saúde Mental, com a proposição das Leis de Saúde Mental no âmbito estadual e municipal, no caso, em Teresina (ROSA, 2005). Sendo que somente a partir dos anos 2000, reconhece-se a força antimanicomial em âmbito local, com a entrada em cena do debate da Luta Antimanicomial nos principais espaços de discussão da Saúde Mental no Piauí. Tal acontecimento acirrou os embates entre os atores sociais envolvidos, mesmo com as dificuldades para a abertura de novos serviços no estado (MACEDO, 2011).

Deste modo, observa-se um processo extremamente moroso, devido às resistências do poder psiquiátrico piauiense, resultando em um processo reformista lento e pouco sintonizado com a proposta de atenção psicossocial. Para Macedo e Dimenstein

(2012b), a Reforma Psiquiátrica no Piauí pode ser dividida em dois momentos: antes e depois de 2001. Antes, seria reconhecido como “Movimento de Reforma da Assistência Psiquiátrica”, momento que iniciou nos anos de 1940, até a aprovação da lei 10.216, em 2001 (BRASIL, 2001). Nesse período, a reforma piauiense apresentou como principal objetivo aperfeiçoar a estrutura asilar do estado, centralizando as ações nos dois hospitais localizados na capital, e pouquíssimas ações nas cidades do interior, com ações ambulatoriais esparsas e pontuais.

Somente em 2004, com a entrada em cena do Ministério Público Estadual como dispositivo indutor, de fato, da Reforma Psiquiátrica no Piauí, é que se percebem os primeiros sinais de estruturação da rede de serviços extra-hospitalares do estado, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tal fato sinaliza a difícil correlação de forças no âmbito da Saúde Mental no estado, em termos de fazer avançar o processo local, o qual demorou 17 anos, depois de implantado o primeiro CAPS do Brasil, para implantar no Piauí (ROSA, 2006).

Embora com o atraso, depois de 2004, alguns avanços auxiliaram na ampliação e na interiorização dos serviços no Piauí, onde alcançou rapidamente boa cobertura, principalmente através de negociações entre a Gerência Estadual de Saúde Mental e os gestores municipais, processo que também ocorreu por intermédio do Ministério Público Estadual (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012b).

Para melhor compreender os processos indutores deste extraordinário avanço na implantação de novos serviços de saúde mental em todo o estado, inclusive a partir do interior, e não da capital, registramos alguns motivos apontados por Macedo e Dimenstein (2012b, p. 154):

- a) O histórico de desassistência em saúde mental no interior, devido à centralidade de serviços na capital, facilitou o diálogo com os municípios para a estruturação da rede psicossocial do Estado. A única política visando uma rede de cobertura regionalizada foi o Programa de Saúde Mental Comunitária, nos anos 1980. No entanto, a base do trabalho dos núcleos criados pelo referido programa era basicamente ambulatorial, ficando as situações de crise e urgência psiquiátrica sob

a tradicional prática da “ambulancioterapia” e seus deslocamentos para a capital. Evidente que tal situação ficou ainda mais precária com a desativação do PSMC. E mesmo com o funcionamento dos dois hospitais-dia (Picos e Parnaíba), em meados de 1990, o poder de resposta destes serviços ficou restrito à demanda reprimida de suas localidades, ficando os demais municípios desassistidos. b) O fato da implantação dos CAPS significar para os gestores a entrada de mais recursos financeiros para o município, além da visibilidade política que eles passariam a ter com a conquista de mais um serviço para a população de sua localidade; esses foram argumentos fortes para sensibilizar os municípios para a abertura dos serviços. c) O trabalho de pactuação entre a Gerência Estadual e 12 municípios, intermediado pelo Ministério Público, possibilitou a expansão da rede de serviços extra-hospitalares. O pacto também visava sensibilizar os gestores para o desafio da resolutividade dos serviços para evitar o envio de pacientes em ambulâncias para longas internações na capital. d) A saída dos primeiros egressos dos cursos de psicologia localizados na capital para o mercado profissional foi outro fator que contribuiu para a implantação dos serviços. Tais profissionais visualizaram a abertura dos CAPS no interior do Estado como uma oportunidade de emprego, sendo que muitos psicólogos foram, inclusive, os autores dos projetos que originaram os respectivos serviços. Por meio dessas ações, o processo de reforma local iniciou pelo interior e, atualmente, conta com 44 CAPS em todo o Estado.

Segundo Feitosa e Silva (2014), a rede prioritária da atenção psicossocial deu uma possibilidade maior de investimento financeiro, o que representou, em 2012, o valor em torno de 200 milhões a mais para o custeio da rede. Porém, mais do que implantar serviços, é preciso avançar na construção da rede integrada dos mesmos, a partir da lógica dos territórios e regiões de saúde, para que se diminuam as iniquidades da distribuição de serviços, desarticulação e descontinuidade das ações no âmbito do cuidado em saúde mental.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem como proposta de responder as necessidades dos usuários, ampliando o acesso do usuário e sua família a uma rede ampliada de serviços, com diversos pontos de atenção, inclusive com articulação intersetorial. Dessa forma, são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011b).

De acordo com o cenário histórico de como tem sido construída a regionalização da Saúde e da RAPS no Piauí, passamos para os tópicos seguintes, com a descrição do método e a sessão de resultados, para compreendermos o processo de implantação da rede psicossocial no estado e na Planície Litorânea.

A IMPLANTAÇÃO DA RAPS NO PIAUÍ

O estudo constituiu-se em uma Pesquisa Social, para a sua realização, ancoramo-nos no método qualitativo, em virtude da vinculação da pesquisa aos aspectos que permeiam e constituem uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2006) são: o estudo das relações, das representações, da história, percepções, crenças, opiniões, produtos das interpretações pelas quais os seres humanos

fazem de si mesmos, sentem e pensam. Assim, o presente método nos auxilia, na medida em que esse se conforma melhor em análise de documentos, em investigações de grupo e segmentos focalizados e delimitados.

A realização da pesquisa seguiu em três etapas: análise documental, entrevista com os atores envolvidos no processo de regionalização da RAPS no Piauí, e rodas de conversas com os profissionais que atuam na rede. Para Gil (1999), a utilização da análise documental consiste da leitura analítica de atas e documentos oficiais – ofícios, portarias e demais documentos institucionais, com finalidade de pesquisa. Nesse sentido, fizemos uso de documentos oficiais constantes nos arquivos da Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí e da 1ª Regional de Saúde de Parnaíba acerca do processo de implantação da RAPS. Como segunda etapa, realizamos entrevista semiestruturada para aprofundarmos nossa compreensão sobre o objeto de investigação, a partir do olhar e do processo vivido pelos gestores (sendo dois representantes da Gerência Estadual de Saúde Mental e sete representantes das Secretarias Municipais de Saúde que compõem a Planície Litorânea) que participaram do processo de implantação da RAPS no Piauí, no período que abrange os anos de 2012 a 2015. Foram 09 participantes nessa etapa da investigação. Por fim, utilizamos rodas de conversas em quatro dos municípios que compõem a Planície Litorânea (Buriti dos Lopes, Cocal, Luís Correia e Parnaíba) e que contém ao menos três serviços da rede (ESF, NASF e CAPS).

O tratamento e análise de dados foi embasado na técnica de Análise de Conteúdo, usada para classificação e agregação dos dados a fim de definir as categorias de análise, a partir dos temas que surgiram ao longo do material produzido na pesquisa, e por fim de interpretação. Quanto aos aspectos éticos, seguiu-se todos os preceitos estabelecidos na Resolução do CNS nº466/2012, resultando na aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, conforme CAAE 48767815.8.0000.5214.

Sobre os resultados propriamente ditos, no primeiro semestre de 2012 a Portaria da RAPS (Nº3.088/2011) foi discutida com representantes da gestão dos municípios (secretários, coordenadores

de CAPS, diretores de hospitais). Foram os primeiros passos para o processo de estruturação de um plano de ação que deveria organizar todo o processo de implantação de serviços, articulação entre os mesmos e participação ativa dos profissionais, usuários, familiares e comunidade no processo.

Nesta perspectiva, o Plano de Ação de implantação da RAPS no Piauí foi composto considerando os itens estabelecidos pela Portaria 3.088 de 23/12/2011: a) caracterização do estado, em termos de distribuição de serviços da RAPS nos territórios; b) desenho da rede; c) processo de implantação da rede; d) ampliação do acesso aos componentes da rede; e) encaminhamento do plano ao Ministério da Saúde.

Quanto à primeira etapa sobre a caracterização do estado, definiu-se que os 11 territórios de desenvolvimento deveriam contar com uma Rede composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs) e leitos de atenção integral em saúde mental (em Hospitais Gerais). Porém, nem todos os territórios apresentavam a cobertura necessária de serviços da rede. Pelo contrário, o que caracterizava os territórios do Piauí no início de 2012, era basicamente dois tipos de dispositivos localizados nos seguintes pontos de atenção: a) atenção básica: equipes da Estratégia de Saúde da Família/ESF (presente em todos os municípios) e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF (presente em somente alguns municípios); b) atenção psicossocial especializada: 43 Centros de Atenção Psicossocial (30 CAPS I, 7 CAPS II, 1 CAPS III, 1CAPS i, 4 CAPS AD). Apesar de todos os 11 territórios contarem com pelos menos ESF, NASF e CAPS, a distribuição dos serviços não respondia a contento a necessidade de acesso, atenção e cuidado da população usuários em cada localidade. Quanto aos demais equipamentos, como por exemplo, serviços residenciais terapêuticos, unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, todos estavam localizados basicamente na capital, com exceção da SRT do município de União (PIAUI, 2014).

Embora, em 2012, o Piauí apresentasse bons índices de cobertura de CAPS (0,91), de acordo com Brasil (2012), outros

componentes da rede eram inexistentes (Centros de Convivência, Consultório na Rua, CAPS AD III, dentre outros), ou quando muito, conforme dito anteriormente, estavam concentrados em Teresina. Sabe-se que cada dispositivo para ser implantado depende do porte populacional da localidade ou da Região de Saúde do qual faz parte. Por isso, a dificuldade da maioria dos municípios do interior do Piauí de contar com determinados serviços de forma isolada.

Quanto à segunda etapa que se refere ao desenho da rede, a proposta tomou como base a matriz diagnóstica elaborada pelos municípios. A gestão local de cada município sinalizou os novos serviços a serem implantados, resultando assim, na preparação do Plano de Ação Regional.

Após o diagnóstico indicando os serviços existentes e os que deveriam ser implantados, foi planejado a pactuação de serviços que comporiam a rede em cada território de saúde do Piauí. Dessa forma, o Plano da RAPS apresentaria 293 novos serviços a serem implantados, conseqüentemente a entrada de novos recursos e possibilidades de contratação de pessoal para a ampliação da rede de Saúde Mental em todo o estado (PIAÚI, 2014).

A última etapa foi o envio do Plano de Ação para o Ministério de Saúde que após as análises deu parecer negativo a propositura. De acordo com os entrevistados alguns aspectos estabelecidos pelo Plano estavam em desacordo com a normativa, por exemplo, não havia qualquer indicação nos documentos quanto as justificativas do porquê da implantação de cada serviço a ser pactuado em cada localidade. O próprio critério populacional estabelecido pelas portarias de cada serviço não foi observado de modo a justificar as pactuações requeridas pelos municípios. Sendo assim o Plano não foi aprovado, gerando insatisfação e questionamentos pelos profissionais, usuários e familiares.

Ao analisarmos o Plano de Ação proposto, observa-se uma série de dúvidas e imprecisões quanto ao número de habitantes de cada Região de Saúde constante no estado, inclusive em desacordo com os dados populacionais do Censo de 2010 ou com as estimativas populacionais dos anos subsequentes (IBGE, 2010b). As outras imprecisões são quanto as proposições dos serviços a serem implantados: a) Pedro II (37.496 hab.) previsto a qualificação do

CAPS I (já existente) em CAPS II (acima de 70 mil hab.); b) Demerval Lobão (13.278 hab.) previsto pactuação com Lagoa (3.863 hab.), Barro Duro (6.607 hab.), Monsenhor Gil (10.333 hab.), Miguel Leão (1.253 hab.), Curralinhos (4.183 hab.), Agricolândia (5.098 hab.) e Passagem Franca (4.546 hab.), totalizando 49.161 habitantes, para implantação do CAPS AD (acima de 70 mil hab.) e CAPS i (70 mil hab.); c) Oeiras (35.640 hab.) previsto implantação de um CAPS AD (70 mil hab.) sem pactuação com outros municípios da região; d) Elesbão Veloso (14.512 hab.) previsto pactuação com Barra do Alcântara (3.852 hab.), Várzea Grande (4.336 hab.) e Francinópolis (5.235 hab.), totalizando 27.935 habitantes, para implantação do CAPS i (70 mil hab.); e) Pimenteiras (11.733 hab.) previsto pactuação com Assunção do Piauí (7.503 hab.), totalizando 19.236 habitantes, para implantação do CAPS i; f) no caso dos leitos integrais, o Plano previu a pactuação de 202 leitos, enquanto que pela Portaria Nº 3.088/2011, que estabelece 1 leito para 23 mil habitantes, estariam previstos somente 130 leitos. As mesmas imprecisões seguiram no caso das pactuações das Unidades de Acolhimento Adulto (200 mil hab.) e Infantojuvenil (100 mil hab.) e para os Centros de Convivência (200 mil hab.).

Ademais, o Plano detinha-se somente sobre as pactuações para implantação de novos serviços sem qualquer indicativo de estratégias para integração e coordenação do cuidado entre os diversos pontos de atenção da RAPS em cada território das Regiões de Saúde do estado.

No caso do Plano de Ação da RAPS da Planície Litorânea, este foi apresentado na CIR pela Superintendência de Saúde Mental de Parnaíba no ano de 2013. O Plano foi aprovado naquela instância e também na CIB no mesmo ano (Nº 095/2013). Ficou assim estabelecido o desenho regionalizado da Rede para a Planície Litorânea:

- 01 CAPS I em Caraúbas, pactuado com os municípios de Caxingó e Murici dos Portelas;
- 01 CAPS i em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todo o território;
- 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil em Parnaíba para atendimento a todos os municípios do território;

- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Parnaíba com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto em Luís Correia;
- 01 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil em Cocal, pactuado com municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas;
- 01 Serviço Residencial Terapêutico em Parnaíba com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 10 leitos de atenção psicossocial no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, localizado em Parnaíba, com abrangência de atendimento a todos os municípios do território;
- 04 leitos de atenção psicossocial em Luís Correia;
- 04 leitos de atenção psicossocial em Cocal, pactuado com os municípios de Caxingó, Cocal dos Alves e Caraúbas.

Porém, novamente percebe-se a preocupação voltada apenas para implantação de serviços sem a prerrogativa do trabalho em rede.

Em resumo, as maiores dificuldades quanto ao processo de Regionalização da RAPS no PI, com base no seu 1º Plano de Ação (2013-2015), resume-se: a) na implantação de serviços sem considerar estratégias, que são de maior urgência, no que se refere a mudança dos processos de trabalho e organização dos serviços, bem como estratégias de regulação e acompanhamento para a garantia do trabalho em rede de cada município e entre os municípios de uma mesma Região de Saúde; b) no desconhecimento por parte dos gestores e trabalhadores dos instrumentos e normativas para implantação da RAPS no PI; c) e nos efeitos de um processo verticalizado, além da normatização e impasses com o financiamento e ausência de participação e controle social. Quanto ao processo de devolutiva do Ministério da Saúde sobre o Plano da RAPS do Piauí, foram indicadas inconsistências no desenho da rede, no tocante à implantação de alguns dispositivos pactuados, inclusive para a Planície Litorânea e que durante 2016 encontra-se em processo de reelaboração para posterior reenvio ao Ministério.

OS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO NORTE DO PIAUÍ

Dentre os profissionais que participaram desta etapa de pesquisa, a maioria foi do sexo feminino (n=7), com idade entre 24-29 anos (n=7), com pouco tempo de formado (média de quatro anos) e pouco tempo de experiência profissional na saúde (média de cinco anos). Para a maioria, este foi o primeiro emprego, cinco entre os participantes tiveram outro emprego, sendo que três deles exerceram função paralela, como professores. Somente cinco profissionais residem no município que trabalham. Em termos de categoria profissional, destaca-se a enfermagem (n=4) e a psicologia (n=4), sendo os demais da administração, da fisioterapia, da medicina, da pedagogia e do serviço social.

Conforme exposto, o perfil dos profissionais entrevistados se assemelha aos resultados encontrados em outros estudos com trabalhadores de saúde no Brasil (SILVEIRA, 2014; HADDAD, 2010; FILIZOLA, MILIONI e PAVARINI, 2008). Caracterizando um trabalho em saúde ainda marcado por questões de gênero, sendo a maioria composta por profissionais mulheres e, por isso, relacionados à função do cuidado. Quanto à idade, é expressiva a prevalência de profissionais jovens no trabalho em saúde. Além disso, recém-formados, o que denota um curto tempo de atuação em serviços de saúde, levando um tempo para esses profissionais se integrem às práticas e à rotina do serviço, tendo em vista que na maioria dos casos, é o primeiro emprego, e que geralmente têm que sair da cidade de origem para trabalhar (SILVEIRA, 2014).

Observa-se que alguns profissionais contam com outros vínculos empregatícios. Segundo Gonçalves (2014), a associação de dois ou mais empregos, inclusive com o exercício de outras atividades profissionais de maneira paralela, reflete o contexto de busca pela complementação salarial, em função da desvalorização salarial e/ou econômica de determinadas profissões, insegurança quanto ao vínculo, principalmente associadas à dependência político-eleitoral.

Quanto à estrutura da RAPS nos municípios, com exceção da roda de Parnaíba, que conta com uma rede mais estruturada de serviços, os próprios participantes reconheceram pelo menos

três pontos de atenção da rede em sua localidade (Atenção Básica – ESF e NASF, CAPS e SAMU). No geral, os participantes relataram que se trata de uma “rede” ainda com dificuldades de ser operacionalizada, resumindo-se a encaminhamentos, pelas mais diversas dificuldades: financiamento; não implantação dos serviços pactuados no Plano de Ação Regional; infraestrutura; falta de contratação de pessoal; condições de trabalho; precarização dos serviços; falta de retaguarda de demais níveis de atenção, inclusive por parte do município de referência da região, que é Parnaíba; além da dificuldade da própria formação profissional para atuar na perspectiva do SUS e da estratégia de atenção psicossocial.

Pelo menos em duas rodas, Buriti dos Lopes e Luís Correia, os profissionais apresentaram descontentamentos quanto às condições de trabalho, sobrecarga em função da alta demanda, inclusive da zona rural, devido à dificuldade com o transporte tanto para população para viabilizar o acesso aos serviços, quanto para os profissionais prestarem assistência. São dificuldades que inviabilizam as ações e a continuidade do trabalho, o que acaba figurando como pontual e paliativo.

O funcionamento da rede aqui no município é o seguinte, a doutora dá o encaminhamento, e a pessoa vai para o CAPS, alguns passam por aqui pela ESF, mas se é saúde mental, vai para o CAPS, conversam com o profissional da Psicologia, que vai lá também na zona rural. Digo, porque trabalho na zona rural, e chamo o auxílio da psicóloga quando preciso. Chegando lá, ela, a psicóloga, tem a roda de conversa com os pacientes. O psiquiatra também já esteve lá algumas vezes, e funciona assim (Profissional 10).

As dificuldades acima descritas impactam na organização e no funcionamento da RAPS, em função não apenas dos seus aspectos estruturais, mas também micropolíticos, em torno da organização dos processos de trabalho das equipes, dos serviços, e da própria rede em cada município e na Planície Litorânea como um todo.

Sobre a atuação dos serviços na atenção básica, a prática ambulatorial predomina, com a realização de atendimentos clínicos e algumas visitas domiciliares por parte dos ACS e equipe da ESF e

do NASF. De acordo com os relatos, os casos de saúde mental, uma vez identificados, são encaminhados para consulta com especialista (psiquiatra) no CAPS. As ações realizadas especificamente pelo NASF acabam se resumindo a visitas domiciliares, trabalhos com grupos, consultas, atendimento ambulatorial, entrega de medicamentos e visitas esporádicas às escolas. Para o Profissional 13, o “NASF não está preparado para lidar com as questões de saúde mental, não trabalha como era para ser, apenas realiza consultas”. Por outro lado, o foco das ações acabam se voltando para as demandas típicas da atenção básica, em função dos programas executados (saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, diabetes, hipertensão, etc.), mas quando são relacionadas à saúde mental adquirem um caráter de invisibilidade.

É difícil, do ponto de vista da atenção básica, que já tem muitos programas para o profissional dar conta e a gente da saúde mental, é mais um programa. Temos que dar conta de todo um sistema. Não queremos tirar de dentro do CAPS e dar para outro serviço e te vira, a gente quer dividir (Profissional 20).

No tocante ao trabalho em equipe, é constante a dificuldade de articulação entre as mesmas, apesar de terem iniciado o matriciamento, particularmente em Parnaíba, as dificuldades ainda são muitas. Uma delas é quanto às próprias equipes conhecerem seu trabalho e a rede de serviços. Foi relatado a pouca interação com outras equipes, especialmente de outros serviços, principalmente entre a atenção básica e o CAPS. Percebemos, ainda, dificuldades tanto do NASF quanto do CAPS em encontrarem as equipes da ESF para procederem nos suportes técnico-pedagógicos necessários, no sentido de qualificarem os profissionais da atenção básica para atenderem às demandas em saúde mental. “Deveria ser feito o acompanhamento com as equipes, encontros entre ESF e NASF, observar as demandas, buscando fazer o matriciamento, mas nada disso tem se concretizado” (Profissional 18).

Diferente do que foi relatado pelos entrevistados, o trabalho na perspectiva da Atenção Básica, nos documentos e portarias do M.S se caracteriza por meio de um conjunto de ações voltadas para

a promoção, a prevenção, o acompanhamento e o cuidado, além da reabilitação em saúde. O trabalho em equipe ocorre com base em ações e práticas gerenciais e sanitárias, com o acompanhamento da saúde da população de um determinado território. Faz-se importante o contato dos usuários com os sistemas de saúde, orientado para os princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização, responsabilização, acessibilidade, vínculo, continuidade, participação social e coordenação do cuidado. Nesse sentido, a Atenção Básica integra todos esses fatores, para a promoção de um modo de vida saudável para o usuário, integrando-o em seu território e observando, também, aspectos socioculturais dentro desse processo (LAVRAS, 2011).

Nesses serviços, o acolhimento é essencial, principalmente na perspectiva da integralidade do cuidado, por isso ele se propõe a inverter a lógica e o funcionamento do serviço de saúde, a partir de três princípios:

(a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA *et al.*, 2008, p. 101).

A prática do acolhimento auxilia o processo de trabalho nos serviços de saúde, busca fazer frente ao modelo hegemônico, biologicista e reducionista, centrado também em um processo no qual os profissionais privilegiam ações curativas, fragmentadas, mecanizadas e médico-centradas, fortalece os laços, possibilitando o estabelecimento de um vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores. Com o vínculo estabelecido, há a possibilidade de concretizar o princípio da integralidade, proporcionando a autonomia em relação à saúde do usuário, e permite que profissional e usuário compartilhem as ações de cuidado (GARUZI *et al.*, 2014).

Dessa forma, há que se investir na qualificação dos trabalhadores “para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar” (SOUZA *et al.*, 2008, p.102).

É nesse processo que trabalhadores buscam intervir de forma acolhedora e humanizada em uma determinada realidade, sendo que este não é um trabalho fácil e nem acontece sem propostas de trabalho planejadas, por meio de metodologias participativas, o que exige negociações dentro deste espaço de trabalho, a fim de estabelecer métodos que facilitem a participação ativa do usuário em seu processo de saúde-doença-cuidado.

Outros estudos sinalizam dificuldades semelhantes aos encontrados nesta investigação quanto ao manejo com os casos de saúde mental na atenção básica. De acordo com Lucchese *et al.* (2009), em um estudo sobre a saúde mental no Programa Saúde da Família em Cuiabá-MS, as equipes ESF não sabiam como lidar com os casos de saúde mental, e quando se viam diante de tais situações recorriam ao hospital ou aos CAPS locais. Desse modo, é necessário a proposição de novas práticas profissionais, a fim de superar a invisibilidade dos problemas de saúde mental ou a inabilidade do manejo desses casos na atenção básica. Para Oliveira, Ataíde e Silva (2004), o reconhecimento ou não das queixas e demandas em saúde mental pela atenção básica depende da atitude dos profissionais em reconhecerem essas manifestações como objeto de suas intervenções.

No que se refere aos CAPS, foi reportado pelos entrevistados que a estrutura ainda é falha, o serviço geralmente atua com base nas demandas espontâneas. As queixas que chegam vão desde cefaleia até problemas neurológicos, que não se configuram enquanto demandas de CAPS (transtornos mentais severos e persistentes), podendo ser acompanhadas pela atenção básica e ambulatórios do município. Tal fato causa estranheza, considerando que os problemas que concernem aos CAPS estão nas mãos dos familiares, sem qualquer suporte ou retaguarda dos serviços, o que pode gerar desassistência ou situações de cárcere privado e violação de direitos (MACEDO *et al.*, 2015).

Os entrevistados ainda referiram que os CAPS recebem encaminhamentos da ESF, do NASF e da assistência social, especialmente dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). “Recebemos muitos encaminhamentos de outros municípios, como Ilha Grande (município vizinho a Parnaíba), e do CRAS, com a

questão da rede. Nós conseguimos mais aproximação da assistência do que da saúde” (Profissional 21). Porém relataram dificuldades quanto a articulação com os demais serviços para efetivar, de fato, a rede de atenção e suporte do cuidado, enquanto estratégia da RAPS.

A partir das descrições apontadas pelos profissionais fica evidente a dificuldade de se trabalhar em uma perspectiva de atenção psicossocial e da clínica ampliada, envolvendo o acolhimento, o vínculo, a escuta, o projeto terapêutico singular (PTS), o matriciamento, o trabalho em equipe e a continuidade do cuidado. Sendo que prevalece ainda um modelo técnico-assistencial tradicional, baseado nos especialismos, na hegemonia do paradigma médico e do modelo asilar, ou seja, aspectos contrários à perspectiva da integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere à regionalização da RAPS no Piauí, o Plano de Ação Regional (PIAUÍ, 2014), apresentou inconsistências quanto ao critério populacional para abertura de serviços e problemas relacionados ao financiamento que também foram observados. Tais fatores resultaram na devolução do Plano pelo Ministério da Saúde para que sejam realizados ajustes e adequações.

Quanto às dificuldades expostas pelos profissionais nas rodas de conversas, giraram em torno das principais demandas em saúde mental, nos serviços de saúde, da estrutura da rede, da organização e da atenção em rede. Mostraram que a estrutura da rede ainda se encontra diminuta, e as condições precárias de trabalho e de infraestrutura que se mantêm dificultando sobremaneira as ações nos serviços. Como consequência, o trabalho acaba resultando no modelo ambulatorial, que pouco contribui para a produção de cuidado em saúde mental no território.

Com relação à organização e à atenção no funcionamento da RAPS nos municípios, ainda apresenta impasses, principalmente nos aspectos micropolíticos, no que concerne aos processos de trabalho das equipes dos serviços de saúde, com dificuldades, por exemplo, em relação ao matriciamento, às ações de educação permanente e intersetorialidade.

É urgente, portanto, um trabalho no âmbito da gestão da política de saúde mental do estado em conjunto com os municípios de modo a fortalecer as pactuações e instrumentos de gestão da rede e gestão da clínica no território, tanto no trabalho das equipes quanto entre os serviços de um mesmo município ou das Regiões de Saúde, para potencializar atuação-implicação dos atores envolvidos na produção de cuidado em saúde mental no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Diário Oficial da União. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto de nº 7.508**, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências à Rede de Atenção à Saúde. Dispõe da Região de Saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. **Saúde Mental em Dados**. Ano VII, nº 11. Brasília, outubro de 2012.

FEITOSA, L. G. G. C.; SILVA, M. do R. de F. Assistência em Saúde Mental no Piauí: mecanismos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão. **Serviço Social e Saúde**. Campinas, SP, v. 13, n. 1 (17), p. 77-92, jan./jun. 2014.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

GONÇALVES, C. R. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 3. ed. 1999.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010a. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população de municípios do Piauí. (IDHM). Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=22&search=piaui>> Acesso em 28 jun. 2015.

_____. **Censo Demográfico**. 2010b. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população Planície Litorânea. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem/picont96.shtml>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LUCCHESI, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MACEDO, J. P. *et al.* Cárcere Privado: desafios para Atenção Primária e Psicossocial no Norte do Piauí, **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p. 117-136, 2015.

MACEDO, J. P. S. **Participação e ação política dos psicólogos frente à Política de Saúde Mental no Piauí**. 2011. 272f. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN. 2011.

MACEDO, J. P. S.; DIMENSTEIN, M. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances em Psicologia Latinoamericana**,

Colômbia, v. 30, n. 1, 2012a. Disponível em: <revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/1437/1802>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, n. 22, p. 138-164, 2012b. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a22/macedodimenstein01.2012>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed., São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAIDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 618-24, 2004.

PIAÚÍ. Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI). **Resolução CIB-PI**, nº 095/2013, 08 de novembro de 2013, Teresina-PI, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Piauí (SESAPI), **Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí**, PI, Teresina, 2014.

ROSA, L. C. dos S. **Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí**. Piauí: EDUFPI, 2005.

_____. **O nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: Edufpi, 2006.

_____. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVEIRA, D. S. da. Composição das Equipes de Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, **Revista de Enfermagem - UFSM**, v. 4, n. 3, p. 509-518, jul./set. 2014.

SOUZA, E. C. F. de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, 2008.

A REDE QUE TEMOS E A REDE QUE PRETENDEMOS: DESAFIOS PARA PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA RAPS DE PICOS – PI

*Juliana Barbosa Dias Maia¹⁰
Sofia Laurentino Barbosa Pereira¹¹*

A estruturação de uma rede de atenção aos sujeitos acometidos com transtornos psíquicos é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da reforma psiquiátrica: a construção da cidadania desses indivíduos. Assim, percebe-se a importância da organização e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental e incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade.

Compreendendo isso, este trabalho objetiva a apreensão

¹⁰ Psicóloga. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Pernambuco. Professora da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) - *Campus de Picos*.

¹¹ Assistente social. Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

dos desafios para promover o direito à saúde das pessoas com sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial de Picos-PI, ao perceber que a transição em substituição ao modelo asilar/manicomial ocorreu de maneira bastante tardia no referido município e que a estruturação de uma rede articulada de serviços necessária para abranger as diferentes necessidades desses sujeitos ainda se encontra em estágio embrionário.

O impulso para investigar esse cenário se deu pela necessidade de uma compreensão mais clara sobre os processos relacionados à saúde mental desse município, observando e analisando até que ponto se encontra comprometida com a cidadania e os direitos dos usuários, uma vez que leva em conta um contexto multidimensional em que estão inseridos a história, a sociedade, a instituição psiquiátrica e os sujeitos participantes da pesquisa na conjuntura da realidade brasileira e piauiense.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ E EM PICOS

No percurso de desenvolvimento da saúde mental no estado do Piauí, evidenciam-se movimentos em reflexo do panorama nacional e a trajetória para o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, com peculiaridades específicas em virtude das desigualdades evidenciadas no país e, no caso, presentes por se tratar de um dos estados mais pobres do Brasil.

A trajetória histórica da Política de Saúde Mental na realidade piauiense se deu de forma semelhante ao processo brasileiro, no entanto, traz consigo suas peculiaridades, principalmente no que se refere ao atraso histórico de sua inserção no próprio SUS, reforçado pelas resistências dos gestores da época às inovações a serem introduzidas, como destaca Rosa (2008b).

Assim, as primeiras mudanças no tratamento a pessoa com transtorno mental no estado somente passaram a ser disseminadas a partir de 1980, com as ações da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí e da Associação Psiquiátrica do Piauí, que fomentaram a criação da coordenação estadual de saúde mental e lutaram pela interiorização e descentralização das ações de saúde mental da capital para os principais municípios polos de

desenvolvimento do estado, sobretudo Picos, Parnaíba e Floriano – já que, até então, os únicos serviços de saúde mental do estado se localizavam em Teresina, a capital (ROSA, 2008b).

Nos últimos anos, o Piauí apresentou um processo de constante redução dos leitos em hospitais psiquiátricos. Apresenta-se como marco desse processo o fechamento do Sanatório Meduna em maio de 2010, restando apenas o Hospital Areolino de Abreu como hospital psiquiátrico do estado.

Em 2009, o estado possuía 360 leitos em hospitais psiquiátricos, e com o fechamento do Meduna ocorre uma redução de 200 leitos, restando no ano de 2010, a quantidade de 160 leitos em hospitais psiquiátricos no estado, todos localizados no setor público, sediados no Hospital Areolino de Abreu, na capital Teresina. A diminuição de leitos ocorreu por interferência do Ministério da Saúde, como uma estratégia para pressionar os gestores estaduais e locais para criação de mais serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a expansão de leitos em hospitais gerais, como forma de evitar o isolamento dos pacientes (ROSA, 2011).

A expansão dos CAPS e de outros serviços alternativos ao hospital psiquiátrico na realidade piauiense somente acontece após 2004, o que revela um atraso em relação a outros estados brasileiros. Dessa forma, em 2005, é criado o primeiro Plano Estadual de Saúde Mental no Piauí, com objetivo de propor a Política de Saúde Mental do Estado, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, passando a estimular os gestores municipais do interior a criarem CAPS, com base nos incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde (ROSA, 2011).

No ano de 2006, segundo Rosa (2011), o Piauí efetiva sua reforma psiquiátrica, com a ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial nas cidades do interior, que passam a contar com mais de 18 CAPS nesse período. No ano de 2014, esses números triplicam, contando o estado com 54 CAPS, ganhando destaque em âmbito federal em relação a esses serviços alternativos. No entanto, a política de saúde mental não se faz só de CAPS, e com a implantação da Rede de Atenção Psicossocial a criação de novos serviços para atender a demanda de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas também se apresenta

como uma urgência, a qual ainda está em estágio de implantação no Piauí.

Em relação à cidade de Picos, localizada na região centro-sul do Piauí, a 310 km de Teresina, conta uma população estimada no ano de 2014 de 76.309 habitantes (IBGE, 2015), sendo, portanto, a terceira cidade mais populosa do estado. Picos tem ganhado destaque, além do crescimento populacional, também pelo desenvolvimento econômico, principalmente no que se refere à agricultura.

Picos se encontra no território do vale do rio Guaribas e teve início com os indígenas da tribo dos Jaicós, que habitavam a região muito antes da chegada dos portugueses ao Brasil. Já os registros históricos oficiais mais antigos fazem referência a um aldeamento Jaicós (e não a Picos), no ano de 1731, que deu origem ao atual município de mesmo nome. Em 1762, a aldeia já era habitada por uma população de aproximadamente três centenas de índios, contando-se 28 moradias no povoado. A construção de duas escolas e de uma capela em 1767 levou a que, em 1801, fosse instalada a Freguesia de Cajueiro, depois Vila de Jaicós (1832) e, finalmente, cidade de Jaicós, em 1889, em cumprimento ao Decreto Estadual nº 03, de 30 de dezembro daquele ano, concedendo-se foro de cidade à sede municipal. A instalação verificou-se em 21 de fevereiro de 1834 (PIAUI, 2014).

Em seguida à criação de Jaicós, tem-se a do município de Picos, o que veio a ocorrer no ano de 1890 e teve sua origem numa fazenda de um certo senhor Borges Marinho, grande fazendeiro da região na época. Ambos os municípios foram desmembrados do município de Oeiras. Após a instalação de Picos em 1938, 48 anos depois, verifica-se a criação de novos municípios, sendo daí até o ano de 1989 acrescidos apenas 14 municípios, dentre os quais São Julião e Monsenhor Hipólito (PIAUI, 2014).

A história da Política de Saúde Mental na cidade de Picos-PI teve início no ano de 1974, com a chegada do primeiro médico psiquiatra, Pedro Cronemberger Neto, que continua atuando na região até os dias atuais. Naquele momento, o que existia de atendimento em saúde mental no município eram os cinco leitos psiquiátricos de que dispunha o Hospital público São Vicente de

Paula, sendo dois destinados aos clientes do sexo masculino e três aos do sexo feminino e, as consultas no consultório particular do referido médico ou em domicílio, quando necessário. Anterior a sua chegada, a demanda de atenção à crise/casos mais graves do município era direcionada à capital, sendo os atendimentos centralizados (CRONEMBERGER *et al.*, 2005).

Na década de 1980, Dr. Anfrísio Lobão Neto, psiquiatra que atuava como Secretário de Saúde do Piauí, criou o Programa de Saúde Comunitária no estado, período em que houve a desativação do Hospital São Vicente de Paula, substituído pelo Hospital Regional Justino Luz, cujo objetivo desse programa era levar a psiquiatria para todo o interior, de onde resultou a criação dos núcleos em polos como Picos, Parnaíba e Floriano; os demais municípios passaram a contar com subnúcleos, onde os médicos generalistas eram treinados para atender as demandas.

O funcionamento do programa se deu por meio de serviços de ambulatórios onde o usuário era atendido, recebia um cartão de identificação com a data de retorno agendada e a medicação, fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Contudo, em função da falta de recursos financeiros, o que alegam os detentores do poder da época, o programa não teve como se manter e não obteve assim o sucesso esperado.

Na segunda metade da década de 1990, no governo de Francisco de Assis de Moraes Souza (conhecido por Mão Santa), de acordo com Rosa (2008a), foram desativados os leitos psiquiátricos do Hospital Regional Justino Luz devido à criação de um Hospital-Dia em 1997 no município de Picos, e com isso esses leitos do Hospital Geral ficariam obsoletos.

Apesar de ter sido um dos primeiros municípios do Piauí a inaugurar serviços alternativos ao modelo manicomial tradicional, a cidade permanece carente de serviços voltados à pessoa com transtorno mental. Em 2005, o Hospital-Dia de Picos atendia um total de 48 municípios, incluindo outros estados, como Pernambuco e Ceará, dispondo de transporte para usuários e familiares até a instituição (CRONEMBERGER *et al.*, 2005).

O Hospital-Dia, aprovado pela Portaria n.º 44/GM de 2001, é uma modalidade de serviço criado anteriormente à propagação de

CAPS pelo país, devendo ser, aos poucos, substituído pelos Centros de Atenção Psicossocial ou outros serviços da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b). Dessa forma, os Hospitais-Dia são considerados ultrapassados, se comparados aos CAPS, enquanto serviço de tratamento à pessoa com transtorno mental na concepção da Reforma Psiquiátrica, devido a sua vinculação – reforçada inclusive pelo próprio nome – com o modelo hospitalocêntrico.

Com a instituição da RAPS em 2011 pelo Ministério da Saúde, foram normatizadas no mesmo ano, as suas diretrizes, a saber: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, dentre outras (BRASIL, 2011).

No ano de 2013, a Comissão Intergestores Bipartite do Piauí (CIB-PI), em sua 199ª reunião ordinária, decidiu pela aprovação da Resolução de número 29 e 80, que previa o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial no Território Vale do Rio Guaribas e a implantação de novos serviços voltados para assistência à saúde mental nos municípios da região.

Nesse sentido, o Ministério Público do Estado do Piauí (SANTOS, 2015) divulgou um levantamento feito em 2014, que previa, por meio de um Termo de Ajustamento de Conduta, a implantação dos seguintes serviços nos municípios de Picos – PI até o fim de 2015: 01 CAPS II; 01 CAPS AD III; 01 CAPS infantil; 01 Unidade de Acolhimento Adulto; 10 leitos de atenção psicossocial no Hospital Regional Justino Luz; e 01 Residência Terapêutica – Tipo I. Os serviços encontram-se em situação de pactuação por Comissão

Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), e muitos, até o momento, ainda não foram implementados.

Em outubro de 2015, na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Campus Professor Barros Araújo, ocorreu o I Evento em Saúde Mental na cidade de Picos - PI. A iniciativa foi desenvolvida a partir das pesquisas realizadas pela autora desta proposta de pesquisa e de outros docentes da universidade para oportunizar um encontro abordando temáticas sobre a saúde mental em geral e no município de Picos, fortalecendo sua história nessa região do semiárido piauiense e considerando fundamental avaliar as potencialidades e desafios para promover a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico no modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Ainda em 2015, o Hospital-Dia encerrou suas atividades dando origem ao CAPS II, que se encontra em fase de implantação no ano de 2016. Verifica-se, portanto, que o município se encontra em fase de transição, de substituição do modelo hospitalocêntrico para uma assistência psicossocial centrada na lógica do território, através da criação de serviços substitutivos comunitários, compartilhando o cuidado com demais serviços de saúde, como a atenção básica, nos preceitos reformistas.

A equipe desse CAPS, junto com a atenção básica, está fazendo, pela primeira vez em Picos, o mapeamento de todos os usuários da saúde mental para servir como base no matriciamento da Rede de Atenção da Saúde Mental Municipal. Tal fato apresenta-se como um avanço referente à Política de Saúde Mental na cidade, por considerar a iminência do reconhecimento do território para o desenvolvimento de práticas de saúde. Tal avanço fortalece as ações em saúde mental no município, no sentido de abertura de mais serviços, essenciais para a implementação da reforma psiquiátrica no município.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial de Picos é formada por: Atenção Básica (36 ESF, 6 NAFS), 1 CAPS II, 1 CAPS AD, SAMU e 1 Hospital Regional. Encontra-se em andamento a implementação de 1 CAPSi, 1 Unidade de Acolhimento e 1 Residência Terapêutica. Cabe evidenciar, no entanto, que a rede em implantação no município não corresponde à RAPS necessária, preconizada pela

Portaria de nº 3088/11 (BRASIL, 2011). Na figura abaixo, os setores destacados em vermelho (CAPS I; CAPS AD III; Unidade de Acolhimento e Residências Terapêuticas; Enfermarias Psicossociais) não estão presentes na RAPS do município, dessa forma, trazendo dificuldades na relação de concretização e eficiência da rede.

Esse aparato institucional indica mudanças importantes no âmbito da saúde mental, tanto para o município, quanto para o Território do Vale do Guaribas. No entanto, como dito anteriormente, Picos vivencia um processo transitório de substituição do modelo hospitalar visando ao avanço dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em que há necessidade de demarcar mais claramente a mudança no cuidado e assistência à pessoa com transtorno mental para além da criação de novos serviços, mas também no compartilhamento de cuidado no território.

Embora tenham acontecido vários planejamentos e ações nos últimos anos pelas políticas estadual e municipal de saúde, a atenção à Política de Saúde Mental na cidade de Picos ainda tem sua implementação bastante incipiente, observando certo retardo no processo de reforma psiquiátrica em curso, conforme será analisado no próximo tópico deste artigo, à luz das falas dos trabalhadores dos serviços da RAPS do município.

DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PICOS: UMA ANÁLISE À LUZ DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A pesquisa foi realizada nos dispositivos de assistência à saúde mental que compõem a RAPS, em funcionamento no município, sendo estes: SAMU; CAPS AD e CAPS II; NASF; ESF; e Hospital Regional Justino Luz. Participaram do estudo 12 profissionais atuantes na RAPS de Picos-PI, sendo 02 de cada serviço.

A construção de dados somente ocorreu após os sujeitos serem formalmente convidados, esclarecidos e aceitarem participar da pesquisa como voluntários, apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao Termo de Autorização Institucional, elaborados de acordo com a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), informando-lhes sobre objetivo, importância e metodologia do estudo, garantindo-lhes todas as medidas de proteção, sigilo e anonimato.

Para a coleta de dados utilizou-se o método de triangulação de Minayo (2005), considerando a diversidade de sujeitos e contextos envolvidos no estudo, sendo assim, possível ampliar e aprofundar as informações referentes ao objeto da pesquisa, de modo a se ter maior aproximação da realidade.

Ao serem questionados sobre como vem ocorrendo a execução das políticas de saúde mental em Picos, verificou-se que alguns profissionais revelaram uma compreensão relacionada com os princípios da reforma psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente aqueles que trabalham na atenção psicossocial social, ou seja, nos CAPS, como revelam as falas a seguir:

Houve mudança quanto à saúde mental com a Reforma. Os pacientes, eles eram tratados como loucos, presos nos manicômios e com essa Reforma o paciente passou a ser visto como ser humano. Então eu acredito que houve uma mudança em todo o Brasil, a nível de município também (ENTREVISTADA 1 - CAPS AD).

Por conta da Reforma Psiquiátrica, a gente tem uma organização de Rede que vai além dos serviços especializados, que antigamente a gente tinha o cuidado de saúde mental restrita aos hospitais psiquiátricos [...] Então agora a gente tem uma Rede que se organiza amplamente, vai além da saúde, pra educação, pro social (ENTREVISTADA 2 - CAPS AD).

A portaria 3088 que institui a RAPS, ela foi muito efetiva quando ela soube distribuir os dispositivos, então eu acho que a partir desse momento todos os setores, outros setores como justiça, educação passaram a compreender o que é a Rede de Atenção Psicossocial (ENTREVISTADA 1 - CAPS II).

Já aqueles profissionais que atuam em outros serviços da rede, como nos hospitais e atenção básica, apresentaram dificuldades tanto na explanação sobre a Reforma Psiquiátrica, quanto na compreensão da RAPS:

Eu não entendo nada de RAPS. Nada. Eu nunca ouvi falar dessa RAPS. [...] Aqui o único conhecimento que a gente tem é de CAPS (ENTREVISTADO 1 – HOSPITAL)

O que é essa RAPS? Não tenho conhecimento sobre RAPS de Picos. Se existe, eu não tenho conhecimento (ENTREVISTADA 2 – SAMU).

Como se nota nas falas acima, muitos profissionais que trabalham em serviços que compõem a rede de atenção psicossocial de Picos, principalmente aqueles que não são exclusivos da saúde mental, não têm clareza do significado da RAPS, e apontam que isso ocorre, sobretudo, pela ausência de comunicação com os demais serviços da rede e com a gestão de saúde, além da falta de capacitações e treinamentos voltados para área da saúde mental.

Aqui a gente não tem essas capacitações. Aqui é muito pobre nisso. Que era uma coisa que era pra acontecer frequentemente, então fica muito difícil a gente entender o que é isso e até mesmo fazer esse encaminhamento dos pacientes, aí temos essa dificuldade porque não temos essa capacitação. Assim, a dificuldade é justamente encaminhar esse paciente, a gente fica sem saber pra onde, pra onde mandar? (ENTREVISTADO 1 – HOSPITAL).

Capacitação mesmo, aqui no município só teve uma com uma psiquiatra de Teresina e assim, eu acho que ainda há uma falha muito grande na Rede por conta de capacitação na área de saúde mental. Eu acho que o município ainda está em falha. Eu acho que a dificuldade é de gestores, da coordenação geral, coordenação de saúde mental, se articular com o município, se articular mais com a Rede e tentar buscar mais proximidade com a RAPS (ENTREVISTADO 2 – CAPS II).

Assim, observa-se que, de uma forma geral, os sujeitos da pesquisa foram unânimes ao falar da necessidade de mais capacitações e treinamentos voltados para a saúde mental e para a RAPS.

As possibilidades para melhorar a qualidade da RAPS, do serviço da Rede de Assistência Psicossocial, dentre outros, eu diria que a qualificação de profissionais. Tem que existir a especialização, capacitações... Porque fica muito difícil trabalhar em algo que realmente o profissional não tenha o conhecimento suficiente. Seria uma das possibilidades. Uma outra possibilidade que eu já falei bem anteriormente aí, bem pelo fato de já ter falado, a questão de realmente a Rede funcionar, mas essa Rede só vai funcionar se de fato existir uma qualificação de profissionais (ENTREVISTADA 1 - CAPS AD).

As capacitações são apontadas também como forma de qualificar os trabalhadores da rede de atenção psicossocial e, portanto, como uma possibilidade de atuação. No entanto, em outras falas, outros sujeitos destacaram que no último ano houveram algumas capacitações, mas o que ocorreu foi uma dificuldade de adesão por parte dos trabalhadores, principalmente dos profissionais de nível médio. Portanto, questiona-se se não há também um desinteresse de alguns profissionais em se qualificar.

Outro ponto importante é que a maioria dos trabalhadores entrevistados é contratada pela gestão como serviço prestado e tem vínculos empregatícios temporários, ou seja, uma minoria é efetiva, e não ingressou por meio de concursos públicos. Essa informação revela uma certa despreocupação na contratação de profissionais com experiência, afinidade ou qualificação para atuar na saúde mental. A fala a seguir reforça isso:

A gente tem dificuldades de recursos humanos, embora a gente tenha equipes grandes nos dispositivos. Alguns profissionais ainda faltam, a grande maioria é contratada. A gente tem profissionais concursados, mas a maioria é contratado, a questão dos profissionais de nível médio também, do perfil do profissional que a gente precisa nas Instituições de saúde mental é das principais dificuldades (ENTREVISTADA 2 - CAPS AD).

Analisando a realidade do município à luz da Portaria 3088/11 (BRASIL, 2011), verifica-se que alguns dispositivos importantes para compor a rede de saúde mental ainda não foram implantados, o

que fragiliza a atenção aos sujeitos com transtornos mentais. Alguns serviços pactuados, como 01 CAPS i, 01 UA Adulto, 01 Residência Terapêutica e 10 Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional Justino Luz, com previsão de implantação até o ano de 2015. Até o momento, no final do ano de 2016, não foram implantados.

Em relação aos desafios e dificuldades apontados, destacam-se: a falta de medicação; o preconceito que ainda ronda as pessoas com transtornos mentais na sociedade em geral e em Picos não é diferente; a necessidade de melhoria na estrutura física; e o número de profissionais reduzidos para a demanda. Além disso, o processo de construção da política de saúde mental no município foi marcado por uma gestão segmentada, devido a constantes mudanças de gestores e secretários de saúde, o que teve impacto na continuidade das ações.

A coordenação de saúde mental de Picos foi inaugurada apenas em outubro do ano de 2015, evidenciando que o investimento na atenção a essa política no município é recente.

De uma forma geral, os participantes da pesquisa, destacaram a questão da desarticulação entre os serviços e profissionais da rede, além da necessidade de criação de mais dispositivos da RAPS em Picos como um dos maiores desafios a ser enfrentado.

As dificuldades maiores são a própria falta de articulação. Como qualquer outra política, não só na política de saúde mental, uma das principais dificuldades é a articulação da Rede; é o envolvimento de toda a Rede para poder ter o conhecimento sobre as políticas, no trabalho que essas políticas realizam pra poder chegar até realmente a influência real daquela política junto com os usuários (ENTREVISTADO 1 – NASF).

Então, esse circular na Rede é um grande desafio que a gente tem; eu acho que pra RAPS ainda falta as parcerias de Instituições que poderiam nos ajudar na reabilitação psicossocial [...]. Eu acho que na RAPS falta isso; a questão da comunicação, às vezes que é agilizada em Rede (ENTREVISTADA 2 - CAPS AD).

O processo de transição vivenciado por Picos apresenta como desafio a articulação entre os serviços e profissionais, e mantém

uma lógica de fragmentação e atuação parcial. Dessa forma, faz-se necessário se repensar o processo de trabalho das equipes de saúde, a partir da perspectiva de uma clínica ampliada, no compartilhamento do cuidado no território, para além da lógica pontual do encaminhamento.

É urgente ultrapassar a lógica segmentada de pensar que “esse paciente não é meu”, que reduz o sujeito em fragmentos, gerando meramente um repasse de responsabilidades entre profissionais e serviços. Logo, a rede está em construção, e sua articulação deve ser feita cotidianamente através dos trabalhadores e estimulada pelos gestores.

A fala do sujeito abaixo aponta para uma concepção mais ampla e crítica acerca do desafio de articular a rede:

Falta articulação, não de serviços, mas de pessoas; os serviços são importantes, a implantação, a ampliação desses serviços, eu tenho um CAPS Infantil pra criança, é importante. Mas eu preciso também envolver o que? O desafio da Rede que eu acho maior, é o envolvimento de toda a comunidade. Pra eu ter uma saúde psicossocial, mental das pessoas, eu preciso ter o social, eu preciso ter o lazer, eu preciso ter a escola, eu preciso ter educação, eu preciso ter pais comprometidos, então assim é muito fatorial, é muito difícil isso (ENTREVISTADO 1 – CAPS II).

Não se pode negar os avanços na conformação da RAPS em Picos nos últimos anos e, conseqüentemente, na política de saúde mental, porém perpassados por limites institucionais. Por exemplo, é notável que o hospital público de referência do município encontre-se em nítida dificuldade para a assistência à pessoa com transtornos mentais. Os procedimentos utilizados iniciam-se com a acolhida no hospital como um atendimento geral, os usuários ficam internados e, em muitos casos, são encaminhados pelos técnicos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este, por sua vez, também apresenta falhas e dificuldades nessa assistência, carregada ainda de traços do atendimento hospitalocêntrico.

Ainda prevalece uma lógica de rede e intersectorialidade limitada, vista enquanto mero encaminhamento, como se observa na fala de muitos profissionais. A redução da atuação

em rede apenas ao encaminhamento, ou seja, ao “repasso” do usuário a outro serviço ou política, faz com que a perspectiva de fragmentação e segmentação da rede permaneça, levando a uma desresponsabilização dos profissionais e dos serviços, diferente da proposta da reforma psiquiátrica que defende o compartilhamento de responsabilidade no cuidado à atenção psicossocial.

Ao propor a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento das pessoas com transtornos mentais, a reforma psiquiátrica prevê uma mudança na forma de cuidar que não afaste esses sujeitos do seu espaço social (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). No entanto, essa perspectiva que defende a construção da atenção psicossocial no território, na qual diferentes serviços, políticas, trabalhadores e comunidade têm um papel, parece não estar clara para todos os trabalhadores da rede de Picos.

Nesse horizonte, a atenção básica à saúde é *locus* privilegiado de intervenção na atenção psicossocial, tendo função estratégica para traçar ações territoriais, na medida em que está inserida na vida cotidiana e nos espaços comunitários de vida das pessoas, podendo atuar nos espaços onde a vida circula (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Apesar da centralidade da atenção básica na construção de uma política de saúde mental pautada em uma base territorial, tem-se observado, segundo os autores citados, uma resistência por parte das equipes da atenção básica, bem como uma fragilidade na corresponsabilização do cuidado, na apropriação e acompanhamento dos sujeitos com demandas de saúde mental. Isso ocorre principalmente por essas demandas serem tradicionalmente consideradas de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde mental.

O que se verificou nas entrevistas com profissionais do NASF é que, em sua maioria, eles associam a responsabilidade pela atenção psicossocial ao CAPS, e as demandas de transtornos mentais são encaminhadas, em sua maioria, para essa instituição ou mesmo para o Hospital Areolino de Abreu em Teresina – principalmente em situações de crise aguda.

Portanto, é imperioso que as equipes da atenção básica do município incluam e/ou aprofundem o debate da saúde mental em suas agendas, assim como estabeleçam um maior diálogo entre

os serviços da atenção básica com os da atenção psicossocial no município.

É papel dos CAPS buscar a integração e articulação permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, realizando ações de acompanhamento, capacitação e apoio matricial para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004). Nessa direção, há um esforço em promover a articulação da rede por parte de alguns profissionais:

O CAPS II já iniciou um matriciamento da atenção básica. A ideia do matriciamento da Atenção Básica foi trazer as equipes pra dentro do CAPS inicialmente, pra elas conhecerem o serviço, tanto a estrutura. Antes do CAPS não existia matriciamento, existia aquele papelzinho de referência, eu mando você pra lá e você vem pra cá. Agora não, alguns PSFs já têm e funcionou, Enfermeiro do PSF liga pra gente, e diz que to com uma situação assim e o que eu faço? O que eu posso fazer? E a gente orienta. Tá se dando devagar porque tá se aprendendo, mas a gente já tá fazendo o matriciamento da Atenção Básica e vamos agora fazer o matriciamento da emergência no Hospital Regional Justino Luz (ENTREVISTADO 1 – CAPS II).

O matriciamento é pautado em uma lógica diferente do encaminhamento ou da referência e contrarreferência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (BRASIL, 2004). As ações continuadas de matriciamento visam levar a um aumento de responsabilização e autonomia das equipes matriciadas, na medida em que vão incorporando, em seu campo de conhecimento, habilidades para intervir em situações anteriormente reconhecidas como possíveis apenas à equipe de especialistas e a eles frequentemente delegadas. Logo, o apoio matricial tende a produzir um efeito reorganizador das demandas de saúde mental na rede, com melhor distribuição e adequação dos usuários dentro dos pontos de assistências presentes no território (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Nesse quesito, a rede de Picos vem avançando, ao realizar no último ano, pela primeira vez, ações de matriciamento de saúde mental no município.

Um dos principais avanços apontados pela maioria dos entrevistados para que a política de saúde mental fortaleça a

perspectiva da Reforma Psiquiátrica no cenário de Picos foi a transformação do Hospital-Dia em Centro de Atenção Psicossocial, pois até então só existia um CAPS no município, mas do tipo AD, que atendia apenas o público de usuários de álcool e substâncias psicoativas.

O modelo proposto pelo Hospital-Dia já estava ultrapassado, tendo duração de 18 anos no referido município. Portanto, essa transformação foi tardia em relação ao restante do país, e a Portaria nº 3088/11 não considera esse dispositivo como integrante da RAPS, na medida em que ele ainda apresenta um perfil hospitalocêntrico.

No entanto, alguns entrevistados fizeram críticas a substituição do Hospital-Dia pelo CAPS, pois disseram que o recurso destinado ao último não estava sendo repassado corretamente, além de que os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial muitas vezes não estavam preparados para atender a demanda, e por conta disso, muitos usuários se encontravam na situação de desassistência.

Assim, foi apontado a carência de financiamento para abertura de serviços comunitários para substituir o Hospital-Dia:

Eu acho que houve uma desospitalização exagerada, rápida demais, não era pra ter sido desse jeito. Quer dizer, o problema era acabar com os leitos psiquiátricos, e esses pacientes cadê, como é que vão ser tratados? Eu acho que não houve a substituição da coisa (ENTREVISTADO 2 – CAPS).

A fala desse sujeito provoca inquietações acerca da conformação da política de saúde mental em Picos e até que ponto ela ocorre à luz dos preceitos reformistas. Observa-se que tradicionalmente o modelo adotado no município é o hospitalocêntrico, sendo este, até dois anos atrás, explícito através da existência do Hospital-Dia, centro do tratamento a pessoas com transtorno psíquico da região. Isso repercute nos profissionais dos novos serviços de atenção psicossocial, que operacionalizam essa política no dia a dia, e muitas vezes desconhecem o projeto reformista ou mesmo não acreditam nele.

Em outro momento, o profissional, que atua em um serviço psicossocial alternativo e comunitário, que é o CAPS, afirma não acreditar nesse modelo de tratamento, defendendo a internação e a perspectiva manicomial.

Eu não sou muito esse modelo. Eu não vejo entendeu? [...] Eu não sei pra que existe o CAPS ad, não vejo a mínima utilidade, o paciente passa o dia lá, quando é a noite está usando a droga; eu não acredito nesse tipo tratamento. [...] Eu acho que o tratamento do dependente de droga, tem que ser... tem que ter confinamento. O que é confinamento? É o paciente ficar em um local 24 horas por determinado tempo. Ele tem que ser isolado do meio que ele vive, da droga, dos parceiros da droga e tudo. Como funciona nessas comunidades terapêuticas (ENTREVISTADO 2 - CAPS).

As comunidades terapêuticas, citadas acima, são instituições mantidas por entidades filantrópicas, normalmente relacionadas a fins religiosos, onde o indivíduo dependente de álcool, *crack* ou outras drogas é segregado da sociedade, com objetivo de reabilitação. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência de drogas e sexo, e aplicação de penalidades aos desvios, e visam transformar os estilos de vida e educar os sujeitos para “novos valores, como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor” (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p.518).

As comunidades terapêuticas são constantemente alvo de críticas no país pelos adeptos dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, vistas como avessas às propostas reformistas de não internação, além de serem instituições do terceiro setor, ligadas a fins religiosos, mas recebendo apoio da população e, muitas vezes, investimentos públicos, sem a devida fiscalização e o acompanhamento adequado de profissionais no processo de tratamento – muitas vezes compulsório – do sujeito dependente.

Ao manterem as pessoas apartadas da comunidade, perdem-se os vínculos sociais, educacionais, de emprego e de saúde; a recuperação não provoca uma confrontação do sujeito com as drogas, já que ele está isolado em um ‘ambiente seguro’; muitas entidades funcionam precariamente; há administração de medicamentos sem prescrição médica; internações ocorrem indiscriminadamente, de forma involuntária e envolvendo comorbidade com doenças psiquiátricas; há relatos de fundamentalismo religioso, exploração do trabalho em nome da laborterapia e busca de

lucro; existem disparidades entre o prescrito pelas políticas públicas e o praticado nas CT, com ênfase no modelo moral de tratamento e ausência de projetos terapêuticos individuais (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p.520).

Na visão psicossocial, o tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas religiosas constitui-se enquanto forma de violência institucional. Segundo Ribeiro e Minayo (2015), existem muitas denúncias acerca de maus-tratos e violações de direitos em tais entidades, vistas na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e as aproximando dos antigos manicômios.

No entanto, muitas das críticas tecidas pelo profissional se referem a não implantação de novos serviços em substituição ao modelo anterior:

Cadê implantação do CAPS III? Cadê a implantação dos leitos no Hospital Regional? Cadê a contratação dos psiquiatras que existem em Picos e não foram contratados para o Regional? (ENTREVISTADO 2 – CAPS).

Constata-se que a transição vivenciada pelo município, na construção de serviços afinados com a reforma psiquiátrica, tem impactos diretos nos profissionais da saúde mental – e dos serviços em geral que dialogam intersetorialmente com a atenção psicossocial – de forma que esses trabalhadores ainda se encontram em um processo de habituação ao novo modelo.

O paradigma reformista também se encontra presente na fala de outros profissionais da saúde mental:

Antes trabalhava com o hospital centrado e agora, o indivíduo é o centro, o usuário é o centro. Então nem todo mundo sabe trabalhar assim, todo mundo, muita gente aprendeu a trabalhar com a equipe de saúde o centro das atenções e não o usuário, então com isso é uma contradição, é uma mudança de perspectiva. A gente tem que mudar essa perspectiva e isso não é fácil, você saber mudar trabalhar, eu tenho que em vez de pensar no diagnóstico, pensar no que a pessoa sente. É mais importante eu saber a doença que ela tem, do que ela sofre. Então são mudanças de perspectivas e de paradigmas, então os desafios e contradições, os limites que a gente tem aqui dentro (ENTREVISTADO 1 – CAPS).

O profissional reflete sobre como as transformações na saúde mental impactaram os trabalhadores, que têm que se adaptar e se reencontrar dentro dos novos paradigmas propostos após a reforma psiquiátrica, apresentando-se favorável à construção de uma rede de atenção psicossocial no município que fortaleça os princípios da reforma.

Contudo, a proposta da reforma psiquiátrica em curso no país ultrapassa a saída dos indivíduos com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de saúde mental substitutivos. Seu objetivo maior é libertar esses sujeitos da lógica manicomial, o que implica em uma transformação cultural, por parte dos trabalhadores, gestores e da sociedade em geral frente à “loucura”. Sem essa mudança, corre-se o risco de os novos serviços de atenção psicossocial apenas reproduzirem a lógica manicomial anterior. E nisso o cenário de Picos encontra um grande desafio.

CONCLUSÃO

Há um incentivo, mesmo insuficiente, por parte dos gestores municipais em realizar a transição necessária para implantação da reforma psiquiátrica em Picos, principalmente após a aprovação da Portaria nº 3088/11, que se refere à RAPS. No entanto, após 15 anos da promulgação da Lei nº 10.216/2001, o município ainda conta com uma assistência psicossocial escassa à demanda por esses serviços, sobretudo das muitas comunidades dos arredores que tinham Picos como referência no tratamento, se deslocando até o local para tal finalidade.

O fechamento do Hospital-Dia e sua substituição por um CAPS do tipo II no último ano representou um marco para Picos em termos de implantação de serviços reformistas, mesmo que atrasado e escasso. Em 2016 – ano em que foi realizada a pesquisa – o município encontra-se em um processo de transição, dos moldes manicomial para os moldes da reforma. Isso ocorre com bastante atraso ao comparado com o cenário nacional, que desde 2001 vem avançando na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e na criação de serviços psicossociais comunitários.

Os profissionais de Picos também estão em processo de habituação com essa mudança, o que aponta a necessidade de maior

capacitação e qualificação, pois muitos desconhecem a política de saúde mental e a RAPS. Ademais, é urgente que a contratação desses profissionais seja feita através de concursos públicos e/ou que sejam selecionados por sua afinidade e/ou qualificação para trabalhar com atenção psicossocial, pois o que vem ocorrendo é a contratação de trabalhadores mediante interesses políticos, eleitoreiros e clientelistas.

O município de Picos, mesmo em passos lentos, tem avançado na implantação dos serviços para compor uma Rede de Atenção Psicossocial adequada a atender os direitos das pessoas com transtorno psíquico e usuários de álcool, *crack* e outras drogas. Entretanto, ainda há muito que avançar, principalmente devido à cultura hospitalocêntrica e manicomial que ainda prevalece nessa realidade, percebida na fala de profissionais que atuam nos novos serviços de saúde mental, e também no modelo de gestão municipal, que precisa demarcar mais claramente seu compromisso com uma política de saúde mental pública e em compasso com a reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001a.

_____. **Resolução 466/12**. Regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria n.º 44/GM** de 2001. Dispõe sobre aprovação no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. 2001b. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 3088/GM** de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 jan. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 07 de abril de 2016. **DOU** n. 98, 24 maio 2016, seção 1, p. 44-46.

CRONEMBERGER, Gerlany Leal *et al.* Panorama de saúde mental no município de Picos. In: ROSA, L.C.S (Org.). **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2005.

DUARTE, Marco J. de O. **O campo de atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social**: considerações sobre o *ethos* do cuidado. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Orgs.). Serviço social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

IBGE. **Estimativas para os municípios brasileiros em 01.07.2014**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm Acesso em: 30 out. 2015.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**.2016; 20(58), p.625-35.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PIAUÍ. Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015**. Teresina, 2014.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**. 2015; 19(54), p.515-26.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. A reforma psiquiátrica no Piauí no século XX. In: GUIMARÃES, Lucas; ROSA, Lúcia; EVELIN, Marta. (Orgs.). **(Con)textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida**. Teresina: EDUFPI, 2008b. p. 207-222.

_____. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011.

SANTOS, Luciana. Recursos de incentivo são autorizados para implantação do CAPS I (infantil) e CAPS II em Picos. Disponível em: <<http://180graus.com/picos/recursos-de-incentivo-sao-autorizados-para-implantacao-do-caps-i-infantil-e-caps-ii-em-picos>> Acesso em: 30 out. 2015.

VELOSO, L. U. P; CARLOS, K. P. T. A nova política de saúde mental no estado do Piauí: mudanças e perspectivas. In: ROSA, L. C. S. (Org.). **Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2009. p.103-111.

REDE, INSTITUIÇÕES E ARTICULAÇÃO: O DESAFIO DE LEVAR SAÚDE MENTAL PARA O TERRITÓRIO

*Sayonara Genilda de Sousa Lima¹²
Diaponira Vitória da Silva Santos¹³*

A atual política de saúde mental, resultado da luta antimanicomial e do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, são eles: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Desta forma, os processos de trabalho em saúde mental devem ser orientados, entre outras ações, pela intersectorialidade e integralidade. A primeira voltada para o desenvolvimento de ações que devem ser integradas entre os serviços de saúde e as demais políticas públicas (MACHADO, 2013). E a segunda vista como a busca contínua dos serviços de saúde, pela ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de um grupo populacional (GONÇALVES, 2008).

¹² Assistente Social do CAPS II Sul de Teresina-PI. Especialista em políticas públicas para crianças e jovens pela UFPI. E-mail: sayogenilda@hotmail.com

¹³ Assistente Social do CAPS II Sul de Teresina-PI. Mestranda em Políticas Públicas pela UFPI.

Essas duas ações são imprescindíveis para que haja a efetivação de uma rede de serviços substitutivas e comunitária que possa dar conta da complexidade do cuidado que requer uma pessoa com transtorno mental, como propõe a Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, a intersetorialidade em saúde mental coloca o usuário no centro das discussões, não como doente, mas como pessoa de direitos que precisa ser reconhecido dentro de um contexto social. Para isso, é preciso fortalecer as redes e as políticas sociais para que possam intervir de modo a garantir a integralidade no cuidado da pessoa com transtorno mental (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Assim, o presente artigo visa apresentar o processo de construção do projeto “Rede, Instituições e Articulação – RIA”, idealizado pelo Serviço Social do turno da manhã do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Sul da cidade de Teresina/Piauí. Para isso serão realizadas discussões acerca dos caminhos que levaram a construção da rede de saúde mental no Piauí, com base na análise da intersetorialidade entre as políticas públicas e da integralidade do cuidado que justificaram a necessidade do projeto RIA.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLITICA DE SAÚDE MENTAL NO PIAUI

A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental (BRASIL, 2005).

Essa Reforma configura-se a partir do movimento social pelos direitos e pela desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental que no Brasil tem início em 1978 e foi embasado na experiência italiana. Este Movimento passa a protagonizar denúncias da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

De modo que é, a partir dessa luta por uma melhor assistência às pessoas com transtorno mental, que a Política de Saúde Mental passa a consolidar-se efetivamente e com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica. E em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de cuidados em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Esta lei regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial as pessoas com transtorno mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através de diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados, criando também os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental, para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Segundo Rosa (2008), no Piauí, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e o Ministério Público foram os responsáveis pelos primeiros movimentos da política de saúde mental do Estado, embasada pelo ideário da reforma psiquiátrica. A primeira ao induzir a criação dos serviços substitutivos, a partir das ações de redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e o segundo ao judicializar a ação, acionando os gestores para o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Neste cenário, uma política de saúde mental orientada pelos princípios reformistas surge e passa a orientar a criação de novos serviços em saúde mental.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Teresina é composta por quatro Caps tipo II, um Caps tipo III, um CAPS AD, 251 equipes de Estratégia de Saúde da Família, além de atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização.

Observa-se que houve um avanço na política de saúde mental do município, que passa a apresentar uma RAPS estruturada com base na portaria nº 3.088 de 2011, e que, no entanto, necessita considerar com mais efetividade a diretriz que regula o funcionamento dos pontos de atenção com base no estabelecimento de ações intersetoriais que possibilitem a garantia da integralidade no cuidado, favorecendo, assim, a articulação entre os serviços da Rede.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL COM BASE NA INTERSETORIALIDADE E NO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O processo de trabalho em saúde mental tem como base uma concepção ampliada de saúde que considera, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, como um completo bem-estar biopsicossocial, o que implica o contexto socioeconômico e cultural, devendo considerar situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, acesso ao lazer e bens (SCHEFFER; SILVA, 2014).

Além disso, a política de saúde mental vigente no Brasil rege-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: a) universalidade, a saúde é um direito de todos; b) equidade, igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; e c) integralidade, considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades (BRASIL, 1990).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica, em consonância com o SUS, traz uma nova lógica assistencial no campo da saúde mental, na qual as práticas de atenção à pessoa com transtorno mental acontecem em novas bases que buscam superar a lógica manicomial a partir do acompanhamento psicossocial em serviços abertos, articulados em uma rede integrada de base territorial (NICACIO, 2013).

Trata-se, pois, de um processo de desinstitucionalização, e não apenas de desospitalização, que objetiva a transformação em toda forma de lidar com a loucura, introduzindo a ideia de “cuidar” no lugar de “curar” através de uma série de dispositivos que possam dar suporte a complexidade do cuidado necessário da pessoa com transtorno mental (LEME, 2013).

Nesta perspectiva, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS se constitui em serviços comunitários de base territorial que tem como principal objetivo a reinserção social da pessoa com transtorno mental. Para tanto, o CAPS tem como função o atendimento clínico em regime de atenção diária, a reinserção social por meio de ações intersetoriais e a regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em sua respectiva área de abrangência (MACHADO, 2013).

Assim, o CAPS tem valor estratégico para a atual política de saúde mental, não podendo ser resumido ao espaço destinado a “ocupar a mente” da pessoa com transtorno mental, pois, como afirma Leme (2013):

O objetivo do CAPS, muito diferentemente do que muitos pensam, não é ocupar o tempo do paciente, preencher o espaço ocioso de sua vida, mas sim poder transformar essa história, dar outra possibilidade de vida, tentando romper o ciclo formado pelas recorrentes internações psiquiátricas ou pela trajetória de internações de longos anos (LEME, 2013, p. 23).

Portanto, o CAPS atua na lógica da inclusão social e humanização do cuidado e, para alcançar seu objetivo, deve incluir outros pontos de atenção da saúde, dispositivos de outras políticas, tais como de assistência social, cultura, esporte, lazer, habitação, educação, além de outros setores da própria comunidade. Dotado de valor estratégico, ao CAPS cabe coordenar a rede de atenção à saúde mental, devendo oferecer apoio matricial aos demais serviços que compõe esta rede (CAMPOS, 2014).

O CAPS como serviço de atenção psicossocial, deve sair da sede do serviço e procurar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos já existentes, pois, este é o desafio trazido pela reforma psiquiátrica: criar condições na sociedade para ampliar as possibilidades de vida para a pessoa com transtorno mental. Produzir, reinventar a vida, produzindo laços sociais (AMARANTE, 2007).

Assim, o CAPS deve, então, ter a integralidade como bandeira de luta, oferecendo, de forma conjunta, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, tanto individual como coletivamente.

A integralidade na saúde mental é entendida como uma ação compromissada com os ideais antimanicomiais de romper com a hospitalização, medicalização e o isolamento social da pessoa com transtorno mental, assim, exige-se que o cuidado ocorra em diferentes espaços, como uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito. A noção de integralidade permite reconhecer no dia-a-dia dos serviços que cada pessoa é um ser complexo e social, que as ações de saúde não podem ser fragmentadas e que as unidades prestadoras de serviço são um sistema indissociável, que oferece atenção em saúde mental (NASI *et al*, 2009).

Logo, para promover a integralidade nas ações de saúde mental é necessário “propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida e do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção”(GONÇALVES, 2008, p 44). Para tanto, deve trabalhar intersetorialmente, desenvolvendo ações integradas entre os serviços de saúde e outras políticas públicas e programas sociais (MACHADO, 2013).

A intersetorialidade e o trabalho em rede constituem, portanto, desafios para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e para os processos de trabalho em CAPS, pois como observa Dimenstein e Liberato (2009), as propostas de ampliação de rede têm ficado concentradas apenas no aumento do número de CAPS que, por sua vez, ficam limitados na burocracia e em tramas das pequenas relações cotidianas, dificultando a articulação no território e a efetivação da proposta de funcionar como o ordenador da rede:

Se a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada em si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutive, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p.5).

Assim, é necessário romper com essa concepção limitada de rede, trabalhando com a co-responsabilização pelas diversas políticas públicas, família e comunidade a fim de que seja possível a invenção de novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e do espaço urbano no qual a pessoa com transtorno mental possa transitar, isto é, faz-se necessário um plano de ação integrada que possa dar suporte a multiplicidade de questões em torno da reconstrução da vida dessa pessoa.

Dessa forma, a tarefa do CAPS de trabalhar intersetorialmente busca criar um “fora”, fora dos serviços, rompendo definitivamente com a lógica manicomial, proporcionando condições para que essas pessoas venham a encontrar na rede de serviços e dispositivos sociais, assim também suporte familiar e comunitário, que sirvam de apoio, acolhimento, diversão e encontro, melhorando sua qualidade de vida (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Nesse sentido, para garantir o objetivo da Reforma Psiquiátrica, a reinserção social da pessoa com transtorno mental, é imprescindível que exista intenso diálogo e planejamento em conjunto (MACHADO, 2013) nos processos de trabalho das profissões e dos serviços a fim de contribuir para uma sociedade com maior inclusão social.

É nessa perspectiva que o Serviço Social do CAPS II Sul de Teresina/Piauí elaborou o projeto “Rede, Instituições e Articulação – RIA” que tem como principal objetivo articular a rede formal e informal do seu território de abrangência, criando um espaço de comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem essa rede.

RIA: REDE, INSTITUIÇÕES E ARTICULAÇÃO

A Rede considerada nesse trabalho é:

sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção (BRASIL, 2011b, p. 199)

De modo que se dispõe de redes importantes para promover o cuidado da pessoa com transtorno mental: a rede de saúde; a rede intersetorial; a rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo (BRASIL, 2011b). Logo, a RIA surge com essa proposta de articular as redes, as políticas interssetoriais de modo a promover a integralidade do cuidado da pessoa com transtorno mental.

Assim, a RIA foi instituída na perspectiva de articular e integrar os dispositivos que compõem:

a) A rede socioassistencial que é o conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade e dispõe de serviços como CRAS, CREAS, Centros de Convivência, Centro Pop, entre outros (NOB/SUAS, 2005).

b) A rede de atenção psicossocial cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011a).

c) E as demais redes e serviços que demonstrarem interesse com a proposta.

A proposta é que tais dispositivos realizem ações interssetoriais e atividades intergeracionais, trabalhando a pessoa com transtorno mental como cidadão que pertence ao seu território e não, apenas, a um serviço específico. Pretende-se trabalhar na perspectiva de promoção da saúde mental no território, contribuindo, assim, para a qualidade de vida de todos os cidadãos vistos em sua integralidade e sem critérios de exclusão.

Assim, a discussão das relações entre território e produção

de cuidado envolve o território como área de responsabilidade dos serviços sobre as questões de saúde, mas que deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem a vida cotidiana das pessoas e dos usuários de serviços, espaço onde se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, entre outros (LIMA; YASUI, 2014).

De modo que os objetivos da RIA são: articular a rede formal e informal de cada zona territorial de Teresina –PI; mapear os dispositivos localizados em cada zona territorial de Teresina; proporcionar a comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede formal e informal do município de Teresina; realizar ações intersetoriais nos diversos espaços da rede; planejar atividades intergeracionais a serem executadas em cada território, sem critérios de exclusão; favorecer a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território.

A RIA foi organizada inicialmente no Território Sul de Teresina e suas ações tiveram início no dia 14 de Julho de 2015, onde os profissionais da Rede Socioassistencial e da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Sul de Teresina foram convidados a comparecer ao CAPS II Sul para uma reunião cujo objetivo era proporcionar a aproximação entre os serviços. Nesse momento, foi discutida a importância de articular a rede e de considerar o usuário como parte do território e, não dos serviços, assim, acordou-se a contínua comunicação entre os dispositivos que compõe o território sul de Teresina.

Como estratégias de intervenções instituíram-se: reuniões mensais; realização de atividades compartilhadas no território; discussão de casos; matriciamento; visitas conjuntas, entre outros. Portanto, vale destacar que, as ações da RIA são planejadas em conjunto pelos seus participantes, logo, em seu período de execução foi possível discutir temas como: valorização da vida, promoção de saúde e qualidade de vida da mulher no território, assim como, realizou-se o carnaval integrado da zona sul em 2016, o qual permitiu a integração da pessoa com transtorno mental e a comunidade. Nota-se que tais ações permitem que os serviços envolvidos na RIA se mantenham em constante contato.

No entanto, o processo de implantação e execução da RIA no território Sul de Teresina permitiu identificar a importância do apoio

da gestão para que haja a institucionalização da RIA e o projeto se insira como parte do processo de trabalho dos dispositivos tornando-se algo efetivo. De modo que foram realizadas sensibilizações com as gestões dos serviços de saúde e da Assistência Social, no entanto, ainda não foi possível a adesão de alguns serviços que são primordiais para a inserção da pessoa com transtorno mental no território.

Além do mais não está previsto nas Políticas Sociais ações intergeracionais, mas sim, ações voltadas para públicos específicos conforme critérios peculiares, o que dificulta a implantação permanente nos dispositivos das atividades que possam estar englobando toda a comunidade e promovendo a integralidade. Dessa forma é preciso inserir nos processos de trabalho a perspectiva da promoção de saúde:

E uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p.20).

Logo, promover Saúde é articular políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais às pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto da RIA surgiu a partir da evidência da necessidade de se trabalhar a promoção de saúde mental na perspectiva da qualidade de vida e do território a fim de contribuir para que as pessoas com transtorno mental sejam incluídas em suas comunidades, como lhe é de direito.

A ousadia do projeto RIA consiste em propor a execução de ações que, ainda que previstas em leis e em políticas públicas, ainda são vistas como desafiadoras pelos diversos profissionais

que atuam nos diversos pontos da rede. Este projeto modifica a estrutura do funcionamento dos serviços públicos que, por si só, já apresentam suas próprias dificuldades, relacionadas com: transporte para visitas domiciliares e institucionais, rotatividade de recursos humanos que trabalham nas oficinas, sensibilização dos usuários nas comunidades, articulação com os demais pontos da rede e do próprio território, entre outros. Desta forma, é necessário compromisso dos envolvidos para que o projeto da RIA consiga alcançar seus objetivos.

Os serviços que se fazem presentes as reuniões mensais da RIA são os cinco CRAS da zona sul do município de Teresina juntamente com seis dos nove Centros de Convivência desse mesmo território, assim como o CAPS AD e o CAPS III. O CREAS sul inicialmente tinha participação assídua, porém, devido a alterações no quadro profissional, esteve ausente por um período considerável, retornando às reuniões recentemente. O NASF da zona sul participou de algumas reuniões no início da implantação, porém não foi notório maior envolvimento com o projeto, evidenciado na constata ausência desse dispositivo nas reuniões mensais.

Desta forma, percebe-se que há dificuldade de articulação com alguns serviços da rede e que ainda falta articulação com outros serviços presentes na comunidade, como ONGs, associações ou grupos, mobilizando-se, assim, também a rede informal como é proposto pelo projeto.

Em relação aos profissionais, os participantes são, em sua maioria, assistentes sociais e psicólogos, além dos coordenadores dos CRAS e Centros de Convivência. Vale destacar que, apesar do comprometimento dos profissionais que fazem a RIA acontecer, percebe-se que o desenvolvimento do projeto ainda está centrado nas mentoras, faltando iniciativa dos profissionais dos demais serviços e envolvimento dos demais profissionais do próprio CAPS II Sul de tal forma que as reuniões e atividades realizadas pela RIA Sul ocorrem apenas no turno da manhã, horário em que as mentoras cumprem sua carga horária de trabalho.

Durante o desenvolvimento das ações comunitárias planejadas para acontecer em cada território referente aos cinco CRAS, foi percebido também a dificuldade de mobilização da

própria comunidade para a realização de atividade com caráter aberto e intergeracional que visava envolver o maior número de usuários possível, sem critérios de exclusão. A proposta inicial da ação era fazer com que as atividades acontecessem em espaços públicos como as praças de bairros, afim de dar maior visibilidade e envolver a comunidade como um todo. Porém, devido às condições climáticas do município de Teresina, especialmente durante o segundo semestre, não foi possível a realização das atividades em praças de bairro e a mobilização da comunidade não rendeu o público esperado. Na maioria dos territórios, os profissionais dos CRAS e Centros de Convivência otimizaram o espaço de grupos e públicos já existentes, acontecendo em três territórios com o grupo de idosos e em um com os profissionais do Centro de Convivência.

O CAPS II Sul também não conseguiu mobilizar os usuários para participar das atividades comunitárias em seus respectivos territórios, pois a dinâmica e o cotidiano do serviço, não permitiu que tais atividades fossem divulgadas de forma a promover a inserção dos usuários nas ações desenvolvidas em suas comunidades. Inclusive esta pode ser considerada a principal dificuldade do projeto, visto que a única inserção de usuários dos serviços de saúde mental nas atividades ofertadas pelos demais serviços em seus territórios só ocorreu no mês de julho, durante a Colônia de Férias realizadas pelos CRAS, na qual houve a divulgação adequada e o envolvimento dos demais profissionais.

Outra dificuldade, frente ao modelo gerencialista de gestão próprio do neoliberalismo, no qual o trabalho é medido quantitativamente por meio de produção mensal dos profissionais, é que o projeto RIA exige um olhar qualitativo do serviço prestado à comunidade que, por meio de ações comunitárias, buscam a promoção da qualidade de vida dos usuários e todos os serviços envolvidos e da comunidade em geral, fato que não tem como indicar quantitativamente sua relevância e para o qual ainda não foi criado espaço para quantificação dentro do instrumental da produtividade.

O diálogo e estreitamento de vínculos entre os profissionais e serviços que compõem a RIA, as visitas compartilhadas, discussão de casos e estudos realizados em conjunto, o planejamento contínuo,

as ações e atividades realizadas de forma intergeracional, voltadas para a qualidade de vida nos mais diversos territórios que compõem a zona sul são resultados positivos da RIA que não podem ser descrito apenas quantitativamente. É uma nova proposta de trabalho que envolve vínculo, afeto, trocas, ajuda mútua, comunicação, dinamismo, aspectos qualitativos de uma nova forma de relacionar-se enquanto rede que de fato está sendo articulada para o cuidado comunitário.

Merece destaque também a implantação da RIA Norte e Leste que surgiram a partir da experiência da RIA Sul que, mesmo com as dificuldades, avança no sentido da articulação e comunicação contínua entre os componentes da rede, mostrando a possibilidade e importância da realização de um trabalho conjunto pautados na integralidade e intersetorialidade.

Mesmo frente às dificuldades, percebe-se na realização das reuniões e ações promovidas até agora como parte integrante do projeto da RIA que este é um trabalho possível, que traz resultados positivos de acordo com a política de saúde mental e com o Sistema Único de Saúde – SUS vigentes no país.

O projeto da RIA dá os primeiros passos numa caminhada inovadora que contribui diretamente com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que, mesmo já tendo trazido inúmeros avanços, principalmente nas dimensões teórico-conceitual e jurídico-política, ainda não é um processo findado e necessita avançar na dimensão sociocultural que, segundo Dimenstein e Liberato (2009), em comparação aos demais, foi a dimensão que deteve menos atenção e investimento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088**, de 23 de dezembro de 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: Abril de 2016

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce

Helena Chiaverini (Org.) et al. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. – (série A. Normas e Manuais Técnicos) (Serie Pactos pela Vida; V.4)

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: Mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

CAMPOS, P. J. de. **A rede de atenção psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência**. 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 97 p.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol1, nº 1. Jan-abril 2009. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Desinstitucionalizar-%C3%A9-Ultrapassar-Fronteiras-Sanit%C3%A1rias-o/45739707.html>. Acesso em: Fevereiro de 2016.

GONÇALVES, Lilian. **Integralidade e saúde mental**. Sorocaba - SP: Editora Minelli, 2008. 72 p.

LEME, Carla Cristina Cavalcante Paes. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, E. M. e BISNETO, J. A. (Org.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. p.21-32.

LIMA, E. M. F. A. ; YASUI, S. . Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 593-605, 2014.

MACHADO, G. S. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In:- BISNETO, J. A; NINACIO, E. M (org). **A prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 123-138.

NASI, Cíntia; Cardoso, Adriana Serdotte Freitas; Schneider, Jacó Fernando; Olschowsky, Agnes; Wetzel, Christine. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **REME rev. min. enferm**;13(1):147-152, jan/mar 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>. Acesso em: Abril de 2016

NICACIO, E. M. Clínica e cidadania em saúde mental. In:- BISNETO, J. A; NICACIO, E. M (org). **A prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 123-138.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Estágio em serviço social na saúde mental: desafios de ação universidade-serviço assistencial: uma experiência em Capsi. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.17, n. 2, p.251-280, 2008. Disponível em: seer.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/download/80/94. Acesso em: Abril de 2016.

SCHEFER, G. SILVA, L. G. Saúde Mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.118, p.366-393, abr/jun2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008. Acesso em: Fevereiro de 2016.

COMPARTILHANDO VIVÊNCIAS: BREVE RELATO DE EXPERIÊNCIA NO APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PIAUÍ

Larissa de Andrade Gonçalves¹⁴

O presente texto é um relato pessoal de experiências e vivências que se sucederam ao longo dos anos de 2015 e 2016, período em que atuei como Referência Técnica do Ministério da Saúde acompanhando e apoiando os processos de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado do Piauí. Destacam-se alguns momentos e discussões que considero importantes dos quais tive a oportunidade de participar e compor junto, bem como são abordados temas que percebo ainda como desafios a serem refletidos durante o contínuo processo de implementação da Rede no estado.

A ideia não é construir sínteses ou chegar a entendimentos plenos e interpretações unívocas sobre as diversas e inexauríveis questões que tangenciam a Saúde Mental no contexto piauiense

¹⁴ Analista Técnica de Políticas Sociais em Saúde do Ministério da Saúde. Graduação em Psicologia pela UnB e Especialização em Políticas Públicas e Gestão Participativa em Saúde pela UnB. E-mail: larissa.andrade@saude.gov.br

(essa seria uma tarefa impossível e incabível de se realizar). Mas sim aventar algumas situações com as quais entrei em contato ao longo desses dois anos que situam em alguma medida “onde” e “como” estamos no processo de implantação da RAPS no estado. Enfatizo que parto da minha percepção particular estando neste lugar institucional delicado de referência técnica/apoiadora, no intuito de levantar questões pertinentes à RAPS do estado do Piauí, deixando sempre as discussões em aberto e considerando que a partir de outras várias perspectivas é possível também se chegar a outras várias análises e apreensões.

ALGUNS REFERENCIAIS QUE NOS AJUDAM A PENSAR SOBRE REDE, TERRITÓRIO, SAÚDE MENTAL, APOIO E OUTROS...

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem como marco legal a promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Trata-se de uma Política de Estado alinhada com os preceitos da Reforma Psiquiátrica os quais orientam um processo de construção de ampla reflexão e contínua crítica sobre as práticas e intervenções no que tange a dicotomia doença e normalidade (SARACENO, 1999).

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, institui as Redes de Atenção à Saúde, enquanto “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção”. Em seu artigo 5º, estabelece que para ser conformada, a Região de Saúde deve conter no mínimo ações e serviços de: I- atenção primária; II- urgência e emergência; III- atenção psicossocial; IV- atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e V- vigilância em saúde.

Considerando a necessidade de se promover a oferta, a ampliação e a diversificação dos serviços no âmbito do SUS de modo a se constituir uma rede de saúde mental integrada e efetiva em seus

múltiplos pontos de atenção, voltada ao acolhimento e atendimento da demanda das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituiu-se a partir da Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial.

A Atenção Psicossocial prima pelo cuidado integral pautado no respeito aos direitos humanos, tendo como norte a garantia de autonomia e liberdade das pessoas, em favorecimento ao seu exercício pleno de cidadania e sua inclusão social. Compreende o território como o *locus* privilegiado de construção de uma nova lógica de cuidado que desloca a centralidade da atenção, outrora circunscrita e referenciada ao hospital psiquiátrico, com vistas a sua descentralização para os serviços substitutivos de base comunitária. A abordagem psicossocial reconhece os determinantes sociais da saúde no sentido de promover a equidade e reduzir vulnerabilidades; é caracterizada ainda por uma perspectiva multifatorial e sistêmica que adota estratégias de cuidado abrangentes e diversificadas. Além disso, atua de modo a considerar as múltiplas dimensões e singularidades que compõem a vida dos indivíduos bem como legitima os modos particulares de significação desses em relação à sua própria experiência-sofrimento (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria GM/MS 3.088/2011, os dispositivos assistenciais que compõem a RAPS são (seguem também informações sobre algumas Portarias específicas que regulamentam cada componente):

I- Atenção Básica - **Portaria nº 2.488/2011**, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

II- Atenção Psicossocial Especializada - **Portarias nº 336/2002, nº 245/2005, nº 3089/2011** e nº1966/2013, versam sobre funcionamento e recursos de implantação e habilitação em custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

III- Atenção de urgência e emergência - **PT nº 1600/2011** da Política Nacional de Atenção às Urgências, **PT nº 2395/2011** do Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência (RUE), **PT nº 1010/2012** do SAMU 192, **PT nº 342/2013** da UPA24h;

IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório - **Portaria nº 121/2012** - institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com

necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, e **PT nº 131/2012**, que versa sobre os Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas;

V- Atenção Hospitalar (leitos de saúde mental em Hospital Geral) - **Portarias nº 148/2012** e nº 1615/2012, as quais normatizam sobre o funcionamento e recursos de implantação e habilitação em custeio do Serviço Hospitalar de Referência da RAPS.

VI- Estratégias de Desinstitucionalização - **Portaria nº 251/2002**, sobre o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); **PT nº 2391/2002**, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV); **PT nº 52/2004** - institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; **Lei nº 10708/2003** e **PT nº 2077/2003** sobre o auxílio reabilitação psicossocial para egressos de internação psiquiátrica de longa permanência (Programa de Volta Para Casa); **PT nº 3090/2011** - sobre Serviços Residenciais Terapêuticos; **PT nº 2840/2014** - cria o Programa de Desinstitucionalização;

VII- Reabilitação Psicossocial - **Portaria nº 132/2012**, institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS.

O artigo 13 da Portaria GM/MS 3.088/2011 estabelece as quatro fases de operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial, bem como determina ferramentas e dispositivos estratégicos necessários para a condução do processo. Entre eles, a conformação e institucionalização do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a construção e pactuação dos Planos de Ação Regionais. Nessa perspectiva, o Grupo Condutor é vislumbrado como espaço coletivo e deliberativo responsável pela discussão, planejamento, acompanhamento, monitoramento e qualificação das ações a serem implementadas no âmbito da RAPS. A constituição desse espaço possibilita criar condições com vistas a: assegurar a democratização institucional e a cogestão; potencializar a regionalização e a descentralização da tomada de decisão; prezar pela problematização da atenção psicossocial contextualizada à realidade do território; favorecer a sustentabilidade da RAPS e sua articulação com as demais redes temáticas.

Dentre as funções do Ministério Saúde pode-se destacar, de forma mais ampla e genérica: a proposição de políticas, a cooperação técnica junto a estados e municípios, a avaliação, regulação, controle e fiscalização, a mediação de conflitos no âmbito das pactuações interfederativas e a participação no cofinanciamento das ações. Conforme Portaria GM/MS 3.088/2011, artigo 13, inciso II, alínea “d”, o Grupo Condutor Estadual da RAPS será constituído, dentre outros, pela SES, COSEMS e apoio institucional do Ministério da Saúde. O artigo 14, inciso I, traz que para a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial, cabe à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação da rede, seu financiamento, monitoramento e avaliação.

Conforme publicado no Relatório de Gestão 2011-2015 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, a estratégia da Referência Técnica desenhada pela CGMAD, durante o mencionado período, desenvolveu-se enquanto se produziam de forma ampliada no âmbito do Ministério da Saúde discussões e arranjos conforme o formato do apoio institucional. Seu propósito era promover articulação e integração das diferentes Políticas e Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

No contexto da RAPS, a atuação das referências técnicas nos estados constituiu-se como uma estratégia de mão dupla: a) o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nos territórios, destacada a afirmativa da mudança de paradigma assistencial à luz da reabilitação psicossocial; b) a construção de novas agendas e pautas que emergem dos contextos locais para o âmbito nacional, com vistas à elaboração de subsídios técnicos e criação de novas práticas para a sustentação da RAPS, somando-se às demais instâncias de controle social do SUS. Esta estratégia contribui para a desconstrução da perspectiva de que a política é construída de maneira vertical e unilateral (BRASIL, 2016, p.23).

Pensa-se o apoio, a partir de seus aspectos técnico, ético e político, como atuação crítica e reflexiva que visa amparar, favorecer, sustentar, prestar auxílio. A função de apoio envolve problematizar e

complexificar discussões, bem como horizontalizar relações, ativar coletivos, integrar e circular conhecimentos, instrumentalizar e empoderar sujeitos na construção de soluções para os problemas que se apresentam (FALLEIRO, 2014).

O território é um lugar vivo, dinâmico e complexo. Enquanto referências técnicas/apoiadores, nos deparamos com realidades únicas e muito singulares, as quais são atravessadas por contextos que estabelecem (na medida em que restringem ou ampliam) as condições e os recursos técnicos, materiais e operacionais disponíveis. Sendo assim, trata-se de uma práxis que demanda exercício criativo de construção de estratégias junto a estados, regiões e municípios de modo a dar conta de dimensões e nuances as quais escapam quaisquer possibilidades de previsão suficiente em diretrizes fechadas.

No meu entendimento, ao apoiar um estado, temos como referenciais as discussões que compõem o arcabouço da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial, da Reforma Sanitária e do SUS como um todo, e o lugar de onde partimos são as normativas vigentes, pois essas trazem os orientadores gerais que guiam o pensar e o operacionalizar a implementação da Política e a implantação das Redes de Atenção (além de serem nossos respaldos jurídicos que fundamentam nossas ações). No entanto, para incidir em realidades, é preciso compreender como esses processos podem ser induzidos e executados, em que medida eles são realizáveis, como se ampliam as possibilidades, até que ponto se relativiza e se adapta a Política de modo que ela se sustente e que também não perca seus aspectos essenciais e nevrálgicos. É importante remeter essas problematizações sempre às especificidades de cada contexto com vistas à construção de resoluções que façam sentido e que sejam protagonizadas pelos atores do território em questão. A atuação sempre se dá a partir de diálogos e negociações entre a macropolítica com as situações a nível micro nos territórios.

COMPARTILHANDO VIVÊNCIAS

Processos de Desinstitucionalização do estado do Piauí

A minha primeira visita ao estado na qual fui pautada por uma agenda de apoio se sucedeu no final de fevereiro de 2015. A pauta na ocasião era a situação das pessoas com questões de saúde mental em conflito com a lei institucionalizadas no Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA) e Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (HAA). Acredito que vale a pena resgatar brevemente o histórico desse processo cujas discussões já aconteciam pelo menos desde 2012.

Em 27 de Agosto de 2012, foi realizada inspeção, por parte de equipe multidisciplinar de saúde do Ministério Público do Estado do Piauí, aos estabelecimentos: Hospital Penitenciário Valter Alencar (“pensado” para acolher pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em cumprimento de medida de segurança) e Colônia Agrícola Major César Oliveira (destinada a reeducandos em cumprimento de pena em regime semiaberto). Uma vez observadas graves irregularidades no funcionamento e estrutura física dos descritos estabelecimentos, bem como dramática violação de direitos humanos, geraram-se relatórios que embasaram o Ministério Público do Estado do Piauí a fazer requerimento em setembro de 2012 de “Instauração de Incidente de Excesso Coletivo de Execução”. Neste, exigia-se, como pedido principal, atenção psicossocial aos internos do Hospital Penitenciário Valter Alencar e da Colônia Agrícola Major César Oliveira com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tendo como pedido subsidiário a interdição total dos referidos estabelecimentos; e pedido liminar em caráter de urgência de proibição de novas admissões.

Desde então foram sendo feitos tensionamentos pela justiça do estado do Piauí para que fosse realizada a transinstitucionalização das pessoas com medida de segurança em tramitação da unidade judiciária para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (HAA), considerando as graves deficiências do Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA).

Em julho de 2014, conforme noticiado, a Corregedoria Geral de Justiça do Estado do Piauí (CGJ) juntamente com a Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos e o juiz da Vara de Execuções Penais se manifestaram favoráveis à destinação de uma ala do HAA para a internação *“de presos reconhecidos como doentes mentais, a fim de solucionar o problema do atendimento inadequado que se constata atualmente.”*

Na época, segundo a Secretaria de Justiça do Piauí tratava-se de uma situação complicada, uma vez que já se percebia que o HAA não possuía condições físicas de comportar toda a demanda da justiça, considerando pessoas em cumprimento de sentença absolutória imprópria, bem como casos cíveis de internação compulsória e involuntária.

Em abril de 2015, dando seguimento aos encaminhamentos delineados a partir da reunião que se sucedeu em fevereiro/15 no Tribunal de Justiça, aconteceu reunião do Grupo Condutor de Saúde do Sistema Prisional, da qual participei. E em agosto de 2015, realizou-se agenda pautando Saúde Mental e Sistema Prisional em conjunto com o apoiador da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Foi um momento importante onde se demarcou a necessidade de pensarmos para além da situação das pessoas que se encontravam ainda institucionalizadas no HPVA e daqueles que estavam superlotando os leitos do HAA, mas nos atentarmos para a urgência de rever os fluxos envolvendo as medidas de segurança e a imprescindível mudança no modelo de cuidado a essas pessoas. Foi também a primeira vez que conversamos com os profissionais das duas Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) sobre sua atuação e os processos de trabalho que, na época, estavam se iniciando.

Com vistas a se pensar em alternativas e possibilidades ao modelo tradicional das medidas de segurança e aprofundar os processos de Desinstitucionalização, foi realizada uma mediação entre Gerência de Saúde Mental do Estado do PI e as coordenadoras do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI e do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ no intuito de que o Piauí pudesse conhecer as experiências pioneiras implementadas em Goiás e

Minas Gerais. Os profissionais das equipes EAP's tiveram uma aproximação com o PAILI em meados de 2015 e 2016 e estão com previsão de conhecerem em 2017 o PAI-PJ e os Serviços Residenciais Terapêuticos de Barbacena/MG.

Em setembro de 2016, o Tribunal de Justiça do Piauí instituiu o Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico. Conforme noticiado *“O acordo celebrado no Piauí estabeleceu uma nova política, ao impor a disponibilização da rede pública de saúde aos pacientes oriundos do sistema de Justiça criminal e ainda vinculados ao sistema prisional, visando à desinternação progressiva dessas pessoas em favor da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.”*

Ao lermos a Cartilha que apresenta o Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (2016) formulada pelo TJPI nota-se que algumas demarcações importantes ainda não estão presentes, por exemplo: a designação de “paciente psiquiátrico”, ao invés de “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei” ou “usuário da RAPS” (conforme as normativas atuais); não está explicitada na cartilha uma crítica e desconstrução quanto ao lugar do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu na rede do estado, e também não está problematizado o dispositivo da medida de segurança. No entanto, gostaria de frisar a significativa transformação dos discursos, analisando-se a citação de julho de 2014 e a de setembro de 2016. Penso que com o tempo, a partir de maiores aproximações e alinhamentos, essas e outras mudanças venham a ser incorporadas aos poucos pelas instâncias da Justiça do estado.

Acredito que esses avanços em relação à Política de Saúde Mental do estado têm potencial de repercutirem para além da realidade do Piauí, oxigenando as discussões no âmbito dos demais estados da região Nordeste que vêm buscando fortalecer suas Redes com vistas à proposição de modelos alternativos que se pautem conforme os princípios da Atenção Psicossocial e da garantia de direitos. Temos visto que, com o passar dos anos, a necessidade de se pensar a Desinstitucionalização no contexto das medidas de segurança e dos Hospitais de Custódia para Tratamento Psiquiátrico e intervir nessa seara tão complexa está cada vez mais latente.

Especificamente, em relação ao cenário piauiense, avalio que a efervescência das discussões sobre a Desinstitucionalização

no que toca a situação das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei impulsiona a “Desinsti” do estado como um todo. Além da previsão de fechamento dos leitos no HAA ocupados por ex-moradores do sistema prisional, o que já impacta na redução da capacidade instalada do Hospital Psiquiátrico (há previsão da construção de um cronograma para realizar essa ação), o estabelecimento de novos fluxos para situações decorrentes de decisão judicial pactuados segundo a RAPS reduz as internações em hospitais psiquiátricos uma vez que estas demandas passem a ser discutidas com a Rede e endereçadas aos seus componentes assistenciais (CAPS, leitos de saúde mental em Hospital Geral, Unidades de Acolhimento, Atenção Básica, portas da RUE...). Obviamente que isso implica em mudanças não somente nas grades de referência e contrarreferência e nos desenhos das Redes de Saúde dos municípios e regiões, mas principalmente em mudanças de cultura que envolvam todos os agentes implicados no processo. Reconhecemos que essas mudanças se dão de modo gradual (a exemplo das transformações ainda em andamento no discurso das instituições da Justiça), sendo necessário um esforço contínuo em sua indução.

A constituição de parcerias com Ministério Público, Defensoria Pública, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e demais atores é imprescindível para a viabilização dos processos de Desinstitucionalização e conseqüentemente para a sustentabilidade dos mesmos. Felizmente, temos constatado no Piauí a possibilidade de boas interlocuções com essas instâncias, uma vez que elas têm se mostrado abertas e receptivas às discussões pertinentes à RAPS. Investir nas parcerias intersetoriais buscando uma maior articulação, considerando esse cenário favorável, é bastante estratégico. A criação e institucionalização de espaços como um Fórum de Saúde Mental é uma ação potente de modo a se garantir a participação de coletivos mais plurais e heterogêneos (justiça, assistência social, educação, direitos humanos), bem como dos cidadãos na construção da Política. Avalio que o estímulo à criação de um Fórum de SM no estado do Piauí é um ponto a ser mais bem trabalhado e discutido futuramente no Grupo Condutor enquanto uma ação que promove e impulsiona processos de Desinstitucionalização.

Por fim, é importante pontuar que o fechamento de Hospitais Psiquiátricos (HP) demanda, além de apoio técnico e financeiro, decisões políticas de modo a se reorganizar as Redes de Atenção à Saúde, e a pactuar o redirecionamento de recursos destinados ao componente hospitalar especializado (HP) para a RAPS. Apesar de a Lei nº 10.216/2001 explicitar que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a internação em instituições com características asilares, pode-se afirmar que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas ainda hoje se configura como contra hegemônica.

No Piauí, o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu ainda ocupa um lugar central de referência para as demandas de saúde mental do estado. Minha compreensão enquanto referência técnica/apoiadora é de que os esforços, de um modo geral, têm sido voltados prioritariamente a promover a qualificação da rede existente (a capacidade resolutiva dos CAPS já habilitados) para que indiretamente isso reflita num menor espaço a ser ocupado pelo HP na rede com o tempo. Outras ações como a implantação e habilitação dos leitos de saúde mental em Hospital Geral e sua inserção na Regulação de leitos; a qualificação da rede 24h (CAPS III e AD III) nas cidades polos de Macrorregião; bem como o fechamento da urgência do HP e implicação da RUE no acolhimento das urgências psicossociais são processos que estão sendo encaminhados com perspectivas mais a médio e longo, considerando a conjuntura atual.

Hoje, a Área Técnica de Saúde Mental do estado, bem como do município de Teresina (onde se localiza o HAA) se posicionam alinhadas com a Política Antimanicomial. Essas condições precisam ser demarcadas como bastante favoráveis, uma vez que possibilitam um diálogo mais azeitado entre as esferas federal, estadual e municipal, reconhecendo-se os limites de nossa atuação e governabilidade sobre os processos.

Desafios para expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí

Esse tópico, na verdade, é uma continuação do anterior tendo em vista que expandir e qualificar a rede é intrínseco à Desinstitucionalização. Opto por abordar aqui outra nuance do processo, a qual versa sobre as pactuações interfederativas necessárias à construção de ferramentas de gestão que possam prever, entre outros, a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede, à contratualização dos Pontos de Atenção, e à qualificação dos componentes já existentes.

Inicialmente, pontuo que desde o primeiro trimestre de 2015 a SESAPI tem conseguido manter o espaço e a frequência das reuniões do Grupo Condutor Estadual da RAPS. Isso é uma ação estrutural para a continuidade e sustentabilidade das ações relativas à RAPS. Discussões preliminares sobre os desenhos de rede de algumas regiões, cofinanciamento por parte do estado no custeio dos CAPS, alinhamentos conceituais, dificuldades e impasses na relação entre gestão estadual e gestão municipal de Teresina, entre outros tópicos, tem sido acompanhados desde então no contexto das discussões deste colegiado.

No entanto, ainda não temos, desde a reativação do Grupo Condutor Estadual da RAPS, a participação de todas as representações das 11 (onze) Regiões de Saúde do estado. Isso tem ocasionado empecilhos no avanço de discussões importantes a respeito do Plano de Ação, por exemplo. Observa-se no Piauí que há fragilidades referentes à implicação dos Territórios de Desenvolvimento nas discussões e pactuações das redes de um modo geral, não somente da RAPS. Demarco que é um desafio a se trabalhar a mobilização dos gestores e das regiões na construção dos arranjos interfederativos. Alguns estados, como Pernambuco, conseguiram avançar numa sistemática e organização de seus colegiados regionais no que se refere à RAPS. Provavelmente teremos de criar, no espaço do Grupo Condutor, estratégias para propiciarem uma maior participação e envolvimento de todas as regiões, ainda que por outra via que não seja a presença física de um representante

em todas as reuniões do Grupo. Esta, acredito ser uma questão que fica em aberto para reflexões: quais mecanismos podemos criar para propiciar um maior envolvimento e engajamento das regiões nas pactuações pertinentes a RAPS no contexto do Piauí?

A Rede Cegonha e a RUE no estado têm um histórico mais antigo e seus processos de gestão são um pouco mais robustos em comparação à RAPS. Ao longo dos últimos dois anos, tive algumas conversas informais com as referências técnicas/apoiadoras do Ministério da Saúde que acompanham essas redes, no entanto, a fragmentação que marca todos os níveis de gestão dificulta a organização de reuniões mais sistemáticas e, conseqüentemente, a formulação de ações de apoio conjuntas. No início de 2016, ocorreram reuniões do Grupo Ampliado de Redes da SESAPI, no entanto, essas reuniões no momento não estão acontecendo. Esse era um espaço interessante para pensar junto com demais gestores estaduais das outras redes temáticas modos de favorecer, integrar e dinamizar os processos de gestão. Trocar com os coordenadores estaduais dessas Redes possibilita refletir sobre como superar algumas das mencionadas fragilidades e entraves no que concerne à RAPS.

O último desenho do Plano de Ação Estadual da RAPS 2016-2019 foi avaliado na íntegra junto à Gerência Estadual de Saúde Mental durante os meses de março e abril de 2016 e alguns aspectos foram alinhados ao longo das reuniões do Grupo Condutor que ocorreram no último ano. Uma situação já extensamente discutida se refere às dificuldades de pactuação e implantação de Serviços Regionais. Atualmente, praticamente todos os municípios acima de 15 mil habitantes do estado já possuem CAPS (esse é o parâmetro populacional mínimo para implantação do CASP I). Logo, a expansão e implantação de novos Pontos de Atenção previstos são basicamente de CAPS AD, CAPS IJ, CAPS AD III e CAPS III (o quais o quantitativo populacional mínimo é acima de 70 mil ou 150 mil habitantes) e também de leitos de saúde mental em Hospital Geral.

A maneira como cada Região vai se organizar sempre deve ser baseada em suas necessidades e especificidades, entretanto, alguns aspectos são inerentes ao Plano de Ação e foram bastante problematizados ao longo das reuniões do Grupo Condutor em 2016, entre elas ponto: pactuações de serviços regionais, papel da

Atenção Básica na RAPS, cuidado às demandas de saúde mental na infância e adolescência, reabilitação psicossocial, álcool e outras drogas, leitos de saúde mental, indicadores de qualidade, etc.

Em se tratando de pactuações de Serviços Regionais, foi bastante discutida a necessidade de previsão das responsabilidades; fluxos assistenciais (referência e contrarreferência); contrapartida de cada um dos entes envolvidos; desenho logístico; adaptação da atenção prestada de modo que os CAPS regionais se organizem em formato de serviço itinerante e difuso, com equipes volantes que realizem acompanhamento e busca ativa, matriciamento junto a Atenção Básica dos municípios de sua cobertura e Matriciamento junto à urgência e emergência; definição dos pontos de atenção de retaguarda para o CAPS, com vistas à garantia do acesso, à continuidade do cuidado e à integralidade da atenção.

O fortalecimento da Atenção Básica para que possa absorver as demandas de saúde mental, considerando que a maioria dos municípios do estado é de pequeno porte e possuem uma alta cobertura de ESF. É um desafio pensar a sustentabilidade da rede e das ações quando se constituem arranjos regionais que em grande parte se amparam em uma Atenção Básica mais potente. Vale ressaltar que a Resolução N° 08, de 24 de novembro de 2016 da CIT, estabelece entre os indicadores relativos a prioridades nacionais em saúde “Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica”, ou seja, este indicador, a partir 2017, passa a ser o indicador de saúde mental no SISPACTO durante o período de 2017-2021.

O artigo 2º da Resolução 08/2016 estabelece que estados e municípios poderão discutir e pactuar indicadores de interesse regional, no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite, e os municípios poderão definir e acompanhar demais indicadores de interesse local, observadas as necessidades e especificidades. A necessidade de criação de indicadores de Saúde Mental para melhor avaliação e monitoramento da Rede no estado do Piauí também tem sido ponto de pauta de algumas reuniões do Grupo Condutor da RAPS.

Pensar em ações com vistas a qualificar a RAPS no atendimento à demanda infanto-juvenil considerando suas especificidades

também é apontado como um desafio. Houve sugestão em uma das reuniões do Grupo Condutor de se criar um GT ou uma Comissão para se debruçar sobre a temática da Saúde Mental Infanto-Juvenil, bem como também foi sugerida a criação de um GT ou comissão de Saúde Mental na Atenção Básica. Ainda não foi possível implementar essas sugestões, mas registro que foram possibilidades levantadas em reuniões anteriores. Indica-se o material “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS- Tecendo Redes para Garantir Direitos”.

Aponta-se que é um dos principais desafios intervir sobre o modo como estão sendo acolhidas e encaminhadas as demandas relacionadas ao uso de Álcool e Outras Drogas no estado do Piauí. Atualmente, há uma Política concomitante bastante forte no âmbito do estado (a qual se destinam investimentos e financiamentos) cujo modelo de atenção se pauta em outros referenciais, distintos do preconizado pela Atenção Psicossocial – a qual se baseia na ética da Redução de Danos e cuidado consentâneo às necessidades dos sujeitos em contraposição a políticas de drogas proibicionistas. Pouco tem se conseguido avançar no contexto dessas discussões, mas demarca-se que há o reconhecimento da relevância desse assunto para a implementação da Política de Saúde Mental do estado.

Ainda são preliminares as discussões sobre Reabilitação Psicossocial no espaço do Grupo Condutor. Representantes e porta-vozes de associações de usuários, que participam das reuniões do Grupo Condutor, demarcaram, inclusive em uma das últimas reuniões do ano de 2016, o imperativo de se abordar mais profundamente essa temática nos Planos de Ação. Uma vez que se reconhece que a qualificação dos serviços se dá na medida em que sua assistência se pauta na promoção da Reabilitação Psicossocial, esse é um aspecto essencial da Política o qual se precisa avançar mais.

Há vários outros pontos importantes e basilares que podemos discutir tanto a respeito dos assuntos acima abordados como de outros, a exemplo das situações de cárcere privado que ocorrem principalmente no interior do estado, a situação envolvendo o Conselho Tutelar, que retira a guarda das crianças de mães usuárias

de drogas ainda na maternidade, a questão do suicídio (o Piauí é o estado do Nordeste com o maior índice de suicídio), as dificuldades no processo de implantação dos leitos de saúde mental em HG, entre outros.

Relativo aos leitos, acredito que, ao longo do ano de 2017, uma das principais tarefas será a viabilização da implantação/ implementação dos serviços hospitalares de referência já incentivados que ainda não entraram em funcionamento, além das adequações e regularizações no funcionamento dos leitos de saúde mental já habilitados.

Percursos Formativos

Uma ação de Educação Permanente importante implementada pelo Ministério da Saúde nos anos de 2014 a 2016 em todo o território nacional foi o “Percursos Formativos” que proporcionou o intercâmbio entre redes de 96 municípios de modo a dar visibilidade a boas práticas e experiências exitosas alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica em seis eixos/linhas de ação: Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental, Saúde Mental na Atenção Básica, Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial, Saúde Mental Infantojuvenil, e Demandas associadas ao uso álcool e outras drogas.

No estado do Piauí, foram cinco municípios selecionados para serem redes em formação:

- Teresina - Saúde Mental na Atenção Básica, rede preceptora: Embu das Artes/SP;
- Paulistana – Reabilitação Psicossocial, rede preceptora: Barbacena/MG;
- Parnaíba – Atenção à Crise, rede preceptora: São Paulo/SP;
- Pio IX - Atenção à Crise, rede preceptora: Coronel Fabriciano/MG;
- Floriano – Desinstitucionalização, rede preceptora: São Bernardo do Campo/SP.

Cada um desses cinco municípios foi contemplado com incentivos financeiros da ordem de R\$296.000,00 para qualificarem suas redes. A aplicação desse incentivo previa o envio

de 20 profissionais ao todo (uma dupla por vez) para passarem um mês visitando uma rede preceptora considerada de referência conforme a linha de ação, durante 10 meses; após o intercâmbio, as redes em formação organizaram uma Oficina de Integração onde representantes da rede preceptora estiveram durante uma semana em contato com o cotidiano da rede desses municípios; construíram-se os Planos de Educação Permanente; e participaram do Projeto Engrenagens de educação permanente. Este último previa a nomeação de um ativador de redes designado para acompanhar a implementação das ações previstas no Plano de Educação Permanente no município e manter aquecidas as discussões e processos desencadeados a partir dos intercâmbios e oficinas, podendo ainda contar com a supervisão de tutores (consultores do Ministério da Saúde com reconhecido saber sobre a temática do eixo em questão).

Como representante do Ministério da Saúde, tive oportunidade de participar de três Oficinas de Integração do “Percurso Formativos”, a de Pio IX/PI (ocorreu em 22/06 a 26/06/2015), Floriano/PI (26/10 a 30/10/2015) e Paulistana/PI (09/11 a 13/11/2015). Infelizmente, não foi possível participar das oficinas em Teresina e Parnaíba. O que tive de conhecimento sobre o PF nessas redes foi a partir da fala dos colegas que acompanhavam os módulos e também das coordenadoras de SM dos referidos municípios.

Em relação à experiência em Pio IX, me marcou bastante ao longo da Oficina a postura ativa e engajada dos Agentes Comunitários de Saúde do município. Em peso, eles estiveram presentes durante todos os dias da oficina, e se colocaram com muita apropriação sobre a temática da saúde mental nas discussões e atividades. A experiência do intercâmbio pareceu ter cumprido seu papel de mobilizar afetivamente os participantes e promover o exercício de refletir sobre sua práxis e inspirar novos modos de cuidado em saúde mental, em especial por parte dos ACS's. Se falou muito ao longo desses dias de Oficina sobre Matriciamento; sobre integração do CAPS com a Atenção Básica; sobre o papel do CAPS em acolher a crise em saúde mental (em especial aquela relacionada com o uso de álcool e outras drogas, tendo em vista o relato de que esses são

os casos mais recorrentes); sobre como os ACS's podem auxiliar em situações de crise ainda iniciais e em casos que não chegaram a ser acompanhados pelo CAPS facilitando o acesso do usuário ao serviço. No que se refere às discussões sobre AD, percebeu-se que os discursos ainda estavam muito impregnados de compreensões mais rasas de senso comum. Na medida do possível, demarcou-se isso, bem como a necessidade de um maior aprofundamento técnico a respeito do tema. Em relação à organização dos processos de trabalho e gestão do CAPS I, informa-se que foram pouco perceptíveis as transformações observadas. Importante pontuar que Pio IX é um município de pequeno porte com 1 CAPS I e 100% de cobertura de ESF, fica a 120 km de Picos/PI (município polo de sua região).

Em relação à experiência em Paulistana/PI, durante os dias da Oficina houve grande participação dos profissionais, não somente da saúde, mas também de outros setores, em especial, da assistência social. Diferentemente de Pio IX, a rede de saúde mental de Paulistana/PI tem vários componentes: 1 CAPS I, 1 CAPS II, 1 CAPS AD e 1 CAPS ij (os três últimos regionais), além de 04 leitos de saúde mental em Hospital Geral. Ao longo da oficina, os ACS's trouxeram muitos relatos de situações de cárcere privado dos quais tinham conhecimento, no entanto, as equipes dos CAPS pareciam não ter conhecimento quanto a essas ocorrências ou estar intervindo em todos os casos. Foi também discutido os altos índices de suicídio na região, e as dificuldades que o município sede tem no que se refere à inexistência de contrapartida dos municípios cobertos pelos serviços. Constatou-se que se investiu na qualificação dos profissionais, sendo possível perceber que havia uma articulação interessante com a rede intersetorial. No entanto, considerando que a linha de ação da qual participaram era Reabilitação Psicossocial, não ficaram muito evidentes tanto durante a Oficina como no Plano de Educação Permanente ações voltadas ao protagonismo dos usuários, estímulo à formação de associação de usuários, de cooperativas, empreendimentos solidários, etc.

Com relação à Oficina em Floriano/PI, pôde-se sentir que a rede estava bastante fragmentada (é composta por 1 CAPS II e 1 CAPS AD III). Foi uma Oficina difícil, uma vez que houve problemas em

seu planejamento, baixa participação de profissionais da rede, além de termos percebido problemas graves no fluxo do atendimento das demanda AD (RAPS encaminhando usuários para Comunidades Terapêuticas), serviços frágeis, etc. Considerando que Floriano/PI, assim como Teresina/PI e Parnaíba/PI, é um dos maiores municípios do estado, sendo referência para sua região de saúde, a qualificação da rede teria tido com certeza grande impacto na organização da assistência na região. Acredito que as fragilidades de Floriano nos sinalizam que a RAPS na Região Vale dos Rios Piauí e Itaueiras seja uma das que estejam necessitando de um maior apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se no presente relato trazer impressões e análises pessoais sobre algumas situações vivenciadas ao longo dos anos de 2015 e 2016, período em que atuei como referência técnica do Ministério da Saúde da RAPS do estado do Piauí. Tentei fazer alguns apontamentos que considero importantes, tendo ciência desde o início de que não são suficientes para abarcar a complexidade de todas as experiências, encontros e discussões que aconteceram. Aproveito a oportunidade para registrar meu agradecimento aos vários parceiros com quem pude conviver, compartilhar e aprender, em especial às colegas da Gerência de Saúde Mental do estado e das coordenações dos municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. **Decreto Nº 7.508, De 28 De Junho De 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. **Caderno de Atenção Básica nº 43 – Saúde Mental.** Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF, 2013.

_____. **Relatório de Gestão 2011-2015 – Saúde Mental no SUS, cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relatório-Gest-o-2011-2015---.pdf>. Acesso em: 13/01/2016

_____. Programa Nacional Desinstitucionalização Orientações e Instrumentos para o desenvolvimento das ações indicadas no inciso I do “caput” do art. 5º da Portaria GM N. 2840/2014. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/13/InstrDesinst-2015.pdf>. Acesso em: 13/01/2016.

FALEIRO, L.M, **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática-** Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades.** Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá; 1999

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOTIVA - SPA: UMA ANÁLISE CRÍTICA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA COM O PÚBLICO INFANTO – JUVENIL

*Anne Frank Cunha Alcântara de Sousa¹⁵
Elizandra Ferreira Pires de Carvalho¹⁶
Leomar Ferreira do Nascimento¹⁷*

Em consonância com a Política Nacional sobre Drogas e com um olhar voltado para o cuidado às crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas - SPA

- ¹⁵ Assistente Social. Analista na Agencia de Desenvolvimento do Estado do Piauí. Especialista em elaboração de projetos para captação de recursos. Especialista em atenção integral ao consumo e aos consumidores de SPA. E-mail: annyfrankaz_@hotmail.com
- ¹⁶ Psicóloga do Centro de Referência para a população em Situação de Rua-Centro POP de Teresina e do Consultório na Rua de Teresina. Plantonista da Unidade de Acolhimento infanto-juvenil -UAI de Teresina. Especialista em Gestalt-terapia. Especialista em Atenção ao consumo e consumidores de álcool e outras drogas.
- ¹⁷ Licenciado em História. Educador Social do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro Pop. Técnico do Projeto Livre para Viver. Especialista em Atenção ao consumo e consumidores usuário de substâncias psicoativas. Especialista em História Cultural

foi inaugurado em Teresina-Pi no ano de 2012 a Casa de acolhimento transitório (CATI) para tratamento às crianças e adolescentes, após seis meses de sua inauguração e seguindo a portaria nº 121 de 25/01/12 a instituição passou a chamar-se de Unidade de acolhimento do tipo infanto-juvenil.

Este estudo é resultado da experiência vivenciada na referida unidade e as informações aqui elencadas remetem ao período compreendido entre novembro de 2014 e janeiro de 2016, e tem por base os dados e relatos nos atendimentos psicossociais e desenvolvimento das atividades realizadas na instituição com os acolhidos. Este artigo contém ainda, informações sobre a rede de cuidados e tratamento para consumidores de substâncias psicoativas infanto-juvenil, que são de extrema relevância para desenvolvimento do trabalho pelos profissionais.

O consumo de substâncias psicoativas tem se destacado no perfil epidemiológico no Brasil, além do seu crescimento, a incidência do consumo vem ocorrendo cada vez mais precocemente nos diferentes segmentos populacionais. (OLIVEIRA, 2009).

Diante disso, este artigo circunscreve uma análise crítica com um olhar plural, reconhecendo a Unidade de Acolhimento infanto-juvenil como um importante dispositivo para concretizar a equidade e universalidade primada pela saúde pública brasileira, uma vez que atua na saúde de crianças e adolescentes que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas - SPA.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Para entender o processo da atenção psicossocial no Brasil é importante revisitar a história da assistência psiquiátrica e compreender alguns acontecimentos que sustentam as práticas na área da Saúde Mental em sua configuração atual.

Até o século XIX, as pessoas que sofriam com transtornos mentais eram consideradas “loucas”, e dependendo de sua condição social tinham formas diferentes de encarar e/ou tratar, se ricas eram enviadas para outros países a fim de mantê-los afastados da sociedade ou ainda viviam trancados em um local

isolado dentro de casa, e os com poucas condições econômicas, vagavam pelas ruas.

A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a eclosão do movimento sanitário, no final dos anos 70, com o protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado iniciam-se mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde em defesa da saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Para Dos Santo Schneider (2010, p. 79):

A ênfase deste movimento inovador baseava-se na reivindicação da cidadania dos portadores de transtorno psíquico, e na proposta de oferecer a estas pessoas em sofrimento uma atenção em saúde mental humanizada, criticando a institucionalização manicomial. A loucura vista como diferença lhe remete à exclusão e ao condicionamento da necessidade de se reger o indivíduo, incapacitando-o enquanto não restaura a sua razão.

Portanto, passou-se a ter um olhar diferenciado e inovador no qual se percebia o indivíduo em seu aspecto integral, num contexto global, com a família e a comunidade na qual estava inserido.

A década de 80 (oitenta) foi marcada pelo Movimento da Reforma Sanitária, sendo provocado em virtude da necessidade de mudanças e transformações para o sistema nacional de saúde, e busca de melhores condições de vida para a população.

Esse movimento uniu instituições, categorias profissionais e serviços, e teve como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, sendo considerada um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde e criação de um Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds), e que depois transformou-se em Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988. Também é mister destacar que além destes marcos consolidou-se ainda a ideia da Reforma Sanitária na oitava conferência.

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, na qual foi incluída pela primeira vez

uma seção sobre saúde sendo considerada como um direito a ser assegurado pelo Estado. Conforme BRASIL (2009, p. 127): art. 196 da Constituição Federal 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”.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90 e outras normativas.

Dentre as principais diretrizes da RAPS é importante destacar. De acordo com (BRASIL, 2011):

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A RAPS também incluiu como um dos seus componentes os centros de atenção psicossocial em suas diferentes modalidades.

Nessa perspectiva, inserida nesta rede, encontra-se a unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI) destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos com disponibilidade de 10 vagas.

Diante do exposto, fez-se necessário um resgate histórico para compreender como se organizou a rede de atenção psicossocial em

saúde mental no Brasil, sendo esta de fundamental importância para a estruturação de serviços e ainda incluir o usuário, resgatar a cidadania do indivíduo com transtorno psíquico e sofrimento decorrente do abuso de substâncias psicoativas. Assim, faz-se necessário uma organização e articulação entre a rede de atendimento promovendo uma vida comunitária e autonomia dos usuários e incluindo-os a partir de seu território e subjetividade.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL E ARTICULAÇÃO COM A REDE

No Brasil, quando se apresenta o cuidado e a saúde mental de crianças e adolescentes, o termo “rede” vem à tona. A palavra em si possui toda uma simbologia, ganhando cada vez mais importância nos diversos âmbitos relacionados à temática, que tem como base as discussões entre profissionais, usuários e pesquisadores até o planejamento e formulação das políticas públicas na área.

A saúde mental infanto-juvenil enfrenta desafios e precisa ser colocada na agenda de prioridades das Políticas Públicas. Alguns marcos históricos auxiliaram gradualmente para a construção de um campo assistencial no âmbito da saúde como a Constituição de 1988 - com a criação do SUS, a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a participação de vários atores sociais como: ministérios, conselhos, movimentos sociais.

Dessa forma, para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados, o Ministério da Saúde estabeleceu em 2010, a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”, que orienta ações e serviços de respostas imediatas nas dimensões do acolhimento, do atendimento, da notificação e do seguimento na rede nos três níveis de atenção à saúde.

A Linha de Cuidado é um instrumento pedagógico que oferece diretrizes aos profissionais de saúde, no seu dia a dia nos serviços, para a identificação de sinais de alerta e sintomas de violências para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e promoção da cultura de paz, numa lógica que avança em direção à necessidade da atuação na perspectiva de redes de

atenção à saúde. Essa ação exige a continuidade do cuidado na rede de proteção social a todas as crianças e adolescentes que já tiveram seus direitos violados.

Nesse contexto, a RAPS integra a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência em vários pontos de atenção à medida que recebem os casos e dão continuidade ao atendimento e/ou ao seguimento na rede, conforme suas demandas. A atenção psicossocial a essa população é atribuição dos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde desde a atenção básica, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergência e de Atenção Hospitalar, em fundamental parceria das Redes Intersetoriais.

Dessa maneira a rede é constituída dos seguintes componentes que são estabelecidos pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial.

Assim sendo, a saúde mental voltada para a atenção dos adolescentes usuários de substância psicoativa pode ser vista, então, como condição decorrente da provisão de cuidados e da atenção de qualidade, providas sob os princípios da humanização e da proteção integral. Esses princípios são elencados na portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro 2014.

Nessa perspectiva estão inseridas as Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) que foram criadas pela portaria nº 121, de 25 janeiro de 2012 na qual instituiu o acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2012)

Tal espaço pode ser um recurso nos projetos terapêuticos elaborados para o adolescente, sua família e a equipe dos CAPS, por favorecer a ampliação de suas possibilidades de inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação.

Portanto, as unidades de acolhimento infanto-juvenis são importantes dispositivos no sentido de evitar internações desnecessárias, favorecendo o fortalecimento de ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, reforçando o paradigma da inserção social para a promoção de saúde mental.

Assim, diferentes ações e serviços são previstos e propostos para as diferentes necessidades sem, no entanto, reconhecer que eles podem e devem se articular para corresponder à complexidade das distintas situações que envolvem os adolescentes acolhidos na unidade.

A Política de Saúde Mental também tem responsabilidades no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, uma vez

que deve ser assegurado “que nenhuma criança e adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (art. 5º do ECA).

Consequentemente, neste estudo considerou-se importante mencionar que é necessário um trabalho em rede e no território, e ainda a elaboração e efetivação de políticas públicas efetivas, ou pensar ações coletivas de cuidados para esse público a fim de encontrar saídas que minimizem as situações de sofrimento que perpassam situações de violência com este segmento.

ANÁLISE CRÍTICA COM O PÚBLICO INFANTO - JUVENIL NA UAI

A análise crítica é oriunda da experiência na Unidade de acolhimento infanto-juvenil em Teresina - Piauí, sendo uma unidade residencial de caráter transitório que primeiramente foi denominada de Casa de acolhimento transitório infanto juvenil (CATI) em Teresina, implantada através do projeto “Acolher para Cuidar” em 2010, inscrito de acordo com o edital público 003/2010/GSIPR/SENAD/MS do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas, firmando parceria entre Governo Federal e Municipal.

A Casa de Acolhimento Transitório infanto-juvenil (CATI) foi inaugurada em 27 de novembro de 2012 e após seis meses de funcionamento passou a se chamar Unidade de Acolhimento tipo infanto-juvenil que seguiu as normativas regidas pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, a mesma atende crianças e adolescentes do sexo masculino com necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

Surgiu através da preocupação do Governo Federal com o panorama e a extensão do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, seguido e contextualizado pela vulnerabilidade da população de crianças e adolescentes e do risco para a saúde de modo geral devido ao consumo abusivo dessas substâncias.

De acordo com o art. 2 da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, a Unidade de Acolhimento é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características: funciona 24 horas do dia e nos sete dias da semana é de caráter

residencial transitório. Neste mesmo documento em seu parágrafo 1 (primeiro) trata sobre o objetivo da Unidade de Acolhimento que é “oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo” (BRASIL, 2012).

A Unidade de Acolhimento infanto-juvenil de caráter transitório de Teresina-Piauí atende crianças e adolescentes do sexo masculino com idade de 10 a 18 anos que apresentam necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, com capacidade para abrigar até 10 (dez) crianças e adolescentes seguindo as normativas do Estatuto da criança e do adolescente (ECA), com demanda voluntária e permanência de até seis meses (BRASIL, 2016).

O acolhimento da Unidade é definido pelo CAPS de referência, sendo que em Teresina é o CAPS AD tipo II, responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular - PTS, seguindo a hierarquização dos cuidados em saúde pública.

Os adolescentes ao serem acolhidos pela unidade são acompanhados pelo CAPS AD II adulto e mediante avaliação de cada caso, é construído o projeto terapêutico singular para que possa dar andamento ao tratamento.

Vale ressaltar que o projeto terapêutico singular deve contemplar o atendimento psicossocial do usuário e da família. O usuário recebe acompanhamento em âmbito das políticas públicas de saúde, educação e assistência social, visando trabalhar a diminuição das vulnerabilidades e sua reinserção ao convívio familiar e social (BRASIL, 2012).

A UAI de Teresina no ano de 2013 tinha aproximadamente 40 (quarenta) funcionários distribuídos entre os seguintes cargos: coordenador, assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, cuidadores, redutores de danos e auxiliares de serviços gerais. Neste mesmo ano, em virtude de algumas dificuldades a unidade teve seu funcionamento interrompido, então em maio de 2014, aconteceu à reabertura, sendo que nesta fase houve redução da equipe de nível superior, passando atuar com 1

(um) psicólogo e o coordenador que era assistente social atuava em duas funções, (coordenador e assistente social). Atualmente (2016) a unidade conta com 28 (vinte e oito) funcionários distribuídos nos cargos acima citados no ano de 2013.

Quanto à procura pelo serviço, o mesmo acontece por demanda espontânea ou por ordem judicial da Vara da Infância e da Juventude, este último se dá quando o usuário de drogas se envolve em delitos e como forma de medida socioeducativa o mesmo é encaminhado para a UAI. Contudo, a Portaria nº 121 do MS de 25/01/12 em seu artigo 2 e parágrafo 1º aborda que “a Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos...” Isso nos remete ao estatuto da criança e do adolescente (ECA) – Lei Federal n 8.069/1990, esta é uma diretriz fundamental que deve ser respeitada em qualquer projeto de atenção à criança e ao adolescente (Nery, Andrade e Fernandez, 2015).

O ECA traz uma nova visão da criança e do adolescente, considera-os em uma “condição específica de pessoas em desenvolvimento” o que lhes dá garantia e prioridade absoluta no atendimento em políticas que assegurem os direitos estabelecidos pela Constituição do País (BRASIL, 1990).

As atividades desenvolvidas pela Unidade de acolhimento são variadas e buscam respeitar os interesses dos usuários, assim como a fase do desenvolvimento ao qual pertencem. Segundo Sousa, A.F.C.A. 2015:

Essa fase da vida merece atenção, pois se configura como transição entre a infância e a idade adulta, que pode resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado indivíduo. Quanto à identidade, esta é a tarefa principal do adolescente: a aquisição de uma identidade, que se dá por vários meios. Nesse momento, haverá uma necessidade do adolescente de pertencer a um grupo.

Na UAI as atividades são distribuídas no cotidiano dos usuários, as mesmas são: atendimento psicossocial individual, atendimento a família, atividades em grupo, atividades de terapia ocupacional, esporte, lazer (passeios, clubes, cinema, etc), atividades educativas, dentre outras.

Dentre as dificuldades e desafios pode-se elencar: a inserção, reinserção e permanência dos usuários na rede regular de ensino, pois, existe uma distorção de idade série, levando a uma falta de incentivo que o faça permanecer na escola, assim como também não há motivação para permanecer no espaço escolar, e ainda, para desenvolver as atividades propostas.

De acordo com Mombelli; Marcon; Costa (2010), sabe-se que o uso de drogas na adolescência e infância, resulta em queda do rendimento escolar, e isso colabora para a desestruturação na vida do adolescente, afastando-o de suas atividades diárias, como escola, lazer, interação familiar. Agravando as intercorrências como: crises familiares, violência, criminalidade e internações e reinternações hospitalares com poucas perspectivas de recuperação.

Dentre as atividades citadas podemos elencar o trabalho com músicas, jogos e vídeos tendo uma melhor aceitação pelos usuários, principalmente ao trabalhar com a temática sobre drogas: preparação, uso, efeitos e consequências, assim como também o trabalho com a história de vida.

Observa-se que existe um maior engajamento na realização das atividades quando os acolhidos participam da elaboração das mesmas demonstrando as áreas de interesse e participação na condução destas. Isso é um ponto importante para o momento da elaboração das atividades pelos profissionais, alcançando dessa forma os objetivos propostos.

No tocante a articulação com a rede a Unidade mantém contato constante com os dispositivos socioassistenciais, educação, saúde, justiça e direitos humanos, envolvendo a rede intersetorial, e assim realizam-se encaminhamentos no intuito de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação do usuário para a saída da unidade.

A articulação com a rede é de suma importância para dar continuidade ao trabalho realizado pela unidade, garantindo os direitos e dirimindo os riscos e vulnerabilidades, possibilitando uma melhor qualidade de vida às crianças e adolescentes atendidas pela Unidade de Acolhimento Infante-juvenil em Teresina.

Diante do exposto, a Unidade de acolhimento infante-juvenil de Teresina é um importante dispositivo na rede de saúde mental,

pois, o trabalho desenvolvido pela mesma evitam interações desnecessárias, e ainda, garante os direitos da criança e do adolescente, fortalecendo o convívio familiar e social, ajudando na melhoria da saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivida na Unidade de acolhimento infanto-juvenil - UAI em Teresina Piauí foi possível compreender as singularidades desse público alvo e encontrar melhores maneiras para desmistificar e amenizar o sofrimento relacionado ao uso de substância psicoativa e ainda construir uma rede de cuidados.

A partir dos estudos podemos mencionar que houve avanços na política de saúde mental, mas ainda é necessário um olhar direcionado ao público infanto-juvenil, considerando a prioridade absoluta, e sua situação peculiar de desenvolvimento, sendo que isso pode ser constatado pelo pouco investimento em políticas de educação, prevenção, assistência, habitação e saúde mental infanto-juvenil, enfim, uma oferta de rede de cuidados que possam proporcionar uma vida digna para esse público. Pois, considera-se que para trabalhar com adolescentes em contexto de vulnerabilidades são necessárias ações articuladas e em rede.

Na atual conjuntura de alta demanda para atendimentos em Saúde Mental Infantil, aliada a uma baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde e cuidados com a infância percebemos que ainda estamos arraigados numa cultura do tratamento e da institucionalização, ou seja, curativa, onde há falhas não somente do Estado, mas também das famílias, da sociedade, que muitas vezes não conseguem assegurar as condições necessárias para efetivação dos direitos à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, lazer, respeito, liberdade à convivência familiar e comunitária conforme preconizadas no Estatuto da criança e do adolescente - ECA.

Portanto, precisamos avançar quanto ao acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial.

Outro aspecto a ser considerado é o resgate da educação e a importância da preservação de vínculos sociais e comunitários dos

adolescentes, além da garantia de direitos fundamentais e do acesso a bens socioculturais, de convivência familiar, respeito e dignidade, de que são titulares.

Levando em consideração o que foi mencionado, recomenda-se que ao realizar ações no âmbito de saúde com o público infanto-juvenil se considere as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. E ainda é preciso reconhecer a voz e escuta de cada criança e adolescente.

Também se considera importante que haja uma melhoria da qualidade dos serviços e, ainda, capacitações permanentes para os profissionais que atuam com esse público, a fim de aprimorar as intervenções práticas na perspectiva de dar uma atenção integral e contribuir para a qualidade de vida e garantia dos direitos desses indivíduos.

Nesse sentido, espera-se que o estudo possa contribuir para uma reflexão quanto à situação da rede de atenção psicossocial infanto-juvenil e que se possa perceber e voltar os olhares para a necessidade de integração da rede de serviços em saúde mental.

REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível

em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em: 29 de setembro. 2016.

_____. Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Ministério da Justiça, 2012.

_____, M.S. **Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília/DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº121/2012/MS**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 25 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acessado em: 29/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília, 2005.

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

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2010.

FERNANDEZ; ANDRADE; NERY FILHO. **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015, 365 p.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. **Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 5, p. 735-740, set./out., 2010.

OLIVEIRA. M. G. P. N de. **Consultório de rua: um relato de experiência.** 2009.146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos, *et al.* **CRR articulando a RAPS:** a construção de novas práticas e saberes no Piauí. Brasília, Verbis Editora, 2015. 462p.

SOUSA, A.F.C.A. **Imaginário juvenil:** representações sociais sobre o uso de drogas. UFPI/UFBA, Teresina, Pi, 2015.

PARTE II

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL,
OS TRABALHADORES, A
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A
INSERÇÃO DAS PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS VIA
TRABALHO

REDUÇÃO DE DANOS NO FENÔMENO DAS DROGAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DO ENSINO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Ana Beatriz Mendes Rodrigues¹⁸

Fernanda Kaline Nogueira dos Santos¹⁹

Juliana Ferreira de Sousa²⁰

Juliana Macêdo Magalhães²¹

O uso e o abuso de substâncias psicoativas (SPAs) configuram notável problema de saúde pública em nível mundial, podendo gerar danos a curto, médio e longo prazo na vida do indivíduo. Assim, torna-se essencial a compreensão das estratégias voltadas para a prevenção de agravos que o uso das SPAs pode trazer.

A Redução de Danos (RD) é uma das políticas de abordagem de grande relevância que ao longo do tempo foi se tornando um

¹⁸ Graduanda de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

¹⁹ Graduanda de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

²⁰ Graduanda de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

²¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Doutorado em Engenharia Biomédica da UNIVAP. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: julianamdem@hotmail.com

método de produção de saúde para fins da diminuição de resultados negativos e minimização dos efeitos advindos do uso prejudicial das drogas (PASSOS, 2011).

Um dos propósitos da Redução de Danos em relação ao fenômeno das drogas é o respeito ao direito individual, com a promoção do direito à saúde, possibilitando uma adesão espontânea e, conseqüentemente, um vínculo terapêutico. Com isso, a RD vem conquistando bons resultados no que diz respeito à Educação em Saúde (ALVES; LIMA, 2013; FERNANDES, 2015).

Podemos ressaltar que a RD, por se revelar como uma estratégia de abordagem ao usuário de drogas, constitui-se como uma temática que pode fazer parte de discussões dentro do contexto acadêmico, pois é através do ensino de temas transversais que o conhecimento é difundido para o meio social, bem como é utilizado para o aprimoramento da atuação profissional. É relevante que o pensamento crítico seja construído numa perspectiva holística, como uma forma de contribuição do ensino na educação superior.

Neste ínterim, a educação superior tem sido vista, ao longo dos anos, como um passo importante para a ascensão social, agregando valor ao indivíduo, oportunizando o aperfeiçoamento das competências individuais e coletivas (ROTHEN; NASCIUTTI, 2011).

Para Pimenta e Anastasiou (2014), a universidade desempenha papel de antagonismo e de complementaridade em relação à sociedade, uma vez que conserva e transforma. Além disso, as autoras acrescentam que a educação nessa instituição conduz à humanização, pois propicia aos seres humanos condições para participarem e usufruírem dos avanços da civilização, tornando-os comprometidos com a solução dos problemas que essa mesma sociedade gerou.

A consciência da contribuição que a educação pode exercer na sociedade nos motivou a refletir acerca do ensino na educação superior, da estratégia de Redução de Danos no contexto e no fenômeno das drogas. Como forma de atenção em saúde essa estratégia tem sido, conforme Passos e Souza (2011), fundamental para a consolidação de uma política democrática de drogas.

Propusemo-nos a instigar esta reflexão, pois acreditamos que a temática se faz pertinente na formação dos profissionais de

saúde, uma vez que esses poderão atuar na assistência aos usuários de substâncias psicoativas, independente do ambiente de trabalho ao qual estão inseridos.

Além disso, percebemos que atualmente, embora a temática da Redução de Danos esteja ganhando espaço diante dos processos de trabalho em saúde no contexto das drogas, esse tipo de estratégia tem sido pouco debatido em sala de aula na educação superior. Assim, o estudo tem como objetivo refletir sobre a contribuição do ensino da estratégia de Redução de Danos diante do fenômeno das drogas para a formação de estudantes da área da saúde na educação superior.

Trata-se de uma reflexão teórica realizada a partir de levantamento bibliográfico da literatura cujos dados foram obtidos em livros, artigos de periódicos e dissertações, além da percepção das autoras a respeito da temática estudada. Buscamos discutir estudos que contemplassem os assuntos de redução de danos e educação superior. Assim, o texto foi organizado em duas partes, emergindo as categorias: “Redução de danos: uma estratégia no cuidar”; e, “O ensino da estratégia de redução de danos: fonte de transformação da realidade”.

REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA NO CUIDAR

O percurso das políticas públicas em saúde, no âmbito internacional, destinadas aos usuários de substâncias psicoativas emergiu nos Estados Unidos, no século XIX. Nesse período, o enfrentamento ao fenômeno das drogas estava associado a dois modelos explicativos: o moral/criminal, no qual o encarceramento se configurava como a solução de um problema moral; e o modelo de doença, em que a dependência no consumo de drogas se reduzia a uma abordagem patológica, sendo o tratamento e a reabilitação estabelecidos como prioridades (ALVES, 2009).

Todavia, Silva Júnior e Monteiro (2014) identificam que apesar de ambos os modelos apresentarem diferentes propostas de intervenção, esses possuem uma característica em comum: a tentativa de eliminar o consumo de drogas por meio de medidas de punição. Dessa forma, é relevante pontuar que isso se deve ao

fato de uma dinâmica de enfrentamento pactuada à estratégia proibicionista.

Em consonância com os demais países do mundo, o Brasil por muito tempo adotou práticas de controle e repressão às drogas que eram orientadas pela política proibicionista. Esta perspectiva de intolerância refletiu nos modelos de atenção em saúde, uma vez que as ações dos profissionais incluíam a redução do consumo de drogas pelo usuário, por meio de uma terapêutica cuja finalidade era a abstinência.

Nesse contexto, as políticas públicas de saúde, em especial as direcionadas aos usuários de drogas, desenvolveram-se concomitantemente à evolução histórica das políticas de enfrentamento às drogas no Brasil. Silva Júnior e Monteiro (2014) ressaltam, por exemplo, que a compreensão da dependência química como problema de saúde, especialmente a partir dos anos 2000, foi fundamental para a formação de um novo olhar diante do fenômeno das drogas.

Segundo Machado e Boarini (2013), em nível mundial, o crescente aumento do consumo de drogas e a inexistência de atendimento à saúde às pessoas que não conseguiam ou não pretendiam parar o consumo dessas substâncias fizeram com que a estratégia proibicionista passasse a ser questionada. Assim, as autoras ressaltam que a ineficácia da guerra às drogas impulsionou movimentos sociais que defendiam a criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente aos que faziam uso de substâncias ilícitas.

No Brasil, a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política Nacional de Saúde reconheceram as drogas como um problema de saúde pública quando por ocasião da epidemia de Aids que estava acontecendo no país, no ano de 1989, iniciaram-se as práticas de Redução de Danos (RD) que tinham como foco os usuários de drogas injetáveis (MESQUITA; BASTOS, 1994; MACHADO, BOARINI, 2013).

A RD é uma estratégia política de saúde pública regulamentada em 23 de agosto de 2006, pela Lei nº 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e prescreveu medidas de prevenção, atenção e reinserção social para pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, incentivando a estruturação de uma rede de atenção integral ao usuário de substâncias psicoativas, visando contribuir de forma norteadora para o desenvolvimento de estratégias que decresçam os agravos (DA SILVA, 2016; BRASIL, 2006).

Em seu artigo 20, a referida lei descreve a RD como uma estratégia que utiliza ações orientadas pelo respeito à liberdade de escolha do indivíduo, com a finalidade de prevenir ou reduzir as consequências ocasionadas pelo uso abusivo de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo das substâncias psicoativas. Assim, considera que:

Constituem atividades de atenção ao usuário e dependentes de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2006, p. 5).

Vale ressaltar que a compreensão acerca da política de redução de danos a princípio não foi aceita, pois conforme Machado e Boarini (2013), o ingresso da RD no país provocou objeções e controvérsias; entretanto, o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas no Brasil foi fundamental para o estabelecimento da RD como uma estratégia que não deve ser confundida com o incentivo ao uso indevido de drogas, mas como uma estratégia que possa diminuir os danos à saúde (BRASIL, 2011).

Com isso, de acordo com a Legislação e as políticas públicas sobre drogas no Brasil (2011), infere-se que a Estratégia de Redução de Danos deve ser realizada de forma vinculada inter e intrassetorial, encorajando a criação de multiplicadores que, por sua vez, trará um maior comprometimento não somente com o usuário, mas com toda a sociedade e a família, incluindo, portanto, a RD na abordagem da promoção e da prevenção da saúde no ensino público e privado, seja ele fundamental, médio ou superior.

Para tanto, não é foco da estratégia de RD a proibição radical do uso das drogas, pois segundo Da Silva (2016), não é sujeitando

o indivíduo à obrigação de se abster da droga que o problema será solucionado, uma vez que a estratégia de RD é abrangente e ilimitada. Dessa maneira, esse método passou a se constituir como uma forma de garantir o cuidado a todas as pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

O ENSINO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS: FONTE DE TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE

O ensino exerce um papel fundamental na sociedade, o de transformação. Deste modo, a educação como exercício da cidadania está presente nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) estabelecidos a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei Federal nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Ademais, Morin (2000, p. 10) ressalta que o ensino superior “introduz na sociedade uma cultura que não é feita para sustentar as formas tradicionais ou efêmeras do aqui e agora, mas está pronta para ajudar o cidadão a rever seu destino”.

Corroborando, Macêdo (2011) afirma que as instituições de ensino exercem um importante papel de transformação da realidade, da região a qual estão inseridas, entretanto, deve-se considerar que as instituições de ensino não anulam a atuação do estado como ferramenta de mudanças do contexto social.

Sabemos, ainda, que a educação, inclusive a que é estabelecida nessas instituições, possibilita a sensibilização para a busca da construção do presente e do futuro com melhorias, uma vez que o ensino superior torna possível não apenas o aprimoramento do conhecimento científico e tecnológico, mas também o despertar para a mudança de problemas sociais ou de qualidade de vida.

Assim, universidades, centro universitários, faculdades integradas e institutos ou escolas superiores são instituições de ensino superior cujas funções vão além de preparar os estudantes para o mercado de trabalho, pois devem também torná-los capazes de compreender e assimilar fenômenos, produzir respostas às mudanças sociais e prepará-los para as complexidades da sociedade, a fim de que se comprometam com a humanidade e com o processo de humanização (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014).

Para tanto, temas que requerem uma abordagem transversal e multidisciplinar devem ser abordados no ensino superior, uma vez que promovem a interação das universidades com a comunidade e com outras instituições, facilitando o desenvolvimento de estratégias que viabilizem a construção do conhecimento e o senso crítico. Inferimos que haja uma dinâmica de ensino que propicie as descobertas das competências e habilidades do ser humano, com o objetivo de alcançar a capacidade de o indivíduo desenvolver segurança, autonomia e relacionamento interpessoal (BRASIL, 1997).

Dessa forma, a gestão de temáticas relacionadas ao uso de drogas dentro do ensino superior decorre de diversos elementos, podendo-se destacar: o conhecimento/experiência por parte do educador, o desenvolvimento de ações de Educação em saúde, a capacitação continuada acerca de estratégias que contemplem a abordagem da Redução de Danos na perspectiva do desenvolvimento da autonomia e as reflexões para o desenvolvimento do autocuidado.

Dentro dessa abordagem, os princípios educativos que permeiam uma prevenção efetiva são os que se assimilam a um comportamento libertador de educação, sendo, em conjunto, o educador e o aluno os sujeitos da prática educativa (ADADE; MONTEIRO, 2014; NASCIMENTO; MICHELI, 2015).

No que se refere ao fenômeno das drogas, a possibilidade do ensino das ações de redução de danos na educação superior pode favorecer a compreensão dessa estratégia como resultado da reflexão de que a droga é um fenômeno multideterminado que vai além da vontade do indivíduo de consumir a droga, haja vista que envolve questões sociais, culturais, políticas e econômicas.

Deste modo, os futuros profissionais que irão assistir aos usuários de drogas devem desenvolver, na graduação, reflexões críticas sobre vários temas relacionados ao fenômeno das drogas. Dentre eles, destaca-se a Redução de Danos não somente para o público vulnerável, mas com todos que necessitam realizar a RD como ação de autocuidado.

No que concerne às estratégias de RD, os danos associados ao uso de drogas são minimizados, mesmo que os usuários não consigam parar o consumo, pois a RD não visa à erradicação do

uso ou sua abstinência, mas o privilégio do direito à saúde de todos, e respeito à liberdade do indivíduo que não consegue descontinuar o uso da droga. Com isso, torna-se enfático que o ensino voltado para esta estratégia de RD seja fonte de transformação do saber e aplicação de ações educativas de forma continuada, devendo envolver a todos, usuários, profissionais e comunidade em geral (MACHADO; BOARINI, 2013; TISOTT *et al.*, 2014).

Ainda numa mesma perspectiva, Machado e Boarini (2013) reiteram que a estratégia de RD e a multiplicidade do fenômeno das drogas ainda provocam inúmeros desafios no contexto científico-acadêmico e na sociedade de forma geral, pois os desafios práticos se relacionam com algumas divergências teóricas ligadas a essa estratégia. Entretanto, as experiências práticas, em sua maioria, têm como foco ainda a prevenção de doenças, abstendo-se das indagações sociais, dentre as quais citamos a violência e a exclusão em relação aos direitos dos usuários de drogas.

Contudo, o ensino da estratégia de RD mostra que além dessa política ser uma ação voltada à promoção da saúde, com significativa importância de acolhimento e apoio, reconhece também o fenômeno do mundo das drogas como um espaço para o desenvolvimento consciente de práticas através do desenrolar de situações conflitantes com o objetivo de minimizar os danos e os agravos à saúde. Nesta premissa, é relevante salientar o direito do cidadão ao respeito à vida e às diferenças, à liberdade de escolha e ao acesso à dignidade e à cidadania, o que conduz ao não julgamento crítico moral, reconhecendo que mais do que a punição oriunda de uma atitude indevida, existe a importância de optar pela saúde e qualidade de vida, com o intuito de debelar a exclusão social (DANTAS *et al.*, 2014; QUEIROZ, 2014).

Para tanto, existe a necessidade de citar um modelo de educação voltado para essa temática que segundo Queiroz (2014), a Pedagogia da Escola Libertadora, de Paulo Freire, evidencia um exercitar progressivo de cidadania, através de uma ação social na qual docente e discente colhem da realidade a ideia do aprendizado, com a finalidade de alcançar o grau de consciência da realidade, para se tornar um ser transformador dentro do limiar, respeitando a singularidade, os valores e as crenças dos envolvidos, e permitindo sua autocondução.

As ações preventivas devem abranger de forma holística, acolhendo a pluralidade cultural, o meio ambiente, a orientação sexual e a ética; para isso, as estratégias de RD e sua condução através do ensino superior devem abordar de forma incentivadora, no sentido de levar os discentes a refletir as variadas dimensões da vida, buscando mudança de atitudes e comportamentos interiores, gerando, a partir dessa reflexão, uma estratégia de que o ensino teórico-prático seja difundido, a fim de que seja alcançado um contexto mais amplo de saúde em diversos aspectos da vida (QUEIROZ, 2014; ARALDI *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a estratégia de Redução de Danos deve ser ensinada e vivenciada no ensino superior, uma vez que busca ampliar as competências do graduando e fornece conhecimento para uma atuação qualificada ao usuário de substâncias psicoativas sob uma visão holística.

É possível identificar que temas os quais requerem uma abordagem transversal e multidisciplinar promovem a interação das universidades com a comunidade e com outras instituições, facilitando o desenvolvimento de estratégias que viabilizem a construção do conhecimento e o senso crítico do discente.

Além disso, notamos que a atuação sob a ótica de redução de danos contribui significativamente para a mudança do olhar dos graduandos de saúde em relação ao indivíduo usuário de drogas, visto que essa desmitifica qualquer visão moralista ou repressiva sobre a realidade dos sujeitos que fazem uso abusivo de adições.

Vale ressaltar, ainda, que a aproximação com a temática possibilita ao estudante da educação superior uma ampliação de sua visão crítica acerca do seu compromisso social enquanto futuro profissional, uma vez que a estratégia prioriza o direito do cidadão e sua liberdade de escolha como parte inerente à garantia da sua dignidade e exercício de cidadania.

Acredita-se, ainda, que esta reflexão é bastante relevante, já que a assistência prestada pelos futuros profissionais de saúde deve exigir cada vez mais uma formação que possibilite aos profissionais

as habilidades de considerar o indivíduo com suas singularidades, integralmente e de maneira holística.

REFERÊNCIAS

ADADE, M.; MONTEIRO, S. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 215-230, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022014000100014>. Acesso em: 12 set. 2016.

ALVES, V. S; LIMA. I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 set. 2016.

ARALDI, J. C. *et al.* Teacher's social representations of abusive use of alcohol and other drugs during adolescence: repercussions on preventive actions in schools. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 135-46, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0112.pdf>> Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília: MEC, SEF, 1997.

_____. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção

social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 24 ago. 2006.

_____. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil** — Brasília, 2011. 106 p. Disponível em: < <https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2016.

DANTAS *et al.* Sentidos produzidos a partir de experiências de badtrip: drogas, prevenção e redução de danos. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, jul./set. 2014.

DA SILVA, M. N. A; COSTA, Jessica Hind Ribeiro. Informar para reduzir: a importância do projeto “saúde (de cara) na rua” para a prevenção da dependência química, a partir da perspectiva da redução de danos/ Inform to reduce: the importance of the project “Health on the street” for the prevention of add. **Revista Brasileira de Direito**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 112-126, jun. 2016. ISSN 2238-0604. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/981/842>>. Acesso em: 14 nov. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.18256/2238-0604/revistadedireito.v12n1p112-126>.

FERNANDES, M. A.. A Política de Redução de Danos e o protagonismo do dependente químico. **RevEnferm UFPI**, Teresina-PI, v. 4, n. 1, p. 1-3, jan./mar. 2015.

MACEDO, A. R. O papel social da universidade. Brasília. **Revista da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior**. Associação de Mantenedora e Ensino superior. Brasília, 2005.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Maringá, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids, estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN, 2000.

NASCIMENTO, O. M; MICHELI, D. Avaliação de diferentes modalidades de ações preventivas na redução do consumo de substâncias psicotrópicas em estudantes no ambiente escolar: um estudo randomizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8. p. 2499-2510, 2015.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**, Universidade Federal Fluminense: Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.154-162, 2011.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

QUEIROZ, A. L. **Grupo redução de danos em um CAPS ad – o enfermeiro promovendo saúde através de diálogos**. Monografia. (Trabalho de Conclusão de Curso). Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167148/ADRIANA%20LIMA%20QUEIROZ%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 set. 2016.

ROTHEN, J. C.; NASCIUTTI, F. A educação superior em prova: o perfil da educação superior apresentado pelos resultados do Enade 2005 e 2006. **Revista Diálogos Educacionais**, v. 11, n. 32, 2011.

SILVA JÚNIOR, F. J. G da; MONTEIRO, C. F. de S. Reflexões acerca das Políticas sobre drogas: interface histórica e contextual. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v. 8 (supl.1) p. 2907-2914, jul. 2014.

SORDI, M. R. L. A responsabilidade social como valor agregado do projeto político pedagógico dos cursos de graduação: o confronto entre formar e instruir. **Revista da Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior**. Associação de Mantenedora e Ensino superior. Brasília, 2005.

TISOTT *et al.* **Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil**: revisão narrativa. 2014.

CONTEXTO ORGANIZACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO

Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa²²

Eliana Campêlo Lago²³

Ilana Maria Lobão Corrêa Feitosa²⁴

A equipe multiprofissional na área de saúde mental é constituída por uma diversidade de sujeitos sociais, com processos de formação profissional em diferentes áreas e concluídos em momentos díspares conferindo dinamis-

²² Doutora em Políticas Públicas/UFPI. Mestre em Políticas Públicas/UFPI. Docente do Programa de Pós- Graduação do Centro Universitário Uninovafapi. Enfermeira do Setor de Hotelaria Hospitalar do Hospital Universitário HU-UFPI-EBSERH.. E-mail: luciolagalvao2014@hotmail.com

²³ Doutora em Biotecnologia/UFPI. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário Uninovafapi. Docente da Universidade Estadual do Maranhão/UEMA.E-mail: Eliana@uninovafapi.edu.br.

²⁴ Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI.E-mail: ilanamaria@hotmail.com

mo heterogêneo tanto na função de gestores quanto na função de executores em circunstâncias distintas nos diversos momentos de gestão da política pública brasileira de saúde mental. Tais evidências conduzem, necessariamente, a desencontros, embates e conflitos na medida em que vigoram diferentes interesses, competências e papéis, tornando difícil o estabelecimento de limites e de consenso.

A compreensão e compatibilização de funções e papéis são indispensáveis à construção de consenso em aspectos centrais desse processo, principalmente no que se refere à aceitação das prioridades estabelecidas no plano político como salienta Silva e Silva (2005), o que implica em definição e distribuição de competências com aprofundamento e aperfeiçoamento nos níveis de formação.

Em 2003, Ceccim e Feuerwerker (2004), apresentaram o conceito do **quadrilátero da formação (ensino - gestão - atenção - controle social)**, (grifo nosso) no qual evidenciaram que a qualidade da formação resulta da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, do ordenamento da rede de atenção e da alteridade com os usuários. Os autores formularam uma teoria-caixa de ferramentas que analisa criticamente a educação que temos feito no setor da saúde bem como a possibilidade de caminhos desafiadores. A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorização do controle social.

Elencou-se como problema de pesquisa: Qual a influência do contexto organizacional no grau de implementação da política de saúde mental a partir da perspectiva do quadrilátero de formação?

Este estudo compõe parte da Tese de Doutorado em Políticas Públicas defendida na Universidade Federal do Piauí a partir dos discursos dos gestores da Gerência de Atenção a Saúde Mental - GASM da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI e da Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde localizadas em Teresina - Piauí, lócus de atuação dos gestores em exercício atual ou anterior ao período de coleta de dados. Constituíram-se como participantes da pesquisa, cinco profissionais que ocuparam/ocupam os cargos de gerentes, coordenadores e diretores nas Gerências de

Atenção à Saúde Mental em nível estadual e na Gerência de Atenção Psicossocial em nível municipal e que atuaram ou atuam diretamente na construção da política de saúde mental no Piauí.

No que tange às exigências formais determinadas pela Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a pesquisa atendeu a todos os requisitos solicitados e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Pró-Reitoria de Ensino da Universidade Federal do Piauí obtendo aprovação descrita sob o parecer consubstanciado do CEP/UFPI nº 886.198.

Foram realizadas cinco entrevistas e do total investigado, 04 participantes são do sexo feminino e apenas, 01 do sexo masculino, quanto à faixa etária, 02 participantes encontravam-se no momento da entrevista com idades entre 31 e 40 anos, 02 participantes referiram estar com idade entre 41-50 anos e 01 dos participantes com idade entre 51-60 anos. No que tange à categoria profissional, obtivemos as entrevistas com 02 enfermeiras, 01 médico psiquiatra e 02 psicólogas; destes, encontramos equivalência entre os que atuam na gestão e na assistência direta ao cliente com transtorno mental (02) e aqueles que se dedicam exclusivamente à gestão (03).

Quanto ao tempo de formação profissional, identificamos que um total de 03 profissionais, tem mais de 20 anos de formação profissional, 01 profissional possui de 13-15 anos de formação e somente 01 dos profissionais possui até 12 anos de formação. Em relação à atuação como docente, salientamos que apenas um 01 docente possui dedicação há mais de doze anos nesta área. Dois dos cinco entrevistados são da gestão anterior e do rol de 8 possíveis participantes, os 3 que se recusaram a participar compunham o quadro de gestores anteriores ao quadro de gestão no momento da coleta de dados.

O objetivo aqui destacado foi o de discutir a influência do contexto organizacional no grau de implementação da política de saúde mental, tomando como eixo norteador o quadrilátero da formação (ensino, gestão, atenção e controle social). Trata-se de um estudo de caso com método dialético e abordagem qualitativa, a partir da análise de conteúdo das entrevistas.

ENSINO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL

A Equipe de Estratégia em Saúde da Família - ESF, necessita de uma integração interna que assegure uma concepção comum sobre o objeto e a finalidade do trabalho compondo o projeto terapêutico único para o paciente como também a integração externa, relacionando-se com outros serviços e garantindo os vínculos sociais da equipe, da instituição e do usuário dentro de um processo participativo, não hierárquico e não autoritário, mantendo a especificidade do saber e prática de cada profissão (SARACENO, 2001).

No entanto, esse processo tem sido falho, e no contexto do processo de trabalho, os próprios gestores e trabalhadores de saúde mental representam a equipe multiprofissional como fragmentada, desarticulada e ausente de interdisciplinaridade.

Ao questionar em que medida os recursos humanos em saúde mental estão sendo fortalecidos empírica e cognitivamente na Estratégia Saúde da Família nos deparamos com limitações que obstaculizam uma ação integral em saúde mental. Visualizam-se na prática, retratos da precariedade de uma rede de serviços fora da saúde mental, posto que na nova lógica assistencial reformista está evidenciado que a ação tem que se dar de maneira conjunta, articulando-se a saúde mental com as demais políticas sociais, sobretudo, a assistência, a educação e a justiça.

É preciso contextualizar a formação profissional dentro das mudanças contemporâneas no mundo do trabalho, haja vista que entre outros fatores, os trabalhadores transformam-se, de indivíduos executores de tarefas e operações estanques, em pessoas capazes de trabalhar em equipes, cujos membros tenham ao menos uma familiaridade básica com todas as etapas do processo de trabalho e capacitação para atuar em várias delas, uma polivalência não meramente operacional, mas que supõe uma visão holística do processo.

Nesse contexto, o investimento no processo de formação da equipe multiprofissional é um requisito importante, mas o que se observou na prática, é que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial da políti-

ca e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação da rede de atenção às necessidades das pessoas que convivem com o transtorno mental, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, demonstrando os resquícios do modelo oficial de saúde brasileiro.

As instituições formadoras precisam modernizar os seus processos, no entanto, as mesmas têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico sem a devida articulação com as demandas reais dos usuários da política (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

O papel das constantes apreensões da realidade e da produção de sentidos no cuidar assistencial em saúde cabe tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Dessa forma, cabe ao SUS e às instituições formadoras atualizarem-se, coletar, sistematizar, analisar, interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e (re) construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. Um processo contínuo, dialético e de reorientação de práticas e saberes mutáveis que precisam estruturar-se em prol de uma assistência de qualidade que constantemente precisa ser reavaliada.

Lopes (2009) ao publicar as notas cartográficas sobre os processos de trabalho em saúde a partir de sua pesquisa junto à ESF de Teresina – PI, evidenciou que dentre as equipes visitadas, não foi observado trabalho efetivo em saúde mental, apenas “ações tímidas”, de restritos profissionais médicos e enfermeiros, que realizam reuniões bimensais, com palestra sobre problemas de

saúde mental e entrega de receitas para benzodiazepínicos.

Para Lopes (2009), os profissionais que atuam nos CAPS fazem muitas referências e encaminhamentos ao hospital psiquiátrico de casos que deveriam ser conduzidos no CAPS ou mesmo na ESF, e entre estas duas instituições, a relação é bastante incipiente apenas com a identificação por parte da ESF dos casos que devem ser encaminhados ao CAPS.

Para Feitosa e Rosa (2008) e Feitosa (2015), a reforma psiquiátrica impõe uma intensa mudança no processo de trabalho em saúde mental. Há uma evidente reação à aparente perda do poder do médico no trabalho em saúde mental, pela desconcentração de seu poder, dividido com a equipe e com os órgãos de defesa da cidadania. Como explicitado, há um entendimento de que os atos médicos são subordinados à equipe multiprofissional e à promotoria pública. A transição do modelo hospitalar para o comunitário, traz uma clara modificação na forma de organização do trabalho, pois não é só a doença que ganha evidência. O trabalho fora dos serviços, no território de gestão do cotidiano da vida, impõe que não só o médico ganhe destaque nas intervenções, e sim que outros profissionais passem a ter suas práticas valorizadas (FEITOSA; ROSA, 2008; FEITOSA, 2015).

Quanto ao despreparo técnico das equipes, Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram que os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, cujo objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas por demanda, o que, prioritariamente surge a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de uma assistência de qualidade que considere a ótica da integralidade e da humanização. Desta forma, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, é que são identificadas

as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A vulnerabilidade de capacitação dos servidores é algo discutido até mesmo no próprio Ministério da Saúde, que em nível de gestão, seja ela, municipal, estadual ou federal convive com o predomínio de cargos comissionados ofertados em troca de favores políticos e que não requerem destes mandatários a profissionalização suficiente ao bom desempenho do cargo, o que gera impasses vertiginosos e embora não configurem cargos de carreira, pressupõem um aprimoramento indispensável.

PERSPECTIVAS DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL

O Movimento da Reforma Psiquiátrica ancorado na Lei 10.216/2001 tem como perspectiva a desconstrução de antigas práticas, como as de caráter “manicomiais”, que preservam a lógica segregadora e excludente com tratamento exclusivo nos hospitais psiquiátricos, e busquem a construção de novas modalidades de cuidados com tratamento nas comunidades, este subsidiado na atenção primária junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

No entanto, ações dicotômicas entre as esferas de gestão citadas acima não produzem efeitos e podem ser danosas à continuidade dos serviços, mitigando-o desde sua gênese. As vozes dissonantes em torno da compreensão subjetiva, podem fazer com que os executores do processo muitas vezes ao invés de caminharem em uma só direção tomem caminhos contraditórios no seu cotidiano, o que pode alavancar ou fazer cair por terra todo um processo de elaboração e implementação de mudanças.

Com a implementação da política de saúde mental não fora diferente, e tais vozes dissonantes ainda ecoam mesmo após 15 anos de vigência da Lei 10.216/2001 embargando muitas vezes a concretude de suas ações.

Ao avaliar o cenário piauiense, Lopes (2009) ressalta que os processos de trabalho são esquadrihados a partir da categoria profissional de cada trabalhador e o usuário não é compreendido a partir das problemáticas sociais do território onde vive. Desta forma, se observou que a Fundação Municipal de Saúde realiza uma

gestão de dados, em detrimento de uma gestão que deveria gerenciar as políticas públicas, os financiamentos e os modos de cuidado em parceria com os trabalhadores que estão nos serviços. Lopes (2009) aponta ainda que todas essas questões ressaltadas anteriormente, para serem modificadas, devem ser problematizadas a partir da perspectiva de indissociabilidade entre atenção em saúde e gestão, tal como indica a PNH (BRASIL, 2004). A gestão e as equipes da ESF devem problematizar que o acolhimento é um modo de cuidar, e que pode ser realizado por qualquer trabalhador, desde ACS, enfermeiros ou médicos.

Para Feitosa (2015), o Piauí conta com baixa adesão às equipes de matriciamento, o que representa uma lacuna entre as diretrizes da Política de Saúde Mental e o que se observa no território. As principais dificuldades estão na resistência das equipes de ESF em lidar com a pessoa que convive com transtorno mental e sua singularidade; a desinformação da maior parte dos ACS dos dias específicos de atendimento; equipes de ESF incompletas e com alta rotatividade, territórios descobertos e mal delimitados; falta de estrutura física nas unidades para atendimento em grupo; escassez de medicamentos, dentre outros. Tais fatores comprometem assistencialmente o matriciamento prejudicando um importante elo de ações em saúde mental.

Um dos entrevistados no estudo de Feitosa (2015), mencionou a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, como algo bom, mas de forma idealizada, como algo não concluído, destacado a seguir:

O que caracterizaria avanço seria a expansão da rede e uma boa articulação entre todos os serviços trabalhando conjuntamente e proporcionando um acompanhamento multidisciplinar que contemplasse as reais necessidades dos usuários e das famílias. Acredito que para avançarmos seria necessária uma tomada de decisão em nível de gestão, no caso a Coordenação Estadual e Municipal de Saúde Mental que deveriam normatizar e organizar a funcionalidade da Rede e buscar a expansão de novos serviços bem como a melhoria dos já existentes (ENTREVISTA 03).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou documento intitulado “Gestores do SUS: olhares e vivências”, publicação que evidencia a

imensa responsabilidade dos gestores públicos do SUS, compartilhada não somente entre seus pares, por envolver os mais diversos atores sociais que podem e vão exercer, além do controle público, a gestão participativa, conteúdo produzido a partir dos olhares dos próprios gestores do SUS.

A gestão governamental em saúde, quando guiada pelo interesse público, pode estabelecer juntamente com as outras representações de interesses dos diversos grupos sociais (usuários de serviços, corporações profissionais, trabalhadores) as formas de mediação política para o complexo demanda/oferta/produção de serviços e ações de saúde.

No que tange ao SUS, além de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades, riscos, etc., há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de controle social e de gestão participativa (BRASIL, 2006).

No Brasil o pacto federativo estabelece uma equivalência e interdependência de margens de autonomia política de poderes atribuídos às três esferas governamentais (federal, estaduais e municipais), mesmo com a persistência de assimetrias na sua distribuição e domínio, o que implica na configuração de espaços, processos e práticas de negociação e pactuação intergovernamentais permanentes, de natureza predominantemente política, ademais qualquer falha nesta interlocução gera prejuízos ao bom andamento desta configuração (BRASIL, 2006).

É fato que a maioria dos gestores entrevistados, deram mais ênfase à expansão numérica dos serviços, sem contestá-los em termos qualitativos.

No estudo de Macedo e Dimenstein (2013), assim como no estudo de Passamani (2005), sobressaíram-se como dificuldades e entraves à efetivação do processo reformista, a questão salarial, as fragilidades das condições de trabalho mediante a falta de materiais e estrutura dos serviços e número insuficiente de profissionais nos serviços, o que corrobora para a repetição de práticas assistenciais baseadas no modo clássico de atuação da categoria e baseadas nas ações do psicodiagnóstico e psicoterapia.

Em termos de gestão, os participantes elencados neste estudo (quatro, dos cinco entrevistados) ainda relataram como estagna-

ções; a burocracia, a escassez de recursos financeiros e a desqualificação dos profissionais como interferentes prejudiciais ao avanço da implementação da política de saúde mental:

Os recursos ainda são pouquíssimos e deixam a desejar muito ainda. O despreparo das equipes. A gestão, todos falham muito ao serem omissos, lentas e irresponsáveis colocando pessoas desqualificadas para conduzirem algo que desconhecem, aí o que já era lento, fica mais lento. Pessoas que estão à frente só por terem um DAS, mas não tem compromisso nenhum com estas pessoas e suas vidas e nem consigo mesmas eu diria. Porque se me proponho a fazer um trabalho eu tenho que estar preparado para fazê-lo, querer, saber ou ir atrás de obter o conhecimento, essa é minha responsabilidade, senão não se deve fazer (ENTREVISTA 05).

Um retrocesso é a burocracia, às vezes reclamam pensam que a gente não está trabalhando, mas a gente está, é que as coisas em gestão são lentas, burocráticas (ENTREVISTA 02).

A falta de investimentos em capacitações para as equipes de saúde mental conduzirem melhor suas ações terapêuticas no sentido de promoverem a reabilitação psicossocial dessas pessoas. A ausência de oficinas de trabalhos com os familiares para prepará-los para o cuidado com o usuário no domicílio. Ao próprio sistema de gestão estadual e municipal, que precisariam trabalhar conjuntamente buscando a resolutividade das dificuldades em nível local, buscando amparo e auxílio na gestão nacional (ENTREVISTA 03).

O desenvolvimento de atividades eficientes faz falta, bem como a falta de investimentos em capacitações para as equipes de saúde mental e mesmo para as de atenção básica, o que também os desestimula. Deve-se à burocracia, ao próprio sistema de Gestão Estadual e Municipal, que muitas vezes se omitem às evidências e assim o tempo vai passando, e a burocracia atrapalha (ENTREVISTA 04).

O significado de burocracia contribuiu para dar uma nova dinâmica ao processo administrativo nas organizações, fazendo fluir os procedimentos necessários ao processo de gestão, no entanto a

utilização inadequada deste método de trabalho engessa e representa impedimentos à fluência do processo de gestão e implementação das políticas como mencionado anteriormente nos depoimentos dos gestores.

A burocracia tem sido abordada por diversas áreas do conhecimento e foi originalmente discutida por Max Weber (1982) a partir dos “tipos ideais”, a burocracia embasou teoricamente muitos estudos de diversas correntes epistemológicas e em diversas áreas, resultando em diversas assimilações e posturas diante da amplitude do conceito (MERTON, 1952; LAPASSADE, 1977).

É certo que a ausência de burocracia, aqui vista pelos participantes como um retrocesso, representaria um caos ao trâmite da política de saúde mental, visto que já nos assombra a falta de supervisão e monitoramento do processo, o que atrasa e dificulta os replanejamentos e reconfigurações necessárias em qualquer processo de implementação.

Para Oliveira (2007), a relação entre implementação das políticas, organização e burocracia é relevante porque ela ilumina a face de um problema crucial: o porquê de políticas serem bem-sucedidas ou fracassarem. Quando a esfera legislativa não consegue solucionar os conflitos entre os objetivos das políticas ou apresentar esses fins de modo claro, ela transfere o problema para a área administrativa (OLIVEIRA, 2007).

A ausência de questões e especificidades relacionadas, por exemplo, ao financiamento dos serviços substitutivos especialmente nas primeiras publicações do processo reformista; a falta de clareza na descrição da política impôs grande autonomia aos executores que muitas vezes não estavam preparados para tais decisões por não possuírem embasamento teórico para tal ou mesmo motivação para o desempenho de suas funções.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A equipe da Estratégia Saúde da Família, treinada especificamente em saúde mental deve trabalhar em conformidade com os pressupostos reformistas, contribuindo com outro personagem nesta imbricada luta cotidiana no cuidar do cliente com transtorno mental – a família.

As diretrizes da reforma psiquiátrica (Lei 10.216/2001) apregoam o controle social, a valorização da participação dos usuários e de seus familiares nas decisões, atenção à saúde e informação sobre o transtorno mental e o tratamento, aos familiares dos usuários com transtornos da saúde mental.

Assim sendo, incluem a família como co-terapeuta, representando-a fragilizada, ancorada nos problemas sociais e a responsabilidade de cuidados com o seu membro familiar acometido de transtorno mental e, desinformada do processo da reforma psiquiátrica (PASSAMANI, 2005; p. 66).

O matriciamento na atenção básica envolve a realização de atividades físicas e terapêuticas nas UBS; a inclusão de atendimentos em grupo; a descoberta precoce de casos novos; consegue uma maior adesão ao tratamento e conseqüentemente a diminuição das internações psiquiátricas; inclusão do atendimento à saúde mental na agenda da UBS a partir da ampliação do conhecimento da área de saúde mental para a equipe da ESF através da troca de experiências entre a equipe da ESF, a equipe do CAPS e Comunidade; além de consultas coletivas (psiquiatra, médico ESF e/ou enfermeira).

A saúde mental na atenção básica é uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde com qualidade assistencial, a sua inserção e apropriação torna-se necessária e urgente buscando a produção de um trabalho que assimile o princípio da integralidade e com modos de trabalho que rompam com as relações de tutela e controle social das pessoas que convivem com algum tipo de transtorno mental (FEITOSA, 2015).

Para Dimenstein et al (2005), essa articulação é uma estratégia para tentar modificar os processos de trabalhos institucionalizados, para que estes não sejam fragmentados e parcializados, pois na atenção básica, em especial na ESF ocorre de modo mais próximo da comunidade, com criação de vínculos e confiança e isto é um dos requisitos para um efetivo trabalho de desinstitucionalização da loucura.

A relação entre a atenção básica e a saúde mental é ainda muito precária em Teresina e um dos importantes obstáculos que se apresentam para o desenvolvimento desse trabalho são as questões políticas que acabam por impedir um trabalho desinstitucionalizante e terminam produzindo um modo de trabalho em saúde mental

desconectado dos princípios da reforma psiquiátrica, apontados pelo Ministério da Saúde. Essas questões políticas e gerenciais refletem, por sua vez, nos processos de trabalho em saúde desenvolvidos e propicia mantê-los focalizado em um modelo de atuação biomédico, o que se repete em outros locais do Brasil (FEITOSA, 2015; DIMENSTEIN, 2006; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005; SILVEIRA, 2003; AMARANTE, 1996).

Em Teresina, Lopes (2009) e Feitosa (2015) analisaram que devido a essa falta de articulação entre os serviços pesquisados, atenção básica – ESF – e os serviços especializados/substitutivos em saúde mental, existem atuações pouco diversificadas na rede, gerando uma ineficiente produção de saúde no meio social dos usuários, não havendo produção de cuidado no território do usuário, em articulação com os centros comunitários do seu bairro, com igrejas, escolas, associação de moradores, etc.

A valorização do território e produção de cuidado no território é uma das indicações do processo reformista assistencial em saúde mental e que também é desvalorizada em nosso Estado segundo evidenciado neste estudo, a maioria dos entrevistados relataram o “capscentrismo” sobrepondo-se ao “hospitalocentrismo” em detrimento dos demais serviços substitutivos.

O problema dos serviços substitutivos hoje que eu vejo é que se focou muito nos CAPS e quando se idealizou esse modelo de assistência, um novo modelo, ele era bem mais amplo do que só os CAPS e a falha está nisso, porque se criou os CAPS e nós temos uma cobertura muito boa de CAPS (0,9/100.000 hab.), acima até da média do Ministério da Saúde que é de 0,7/100.000 habitantes (ENTREVISTA 02).

Saímos do modelo hospiciocêntrico para o modelo hospitalocêntrico, com a reforma fomos para o modelo capsocêntrico, pouco para tantas necessidades. Resolutividade? Pouca! Poderia ser melhorada se os gestores entendessem que não é somente a troca de um serviço por outro, e sim a troca de um serviço (hospital) por vários serviços que devem ser construídos sob uma perspectiva humana, de cuidado e de atenção. Caso contrário, partimos somente para a descentralização, partimos para as franquias do hospital psiquiátrico nos bairros (ENTREVISTA 04).

Trocar o hospital somente pelo CAPS penso não ser a solução, a centralidade excessiva nele não evolui o sistema, a rede, a cobertura aqui no Piauí (0,9/100.000 hab.) é muito boa, é de 0,2 acima da média nacional considerada padrão pelo Ministério da Saúde, no entanto há muitas deficiências visto que a priorização somente dele não resolve (ENTREVISTA 05).

Ao refletir sobre a centralização nos CAPS, resgata-se Lancetti (2006), que afirma que inicialmente os CAPS foram concebidos como a solução para quase todos os problemas asilares, tal linha de ação teve de ser revista, afinal os CAPS envelheceram prematuramente, segmentarizaram-se, infantilizaram-se e se enclausuraram em diversas formas de corporativismo.

Para Lancetti (2006), “os agentes comunitários de saúde vivem na ‘alma’ da periferia e são por definição, paradoxais. Eles são membros ao mesmo tempo da comunidade e da organização sanitária”, portanto são os atores importantes na produção de saúde no formato não institucionalizado.

A questão de o modelo hospitalocêntrico ter sido substituído pelo modelo capscêntrico é passível de atribuição aos próprios gestores formuladores das políticas em nível federal, dado que no momento de divulgação, implementação e consolidação da rede, os sistemas de financiamento não estavam bem claros, deixando a desejar as informações procedimentais sobre o financiamento dos demais serviços, fato este que constantemente aparecia como queixa nos encontros, congressos e demais treinamentos gerando a priorização por um serviço substitutivo do qual se tinham mais informações – os CAPS.

Passamani (2005) em estudo realizado sobre a reforma da assistência psiquiátrica no Piauí mencionava que os serviços substitutivos eram insuficientes e possuíam nível baixo de resolutividade com a permanência do hospital psiquiátrico ancorada nessa condição. De lá para cá, o Piauí evoluiu em termos quantitativos de número de CAPS, mas ainda deixa a desejar em termos qualitativos em virtude da escassez de recursos humanos e materiais no Estado.

Para Passamani (2005), os resultados mostraram que os gestores e profissionais de saúde confirmaram a necessidade de

mudanças no modelo hospitalocêntrico e defenderam a extinção gradativa do hospital psiquiátrico pelos serviços extra-hospitalares apesar de na época representarem tal reforma como possibilidade de desemprego, desospitalização e desassistência. Ainda assim no mesmo estudo Passamani (2005) referiu que a reforma psiquiátrica também foi reconhecida como direito do usuário à reintegração social e cidadania e que a família deveria ser incluída como co-participante no tratamento.

Kunkel (2002) coloca que a integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Completa a integralidade do atendimento, a noção de humanização, recuperando para a produção do conhecimento e configuração da formação, a reconciliação entre o conhecimento científico e as humanidades, entre ciência da saúde e arte da alteridade.

Ao almejar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população, onde ressalta-se o papel terapêutico do agente comunitário de saúde para esta consolidação. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços (KUNKEL, 2002).

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

O agir em saúde é sempre tenso e seu foco é a produção do cuidado, pois o cotidiano do trabalho em saúde produz atos em saúde, que poderá ou não ser curador ou promotor de saúde (MERHY, 1999).

Os Conselhos de Saúde (de caráter permanente) e as Conferências de Saúde (convocações previstas em intervalos de quatro anos) constituem dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação no que diz respeito ao Controle Social e são previstos em lei específica sobre a participação ativa da sociedade na

direcionalidade do setor segundo Côtres (2002). Para Ceccim e Feuerwerker (2004), os conselhos têm-se configurado desde a esfera nacional (Conselho Nacional de Saúde) até as esferas de serviço (Conselhos Gestores de Unidades/Programas), passando por esferas regionais, micro e macrorregionais, locais, distritais, municipais, estaduais etc.

Na saúde mental, exemplo de controle social tem sido o papel do Movimento de Luta Antimanicomial que entre muitas ações, publicou O Manifesto do Dia da Luta Antimanicomial no Piauí - MNLA (2014) que requeria a execução imediata da reforma psiquiátrica no Piauí, em atendimento às diretrizes propostas na política de saúde mental preconizada pelo governo federal; a melhoria das condições de trabalho dos profissionais envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde mental com melhoria salarial, treinamentos e cursos; a contratação imediata de profissionais de saúde, aprovados no último concurso público; além das ações de saúde mental na ESF.

O movimento social em saúde mental no Piauí está representado pela “Âncora” e pelo grupo “Amigos no Ninho”, um grupo de apoio e suporte em saúde mental. Ambos atuam nas redes sociais com blogs atualizados, sendo o cyberativismo a primeira opção de atuação do “Amigos no Ninho”.

Os movimentos sociais trazem consigo o desafio aos códigos dominantes e propõem um rompimento com as invisibilidades e os silêncios, trazendo à luz do dia as realidades ancoradas em relações de poder e dominação envernizadas por discursos competentes. Tais premissas constituem os principais méritos e desafios dos movimentos sociais na contemporaneidade, quer como portadores de solidariedade e/ou agentes de conflito, os movimentos sociais são considerados portadores privilegiados das denúncias às variadas formas de injustiça social, visto que um movimento social autêntico possui em seu escopo um histórico de luta pela transformação de práticas e concepções vigentes (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007; MELUCCI, 1996; CHAUI, 1981).

A inserção da presença dos movimentos sociais instaura uma compreensão teórica que coloca a ação movimentalista no centro da mudança social e esta é sempre transformadora e agrega novos olhares que antes não seriam lançados em uma relação de *status quo*.

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem como perspectiva a desconstrução de antigas práticas, de caráter “manicomiais” que preservam a lógica segregadora e excludente, buscando a construção de novas modalidades de cuidados, visto que não é apenas uma questão arquitetônica, dos serviços, mas também de mentalidades, de reconstrução de olhares.

A desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos que devem responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada; devem mudar as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental; além de enriquecer a profissionalidade dos operadores visto que a liberdade é terapêutica, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001).

O reconhecimento de direitos situa-se no movimento histórico que emerge da relação entre o Estado e a Sociedade, assim torna-se inevitável atrelar, conforme explicita Oliveira (2007, p. 06), a discussão sobre a cidadania à compreensão acerca do modo como, na sociedade capitalista, “se estabelece a igualdade e a desigualdade” e ainda como se configura a luta entre as “classes sociais pela participação no poder político e na riqueza social”. As conquistas obtidas com a promulgação da Lei 10.216/2001 têm amparo histórico no Movimento de Luta Antimanicomial e em seu seio emergem justificando o interesse por esta trajetória de luta pela desconstrução de práticas manicomiais segregadoras e de apartação social.

A lei 10.216/2001 coroa um processo anterior de lutas e de reorientação do modelo assistencial, um processo que não se deu de forma linear e não envolve somente a ampliação de serviços, não basta crescer quantitativamente o número de caps, é preciso que eles cresçam em qualidade e na prestação de serviços que respeitem a cidadania do outro e nela se apoiem para promoção de saúde e qualidade de vida à pessoa que convive com transtorno mental.

A autonomia relativa seria um dos elementos indispensáveis ao sucesso de uma política pública, o que não ocorre somente na presença de uma burocracia tradicional, visto que este papel de controle social poderia ser compensado pelo isomorfismo normativo resultante de uma forte cultura profissional (EVANS, 1995). Ainda segundo Evans (1995), a participação social da saúde está fundamentalmente

determinada pelo desenho institucional do aparato estatal, o que significa uma extensão da burocracia federal, da teia administrativa da saúde que está imbricada em mecanismos de pactuação internos ao Ministério da Saúde (CIT, CNS, etc.). À relação entre o Estado e a sociedade civil, Evans (1995) denominou de segundo elemento fundamental para eficiência do Estado, a “inserção social”, papel discutido anteriormente neste estudo e desempenhado, por exemplo, pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

CONCLUSÃO

Ao indagar sobre a influência do contexto organizacional no grau de implementação da política de saúde mental a partir da perspectiva do quadrilátero de formação, os resultados apontaram que o ensino e a formação dos profissionais, permanece alheia à organização da gestão setorial da política e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação da rede de atenção em saúde mental, mostrando-se impermeável ao controle social sobre o setor, demonstrando os resquícios do modelo oficial de saúde brasileiro quando deveria objetivar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho.

O papel das constantes apreensões da realidade e da produção de sentidos no cuidar assistencial em saúde cabe tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões considerando a reorientação de práticas e saberes mutáveis que precisam estruturar-se em prol de uma assistência de qualidade que constantemente precisa ser reavaliada, o que não fora diferente com a implementação da política de saúde mental mesmo após 15 anos de vigência da Lei 10.216/2001 embargando muitas vezes a concretude de suas ações.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Salud Mental em la atención básica. Construyendo la integralidade em el Sistemas Único de Salud em Brasil. **Revista Alternativas em Psicologia**, México, p. 67-77, 2005.

AMARANTE, P. D. C. **O Homem e a Serpente**: Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013.

_____. **Gestores do SUS**: olhares e vivências. Secretaria-Executiva do Departamento de Apoio à Descentralização - Ministério da Saúde, 2006 (Série C: Projetos, programas e relatórios).

_____. **Cartilha da PNH**. Gestão e Formação no Processo de Trabalho - Elizabeth Barros, Elizabeth Mori e Solange - Ministério da Saúde, 2004 (Série B: textos básicos de saúde).

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e dá outras providências.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1981.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, n.7, p. 18-49, jun. 2002.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC, nov. ano IV, n. 06 junho, p. 69-84, 2006.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental na unidade saúde da família.

Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC, nov. ano III, n. 005. Barbacena, 2005.

EVANS, P. **Embedded autonomy:** states and industrial transformation. Princeton: Princeton University, 1995.

FEITOSA, L. G. G. C. **Avaliação do processo de implementação da política de saúde mental no piauí:** percepção dos gestores sobre a Reforma Psiquiátrica. 2015. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Teresina – Piauí.

FEITOSA, L. G. G. C.; ROSA, L. C. S. Processo de reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate.** Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; EDUCAT, v. 14, n. 2, p. 1-182, Jul.-Dez. 2008. ISSN 1414-9869.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M.; ALMEIDA, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina:** teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999.

KUNKEL, M. B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 195-202.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOPES, D. C. T. **Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:** notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – Rio Grande do Norte. 2009.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, p. 399-407, 2007.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.18, n.2, p.297-304, 2013.

MANIFESTO DO DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO PIAUÍ, Âncora, 2014.

MELUCCI, A. **Challenging codes**: collective action in the information age. London: Cambridge University Press; 1996.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MERTON, R. et al.. **Reading in Bureaucracy**. Washington: Free Press, 1952.

OLIVEIRA, Í. M. Direito, Cultura de Direitos e Assistência Social. **Serviço Social e Sociedade**, nº 89, São Paulo: Cortez, 2007.

PASSAMANI, M. C. **Reforma da assistência psiquiátrica no Piauí: representações sociais construídas pelos gestores e profissionais de saúde mental**. Teresina, 2005.108p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Teresina, 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2 ed. 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SILVA e SILVA, M. O. (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. IN: SILVA, M. O. da S. (coord.) **Avaliação de políticas e programas sociais**: teoria e prática. 2 ed. São Paulo: Veras, 2005.

SILVEIRA, D. **Sofrimento psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. (Dissertação de Mestrado não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

REPERCUSSÕES NEFASTAS DA POLÍTICA PROIBICIONISTA NA IMAGEM SOCIAL DO CONSUMIDOR DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

*Lucia Cristina dos Santos Rosa²⁵
Thaís de Andrade Alves Guimarães²⁶*

O Estado, no mundo Ocidental passa a intervir no consumo e sobre os consumidores de substâncias psicoativas, no século XX, a partir do controle do tráfico internacional. Prevaleram as políticas proibicionistas, que enfatizam a perspectiva de uma sociedade livre das “drogas”, com ações baseadas no binômio repressão e assistência, em que a militarização da questão ganhou destaque.

²⁵ Assistente social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE.

²⁶ Graduada em Serviço Social pelo Instituto Camillo Filho - ICF (2009.1); Mestre em Prevenção e Assistência aos Usuários de Álcool e Outras Drogas - HCPA/UFRGS (2016); Doutoranda em Políticas Públicas - UFPI (2017 - 2020); É Assistente Social efetiva do CAPS de Luzilândia - PI; Articuladora de Rede na Associação Fraternidade; Coordenadora do CAPS de União - PI e Coordenadora Pedagógica e Docente do Centro Regional de Referência sobre Drogas - CRR/UFPI.

Ao combater o tráfico, observa-se vários impactos das ações pautadas na política proibicionista, na imagem social negativa dos consumidores de substâncias psicoativas, consideradas ilegais. Esse artigo, tem por objetivo reconstituir as intervenções do Estado a partir da política proibicionista e analisar as repercussões nefastas da mesma na imagem do consumidor de substâncias psicoativas. Destaca a particularidade brasileira, como ilustrativa.

Para tanto, com base na revisão de literatura, no primeiro momento, investe-se na trajetória histórica no Estado na constituição e implementação da política proibicionista, sob influência da política norte americana. Em seguida, processar-se a uma avaliação das imagens construídas do consumidor de substância psicoativa, derivada da dinamização da política proibicionista.

No segundo momento, dedicar-se-á para a importância da política de redução de danos, tanto para recompor outras identidades do consumidor de substâncias psicoativas quanto de sua importância na implementação de direitos humanos, na consolidação de uma política de reconhecimento da cidadania desse segmento, historicamente desqualificado, com salvo conduto das políticas públicas estatais, de cunho proibicionista.

A POLÍTICA SOBRE DROGAS SOB A ÉGIDE DAS POLÍTICAS PROIBICIONISTA

A Inglaterra, em 1839, em suas guerras econômico-comerciais com a China para proteger o seu tráfico de ópio, desencadeou a primeira “guerra do ópio” (TOSCANO JUNIOR, 2001).

A partir desse marco, observa-se a progressiva tendência e alargamento das políticas de controle dinamizadas pelo Estado, primeiro para “combate”/controle do tráfico e depois do consumo de algumas substâncias consideradas como ilícitas a partir do século XX. Simultaneamente, algumas medidas se voltam contra os direitos dos consumidores, inclusive suprimindo seus direitos civis.

Toscano Junior (2001) informa que em 1913 foi produzida a primeira Convenção Internacional do Ópio, em Shangai, fruto da preocupação de 13 países, em relação à dependência de morfina e heroína, a qual não surtiu maiores efeitos.

Os Estados Unidos, a partir de 1918 inicia um processo interno de proibição de consumo de bebidas, e entre 1919 e 1920 implanta a Lei Seca, ou Lei *Volstead* (TOSCANO JUNIOR, 2001) que acrescenta uma ementa constitucional a qual proíbe a fabricação, o transporte, a importação e a exportação, a comercialização legal e o consumo de bebida com teor alcoólico, que é responsabilizada pela intensificação das manifestações da questão social, principalmente a pobreza e a violência. O consumo e a embriaguez passam a ser considerados crime. Ou seja, o consumo é reprimido e o consumidor é preso.

A implementação dessa lei produziu uma série de consequências negativas, principalmente, o aumento da criminalidade, o contrabando, a organização da máfia e a produção e venda clandestina de bebida alcoólica, inclusive adulterada, que prejudicou a saúde de muitas pessoas, produzindo inclusive muitas mortes. Apesar disso, a lei vigorou até 1933. Persistiu por 13 anos e apesar dos danos sociais que a acompanharam, alastrou a influência das políticas americanas nas diretrizes impressas nos organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas, criada em 1946, que através da Comissão de Narcóticos, volta-se ao controle, tráfico e repressão internacional de fabricação, circulação e consumo de substâncias psicoativas, consideradas ilegais.

Dessa forma, estabelece-se uma política proibicionista, orientada para uma “sociedade sem drogas”, uma sociedade livre das drogas, de “tolerância zero às drogas”. Há uma cisão entre substâncias lícitas e ilícitas, com crescente ênfase sobre as segundas.

A Organização das Nações Unidas estabeleceu 3 convenções, como marcos normativos para disciplinar a questão das substâncias psicoativas. A primeira, de 1953 é denominada Convenção Única de Nova York sobre Entorpecentes. Relaciona e classifica os “entorpecentes e normatiza o controle, a fiscalização e a punição do tráfico, produção e posse. Volta-se para a “luta contra as drogas”, implementando ações de prevenção do consumo e repressão da fabricação e oferta. A segunda Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (Viena), reforça as mesmas questões. Enfatiza a preparação e o comércio de “drogas”, realça o foco nas substâncias consideradas ilícitas. A terceira Convenção contra o Tráfico Ilícito

de Entorpecentes e de Substâncias Psicoativas, assegura medidas de enfrentamento ao tráfico e à lavagem de dinheiro.

Como pode ser observado, as convenções têm por foco as substâncias classificadas como ilícitas, que passam a ser tratadas como um ente poderoso e independente da relação com o ser humano.

As duas últimas convenções estabeleceram um prazo para pôr fim às drogas no mundo. A convenção de 1988 estabeleceu o ano de 2008 como prazo final para banir as drogas. Como pode ser observado, a política proibicionista tem se mostrado sem efetividade, haja vista a manutenção da fabricação, do tráfico e do consumo, assim como a diversificação e o barateamento das substâncias apresentadas ao mercado (KARAM, 2013).

Apesar da ênfase na importância nos programas de prevenção, previsto desde a primeira convenção, datada de 1961, o que se observa mundialmente é uma tendência para enfatizar as políticas repressivas, orientadas pela Segurança Pública, ou seja, a questão do consumo e tráfico torna-se uma questão preponderantemente de polícia, com caráter punitivo e repressivo e posteriormente associadas às ações curativas, comumente, limitadas ao internamento (obrigatório, forçado ou compulsório) do consumidor.

Importante destacar que as substâncias psicoativas no escopo da política proibicionista foram definidas como “drogas”, ganhando o termo uma conotação negativa, pois definidas como substâncias ilegais e, conseqüentemente, vinculadas à transgressão da lei, à ilegalidade e à criminalidade.

No escopo dessa concepção, o consumidor e toda pessoa com posse de alguma quantidade de substância psicoativa para consumo próprio passa a ser equiparada ao traficante, recebendo tratamento similar. Tal compreensão acompanha a progressiva intensificação da conotação militar, que contorna a política pública sobre drogas. Em 1971, o presidente americano Richard Nixon declara “guerra às drogas”, o que passa configurar-se como eixo das ações de diferentes governos (KARAM, 2013), inclusive do Brasil.

A legislação e as políticas sobre drogas no Brasil seguiram as tendências impressas nos documentos dos organismos internacionais. Assim, no plano local, as políticas proibicionistas,

contornadas pela conotação militar e de Segurança Pública ganharam destaque.

Como esclarece Trad (2009) o Brasil adota uma política que mescla o modelo preventivo à visão proibicionista, com foco nas substâncias consideradas ilícitas (ilegais), “na repressão e na abstinência” (p. 97), no reforço à tendência de criminalização do consumidor, o que precisa ser redirecionado, pela lesão dos direitos dos usuários, primeiramente de seus direitos civis.

REPERCUSSÕES DA POLÍTICA PROIBICIONISTA NA IMAGEM SOCIAL DO CONSUMIDOR DE SPA

O neurocientista americano Carl Hart (2014) afirma que ao procurar casos de crises de abstinência nos Estados Unidos, encontrou registros desde 1900 que a associavam aos negros. O autor passa a mostrar a associação entre as políticas proibicionistas americanas relacionadas às substâncias psicoativas, consideradas ilícitas, e as políticas raciais, haja vista a crescente associação entre consumo de “drogas”, leia-se produtos ilícitos/ilegais e a população negra, no geral pobre. Tal vinculação é intensificada com a Lei Seca, que transformou o consumo de álcool como um crime no contexto americano, entre 1920 até 1932, o que influenciou a conformação de políticas de natureza internacional.

Nesse contexto, observa-se a crescente associação pobreza, consumo de álcool e outras drogas e violência; e, entre crime e população pobre, negra e imigrantes, o que persiste e se espalha por muitos países, como o Brasil. Logo, o consumidor é criminalizado e conseqüentemente, tende a ter seus direitos civis suspensos, primeiramente em função da prisão, pela crescente higienização do espaço urbano pela segregação via repressão e recolhimento público das pessoas consideradas “desviantes” das normas dominantes e “desordeiras”.

Com o crescente reconhecimento do consumo de substâncias psicoativas como uma questão médica, uma doença, inclusive reconhecida no Código Internacional de Doenças – CID-10, se associam às políticas repressivas, as políticas de privação de liberdade via internação, quer forçadas, compulsórias (determinadas pelo Juiz)

ou obrigatórias. Nesse diapasão, os direitos civis dos consumidores são lesados, a priori, sobretudo dos considerados com um padrão de dependência química.

Boiteux (2016) no contexto brasileiro ao analisar as políticas sobre drogas sob a égide proibicionista avalia a associação entre as políticas de controle da pobreza, inclusive pela repressão sobre o crime de tráfico de drogas, e as políticas eugenistas, que persistem até a atualidade, sendo renovadas, apesar de outras tendências minoritárias terem emergido a partir dos anos 90.

Desta forma, a imagem social negativa do consumidor de substância psicoativa vai ganhar maior destaque na cena histórica, a partir das políticas controlistas e proibicionistas inglesas e americanas, voltadas primeiramente contra o comércio do ópio.

Nesse contexto, o consumidor, é associado ao imigrante, principalmente chinês, o oriental de modo geral. O que vem de fora. O estrangeiro, que coloca em risco o estilo de vida local, sendo um desviante das normas e modo de ser dominante. Nesse sentido, crescentemente o consumo é associado ao imigrante, ao desvio da norma e conseqüentemente ao crime. Observa-se a crescente inclusão de novos grupos de imigrantes, e etnias nesse cenário.

A apropriação do consumo prejudicial primeiramente do álcool como uma questão médica, vai dar crescentemente o contorno de uma enfermidade/doença. Toscano Junior (2001) remete para os Estados Unidos, em 1791, quando Benjamin Rush empregava o conceito de doença para referir-se a um “transtorno da vontade” (p. 19), como sendo um dos primeiros registros da identidade do consumidor prejudicial como doente.

Historicamente a associação das representações médicas e jurídicas conformam uma representação médico moral, que tendeu a desqualificar o consumidor que apesar de ser considerado desde então um doente, não deixou de ser percebido como tendo um “problema de caráter”, “falha na vontade”. Uma pessoa com predisposição à vadiagem e, conseqüentemente, à criminalidade.

Com certeza, a deterioração da identidade ocorre mais vinculada à população masculina, haja vista sua sociabilidade estar mais relacionada ao espaço público, ao estabelecer seus encontros mais em bares e nas calçadas de ruas com os amigos. Também os

segmentos mais pobres da sociedade ganham maior visibilidade, principalmente nas ações policiais. Mais recentemente os jovens pobres e negros também são destacados.

Nesse sentido, Boiteux (2016) ao analisar as condenações relacionadas ao tráfico de drogas, afirma que o sistema penal no Brasil é seletivo, por incidir principalmente entre os pobres e negros. Ao analisar o perfil dos presos por tráfico identifica que são: réus “primários, de bons antecedentes, presos sozinhos, desarmados e com pequenas quantidades de drogas” (375) ocupantes de posição inferior no tráfico, e no geral condenados a altas penas de prisão. A autora associa essa tendência à implementação da política proibicionista, repressiva sobre drogas no País. Ademais, informa que em 2005 os presos por crimes vinculados ao tráfico representavam 9,10% e em 2014 representavam 27%, tendo aumento significativo no número em geral, mas sobretudo entre as mulheres condenadas por essa infração.

No mesmo sentido, vale lembrar que as mulheres quando apresentam um consumo considerado arriscado, sofrem mais estigmas do que os homens, até por que em algumas situações para viabilizar o consumo e a vida em geral, algumas se prostituem. Mas, como visto, o consumo entre as diferentes frações de classe social também tem tratamento diferenciado. As políticas de Segurança Pública pendem mais para criminalizar o consumo entre os segmentos das camadas mais pobres da população.

Carlini (2006) informa que a maconha foi trazida para o Brasil pelos negros, por isso a denominação “fumo de Angola” e sua demonização teve início nos anos de 1920. Era comum, as tradições culturais dos negros no Brasil, como o samba e a capoeira, sofrerem várias repressões policiais.

De outra maneira, alguns historiadores da realidade brasileira, nos anos 1920, no Rio de Janeiro, registram que era glamourizado para alguns dos segmentos de classe alta o consumo de cocaína, considerado um “vício elegante”, segundo Miguel Conde, no Globo on line. O jornalista analisa que o consumo da cocaína, então uma substância legal, era associado à modernidade, aos ritmos da aceleração da vida urbana. O que sinaliza para uma outra experiência com o tempo. Paradoxalmente, o autor destaca que

ao mesmo tempo que o consumo era glamourizado, era também vinculado a perversidade e a fraqueza moral. (<http://oglobo.globo.com/cultura/linhas-de-embriaguez-uso-de-drogas-era-associado-modernidade-4588445>, acessado em 14/02/2017).

Essas imagens se cristalizam no imaginário social, ampliando sua força estigmatizante, sobretudo com as convenções internacionais da ONU (de 1961; 1971 e 1998) que endossam as políticas proibicionistas, distinguindo as drogas lícitas das ilícitas, demonizando as segundas.

Dessa maneira, é frequente nos serviços de saúde, alguns familiares informarem que – “o problema do meu filho é só bebida mesmo!”, ou seja, não considera a bebida alcoólica como substâncias psicoativa/droga. Substância psicoativa, droga, no imaginário popular está associado ao produto considerado ilegal, logo, associado ao crime, distinção que a própria legislação contribuiu para reforçar, ao homogeneizar um grupo populacional muito heterogêneo.

Desse modo, ao adotar a política proibicionista como orientação das políticas públicas, sobretudo no contexto brasileiro, o gestor e tomador de decisão, desconsiderou os efeitos nefastos que tal perspectiva incide sobre a imagem social dos usuários de substâncias psicoativas.

A própria legislação ao distinguir SPA lícitas das ilícitas, contribuiu para a maior criminalização dos consumidores de produtos considerados ilegais, e ao mesmo tempo, banalizou o consumo e prejuízos produzidos pelo consumo de tabaco e bebidas alcoólicas.

Vale lembrar que as pesquisas nacionais, sintetizadas no Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) tem sinalizado para os graves problemas que as substâncias consideradas lícitas, sobretudo o álcool, tem remetido para a saúde pública, sobretudo nos índices crescentes de hepatites, tuberculose, óbitos, acidentes no trânsito e violência urbana, afastamentos do trabalho e aposentadorias.

Ademais, a imagem negativa dos consumidores de spa consideradas ilegais também está presente entre os profissionais de saúde. A associação entre o consumidor que cometeu pequenos delitos, como furtos para assegurar o uso de substâncias psicoativas,

impede muitos profissionais de os identificar inclusive como a tradicional figura do “paciente”, persistindo a marca da imagem policial, de “bandido”.

Ilustrativamente, certa vez uma profissional de saúde informou que o “dono da boca de fumo” da região, na concepção da mesma “um bandidão temido no bairro”, deu entrada na Unidade de Saúde, pois havia sido atingido letalmente por balas de tiro e tudo indicava que viria a óbito. Temendo pelo pior, após perguntar para a profissional se iria morrer, a mesma respondeu que todos estavam fazendo o melhor para evitar isso. A seguir o mesmo pede que a profissional pegue em suas mãos, na perspectiva de ter consolo humano. A profissional registra seu desconforto ao ter que pegar na mão de um “bandido”. Tal fato, sinaliza para as dificuldades de muitos profissionais em ter um encontro humano com esse segmento, em suas intervenções em saúde.

Diante de reações dessa natureza, os estudos vêm mostrando a tendência desses consumidores ocultarem o consumo de SPA, e outras identidades “desviantes” e buscarem os serviços de saúde apenas para tratar de problemas clínicos, denominados cientificamente de intercorrência clínica, associados com o consumo de SPA, a exemplo de uma ferida labial, uma desnutrição ou uma infecção nos pulmões. Ao mesmo tempo, há registros de dificuldades dos profissionais em investigar a associação das intercorrências clínicas com o consumo de substâncias psicoativas, inclusive no pré-natal.

Assim, há dificuldades desses doentes/enfermos, serem percebidos como pessoas que precisam de ajuda. Com o poder midiático, passou a estar associado a monstros, “mortos vivos” e “zumbi que articula medo e nojo” (PETUCO, 2012). Também, por ocuparem territórios periféricos e decadentes e vinculados a baixos investimentos das políticas públicas, passam a ser associados ao lixo, à sujeira, à feiura e à desordem urbana.

Nesse sentido, a sociedade clama por ações governamentais que tornem invisíveis “esses”, o outro, o diferente, que ameaçam a tranquilidade dos “cidadãos”. Conseqüentemente, há tendência social de exclusão do consumidor de SPA da condição cidadã, sendo sua imagem social rotulada e homogeneizada a priori como

transgressor, bandido. Mas, não só isso. Há tendência desse segmento ser considerado um ser humano de segunda categoria, e até subtraído da condição humana, ao ser equiparado a um monstro, com quem é impossível pactuar o contrato social, que forja a condição cidadã.

Tal fato, dificulta a organização social desse segmento, que tem dificuldade de vocalizar suas próprias necessidades e ter inclusive apoio social para a defesa de seus direitos, a exemplo de cobertura na área da saúde.

Como interpreta a Coordenação de Saúde Mental “os problemas mentais – embora apareçam no imaginário social e sanitário como sempre graves, dramáticos e visíveis – são em sua maioria silenciosos, mortificantes e invisíveis aos olhos” (BRASIL, 2004, p.34).

De um modo geral, a demanda da sociedade em geral, é para segregar esse grupo, que acaba por se reunir em guetos, atualmente denominados pejorativamente de “Cracolândia”, uma associação nefasta com a Dineylandia, pois associa o consumo apenas ao lazer, o que simplifica um problema complexo, comportando vários significados e experiências. Tal aspecto limita o diálogo desse grupo com a sociedade de seu entorno, que a evita e busca retirá-la de seu olhar e convivência.

A organização da sociedade civil, a partir dos anos 70 no Brasil, sofreu as mudanças constitucionais e o princípio da participação social na construção e avaliação das políticas públicas e os avanços e diversificação nos modelos de cuidar do consumidor de substâncias psicoativas, tem alterado esse panorama, tensionando para o reconhecimento do consumidor como um cidadão como outro qualquer.

A Constituição Federal de 1988 estabelece o tratamento igualitário. Todos devem ser tratados igualmente, independentemente de qualquer condição, crença, valor, etnia, dentre outros marcadores sociais.

Também garante entre os direitos fundamentais, a preservação de uma imagem pública positiva.

Apesar disso, como avalia Boiteux (2016):

Com a nova roupagem, a velha “ideologia da segurança nacional”, que marcou a Ditadura, apresenta-se, após 1988, como “ideologia da segurança urbana”, com o reforço do controle social sobre as classes mais baixas, sendo o delito de tráfico de drogas um dos instrumentos mais utilizados para ampliar o controle sobre a população mais vulnerável (p. 368).

Logo, com a redemocratização o panorama do tratamento, sobretudo do pequeno traficante (o avião e a mula do tráfico), que atuam na venda das substâncias psicoativas como estratégia de sobrevivência, no mercado informal, para gerar renda, assim como o consumidor com porte de pequenas quantidades das drogas, foram eleitos como “inimigo interno político criminal” (BOITEUX, 2016, p. 368).

Ao mesmo tempo o SUS e a Lei 11.434/06 reconhecem a equidade, o tratamento desigual para as pessoas em condições sociais desiguais. Dessa maneira, o item II, do Art. 4º, da Lei 11.343 informa “o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes”. Isso significa que tratar igualmente se sintoniza com o reconhecimento e o respeito pelo diferente e pela diferença, até por que o SUS preconiza a universalidade na saúde, a saúde como direito de todos, sem nenhuma distinção.

Apesar dos avanços, representados pela Lei 11.343/06 persistem contradições a ela inerentes. A juíza Maria Lucia Karam (2013) mostra que a lei supra cria uma situação *sui generis*, pois criminaliza uma ação sem que haja ofensa a um “bem jurídico alheio” (p.47), o que conforma um “crime sem vítimas”.

Maronna (2011) esclarece que quem consome SPA prejudica a sua saúde individual, e que o fato em si, não produz um crime, que se configura como uma lesão contra outra pessoa, terceiros. Contudo, informa que a ciência jurídica extrapola seu poder ao pressupor que o consumidor apresenta um “potencial de expansão do consumo” (p. 54). Nesse sentido, alguns juristas analisam os danos aos direitos humanos dos consumidores de SPA.

Contudo, paulatinamente, os consumidores de SPA são identificados como um universo plural de pessoas, com diversidade de padrões de consumo de substâncias psicoativas, de origem social,

cultural e etária, dentre outras. Mas, em qualquer circunstância, sujeitos de direitos, livres, que processam escolhas, em dada condição de vida, no cerne de múltiplas e complexas determinações, envolvidos por diferentes contextos e significados.

AS IMPLICAÇÕES DA LÓGICA DA REDUÇÃO DE DANOS PARA REDUZIR OS IMPACTOS NEFASTOS DA POLÍTICAS PROIBICIONISTAS

A epidemia da AIDS na década de 1990, sobretudo no Brasil aprofunda as críticas ao modelo proibicionista de ação governamental e requer outras lógicas de ação.

Com o alerta de ampliação do número de pessoas infectadas pelos vírus da AIDS, em função do uso coletivo e compartilhado de seringas entre consumidores de SPA injetáveis, alguns profissionais de saúde, em 1989, inicialmente na cidade de Santos-S.P. iniciam outras abordagens, baseadas em ações socioeducativas e atenção mais humanizada aos consumidores, fundamentadas em programas de redução de danos. Dessa forma, tem início ações de trocas de seringas em Santos-S.P, que durou pouco tempo, pois foi obstaculizada por ações judiciais.

Brasil (2009) informa que em 1992 tiveram início as ações de redução de danos voltadas para a AIDS no Brasil, com apoio oficial do governo federal. As ações de redução de danos, concebidas oficialmente como “o conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltadas para minimizar os riscos à saúde e à vida, decorrentes do consumo” (BRASIL, 2001, p. 80) de SPA, voltam-se sobretudo para as populações consideradas de difícil acesso, dentre as quais, aquelas que não podem, não querem ou não conseguem parar de consumir substâncias psicoativas. De qualquer maneira, nesse cenário, é reconhecido o direito de assistência a esses segmentos, com um esforço diferenciado de alguns profissionais para fazer com que as políticas, sobretudo de saúde, garantam o acesso e a acessibilidade, haja vista que no geral, a única política pública próxima deste segmento, até então, era a de Segurança Pública.

Logo, o governo brasileiro, através da esfera do Ministério da Saúde e da Justiça, diante dos desafios impostos pela AIDS,

se abre para outras lógicas de compreensão e abordagem do consumo e dos consumidores de substâncias psicoativas, apesar de se constituírem em experiências minoritárias e embrionárias na década de 1990, persistindo como tal, até a presente data apesar da maior capilaridade das mesmas entre os profissionais e as práticas.

Assim, é aberto espaço, inclusive oficial, para a recomposição da complexidade do consumo e da existência dos consumidores, na perspectiva de uma lógica orientada pelos direitos humanos. Desfoca o olhar da substância para identificar as funções do consumo na vida de cada pessoa, assim como as vulnerabilidades a que está sujeita. Dessa forma, outros espaços de atuação são dinamizados, “as cenas de uso”, com os profissionais deslocando-se de seus consultórios (gabinetes) para os espaços onde os consumidores se encontram, permitindo maior acesso a serviços de saúde e cuidados em geral. Tal fato, também permite maior escuta sobre as reais necessidades dos consumidores e investimentos nas suas múltiplas vulnerabilidades, ampliando o repertório de intervenções das políticas públicas.

Nesse contexto, o consumo de substâncias psicoativas torna-se uma questão principal da política de saúde. Nesse cenário, cuidar significa:

Aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004, P. 10).

O documento “A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b), explicita as diretrizes de sua política a partir de 3 eixos: a) intersectorialidade; b) atenção Integral, subdividida em: prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; modelos de atenção: CAPS e redes assistenciais e c) controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, a partir da pág. 22. Coerente com esse entendimento, há mudanças legais que respaldam o novo entendimento.

Há duas leis fundamentais, complementares entre si, que regem os direitos e as ações assistenciais em relação à pessoa consumidora de SPA. No cotidiano assistencial, a Lei 10.216/01 é mais conhecida e utilizada pelos profissionais da área da saúde. Por sua vez, a Lei 11.343/06 é mais conhecida e utilizada pelos operadores do direito/ pelos profissionais vinculados ao Sistema de Garantia de Direitos e Segurança Pública. Mas, é fundamental que ambas sejam difundidas e igualmente conhecidas.

A Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O Parágrafo Único do Art.2º qualifica como direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com transtornos mentais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- (BRASIL, 2004b).

A lei destaca a importância de, no cuidado à pessoa com transtorno mental, inclusive daquelas pessoas com diagnóstico de transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de

substâncias psicoativas, haver o respeito aos direitos civis, ou seja, cuidar em liberdade. Nesse sentido, a internação, como retirada da pessoa de seu contexto de vida cotidiana, é entendida como um último recurso, “quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes”. (BRASIL, 2004, p. 18) e a pessoa estiver em situação de risco de vida ou representar risco para outras pessoas.

Tal aspecto impõe investimentos na reversão dos quadros apresentados pela pessoa com transtorno mental decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas de tal maneira que ela possa ter assegurado o direito de ser cuidada, mas sem ter outros direitos lesados. Nesse horizonte, a finalidade do tratamento é a reinserção social da pessoa em seu meio. Isto é, a manutenção e o investimento na preservação de seus laços sociais.

A Lei 11.343/06 se fundamenta nos direitos fundamentais da pessoa humana, ganhando destaque a autonomia e a liberdade. Outro avanço, é a ênfase que coloca nas ações de “prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (BRASIL, 2011, p. 29). Logo, rompe com a perspectiva histórica de segregação, exclusão e invisibilidade social que acompanhou o consumidor de substâncias psicoativas, que teve sua identidade social associada inicialmente à incapacidade e a periculosidade, reforçada pela tendência de sua criminalização e desqualificação social.

Outro avanço consignado por essa lei é a distinção entre o consumidor de SPA e o traficante. O Art. 28 estabelece que “Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

- I – advertência sobre os efeitos das drogas;
- II – prestação de serviços à comunidade;
- III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2011, p. 33).

Como esclarece Maronna (2011) “a lei não pune o uso propriamente, mas o porte para o consumo pessoal e o tráfico de drogas” (p. 51). Nesse sentido, se um usuário estiver portando uma

quantidade de SPA considerada ilícita para consumo pessoal, e for identificado em uma “batida policial”, estará sujeito a uma pena, sem a perda da liberdade. Diferente tratamento é dado ao tráfico e ao traficante, definido no Art. 33 da Lei 11.343/2006:

Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 2011, p. 34).

O tráfico caracteriza-se como crime, estando frequentemente associado ao comércio clandestino e ao enriquecimento. Estudiosos como Maronna (2011) enfatizam que uma lacuna grave na Lei 11.343/2006 está no fato de não estabelecer critérios objetivos que permitam a distinção entre o usuário e o traficante.

O parágrafo 2º informa que “Para determinar se a droga se destinava a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade de substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente. (IDEM, IBIDEM).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, avalia-se, com base na literatura que serviu de base para este artigo, que as ações das políticas públicas orientadas pelas políticas proibicionistas no campo do consumo de substâncias psicoativas produziram não somente sérias violações nos direitos dos consumidores de substâncias psicoativas, mas, feriram gravemente sua imagem social, ao associá-lo ao crime, à vadiagem e até mesmo à sujeira e a desordem urbana.

A legislação brasileira, tendo por carro chefe principalmente as leis 10.216/01 e 11.343/06, procuram se respaldar nos fundamentos dos direitos humanos e reconhecer o consumidor de substâncias psicoativas como sujeito de direitos.

Apesar disso, persistem contradições. Há todo um legado social deixado pelas políticas proibicionistas que impedem

um debate social aberto com os consumidores de substâncias psicoativas com a sociedade, e ainda persiste a criminalização nas práticas cotidianas e nos dispositivos da justiça, que é seletiva e preconceituosa, “havendo indícios de que usuários pobres podem estar sendo presos como traficantes” (BOITEUX, 2016, p. 373).

Por sua vez, as disputas na arena das políticas públicas, sobretudo na área da saúde e assistência social, inclusive em torno do orçamento público, vêm sinalizando para o crescente desinvestimento em equipamentos públicos, como os centros de atenção psicossocial, e favorecimento da terceirização na execução da política, transferida para as organizações não governamentais.

Logo, ao mesmo tempo que observa-se avanços em termos legislativos, a abordagem do consumidor de substâncias psicoativas persiste criminalizada e mercantilizada, transferida para esferas das organizações não governamentais.

Políticas universais e orientadas pelo paradigma da redução de danos constituem, na atual conjuntura, a possibilidade real de reconhecimento da cidadania e do protagonismo desse segmento, assim como o fortalecimento do princípio da equidade, com o reconhecimento da diversidade de condições e marcadores sociais e de vulnerabilidades que acompanha esse grupo.

REFERÊNCIAS

BELLO, Luis Alfonso. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. P. 17-39. In: RONZANI, T.M. **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

BOITEUX, Luciana. Avanços, retrocessos e contradições na política de drogas brasileira no século XXI. P.365-388. In: MACRAE, E, ALVES, W.C. (Org.). **Fumo de Angola**: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA, 2016.

BRASIL. **A política Nacional do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Legislação em saúde mental** 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Legislação e Políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

CARLINI, E.A. A história da maconha no Brasil. **J. bras. Psiquiatr.** Vol. 55.nº 4. Rio de Janeiro, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008, acessado em 14/02/2017.).

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOMES, L. F. et al. **Nova Lei de drogas comentada artigo por artigo**: Lei 11.343/2006. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

HART, C. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

KARAM, Maria Lucia. Capítulo 2: Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. P. 43-61. In: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013.

MARONNA, Cristiano Ávila. **Drogas**: aspectos jurídicos e criminológicos. P. 51-59. Álcool e drogas. São Paulo: CRPSP, 2011.

MEDINA, Maria Guadalupe; NERY FILHO, Antonio; VON FLACH, Patrícia Maia. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014. p. 479-500.

MOTA, D.B. et al. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. P. 85-105. In: RANZANI, T.M, et al. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. p. 19-27 In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012.

TRAD, Sergio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. P. 97-112. In NERY FILHO, A. et al. **Toxicomanias: incidência clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2009.

SERVIÇO SOCIAL NO PLANTÃO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CIDADANIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Catiane Maria Medeiros dos Santos²⁷

CONTEXTUALIZANDO O OBJETO: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

O Serviço Social constituiu-se como profissão em meio às contradições do capitalismo, na década de 1930, diretamente ligado à Igreja Católica, assim como vinculado ao Estado. A constituição do Serviço Social está relacionada diretamente aos interesses de grupos particulares, oriundos das classes dominantes, no sentido do controle das classes dominadas face a suas reivindicações e mobilizações. Suas atividades foram concentradas justamente para atender as demandas dos trabalhadores de forma a reordená-las aos postulados do capital e assim garantir o cenário propício para a expansão do modo de produção capitalista no contexto brasileiro. Ao mesmo tempo, a profissão constituía-se como produto das lutas em torno da questão social, que passa a ser reconhecida pelo Estado, exigindo profissionais habilitados para intervir junto às

²⁷ Assistente social. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí.

políticas sociais, tendo em vista responder a diversas expressões da questão social.

O Serviço Social, portanto, enquanto profissão historicamente determinada e inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, vem atuando no cotidiano social com a responsabilidade de elaborar respostas à questão social. Tais respostas requereram dos profissionais distintos posicionamentos para agir, já que as diversas expressões da questão social foram, ao longo das transformações no campo econômico, político e social brasileiro, a partir da década de 1930, tornando-se cada vez mais difusas e complexas. As ações profissionais permaneceram ligadas ao ajustamento e controle das tensões na sociedade, ora mais ligadas às doutrinas e princípios religiosos, ora com ações mais elaboradas e planejadas para responder aos novos contornos que a questão social tomava, de forma a favorecer um ambiente tranquilo para a expansão do sistema de produção capitalista no país nas décadas que se seguiram.

No mesmo ambiente de mudanças e ajustes políticos da sociedade, como ocorreu também no período iniciado em 1964, o Serviço Social passou a intensificar suas ações nas diversas instituições criadas após esse período. Devendo responder pelo conseqüente agravamento das condições sociais da população, ao mesmo tempo a categoria profissional deu início a um processo de questionamentos sobre as próprias bases em que a profissão era amparada, já que se ligavam ao controle e ordenamento da sociedade. Esse período, que marcou a história da profissão no Brasil, foi possível com a vinculação da categoria ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social, iniciado no ano de 1965, no âmbito da América Latina. A partir desse movimento, o Serviço Social brasileiro conseguiu alcançar, na contemporaneidade, mudanças significativas para a profissão, principalmente no que se refere a sua legitimação enquanto categoria forte e crítica, com capacidade de ler e compreender as forças, os movimentos e as relações envolvidas na realidade social em que sempre esteve inserida e, daí, demarcou sua efetiva vinculação ao apoio e defesa dos interesses dos segmentos excluídos da sociedade.

Foi a partir das conquistas do mesmo Movimento que o assistente social brasileiro passou a repensar suas posturas

teóricas, metodológicas, políticas e ideológicas, firmando um projeto profissional para/com a sociedade, o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Ainda no campo de mudanças e conquistas contemporâneas, o assistente social também passou a perceber-se como trabalhador partícipe de processos de trabalho na sociedade, inscrito na divisão sociotécnica do trabalho. E, por mais que seus profissionais estejam envolvidos em relações sociais de produção, já que a profissão foi e permanece vinculada a uma sociedade capitalista, ao mesmo tempo, voltam-se para a defesa e ampliação dos direitos dos diferentes segmentos da sociedade, principalmente daqueles mais fragilizados e excluídos.

O assistente social, inserido na divisão sociotécnica do trabalho, tem nas expressões da questão social o seu objeto de trabalho. E como a questão social está presente nas diversas áreas da sociedade, do mesmo modo o profissional está inserido, a partir do seu trabalho, em distintos campos de atuação. Após as mudanças e novos posicionamentos profissionais alcançados, ao longo do Movimento de Reconceituação, pode-se dizer que a categoria passou a defender um modo de pensar e agir, adotando posturas que reforçam os laços com o seu público e os diversos segmentos da sociedade, canalizando as ações profissionais para a defesa e ampliação da cidadania nos diversos campos em que se insere. Um destes campos refere-se ao **plantão social** em saúde mental, onde o assistente social trabalha no cuidado à pessoa com transtorno mental no que concerne ao acesso, à proteção e à promoção dos direitos sociais, contribuindo para o alcance da cidadania por esses sujeitos e seus familiares.

As primeiras experiências do Serviço Social em ações no plantão remetem à necessidade das profissionais norte-americanas de sistematizar a assistência em casos imediatos, que passaram a ser resolvidos pelo plantão social. No âmbito brasileiro, essa experiência remonta aos primórdios da profissão, efetivando-se, mais precisamente, na década de 1960, a partir dos serviços institucionais ligados à área da saúde pública brasileira. O modo como as ações eram realizadas pelos profissionais aqui no Brasil é semelhante ao desenvolvido nos Estados Unidos, a saber: as ações profissionais são prestadas a partir da divisão da assistência

em hospitais e realizadas por meio do trabalho individualizado no cuidado aos doentes. A experiência piauiense, no entanto, foi iniciada nos anos de 1960, quando foram contratadas as primeiras profissionais, no campo da saúde mental. Especificamente no plantão, as ações desse profissional iniciaram-se na década de 1980. Nesse período o profissional já atuava como o mediador do processo de tratamento oferecido pela instituição aos atendidos, assim como intermediador entre os interesses da instituição e os mesmos sujeitos e seus familiares.

Com base no interesse em estudar e refletir sobre a temática Serviço Social e Saúde Mental é que se desenvolveu uma pesquisa, em nível de mestrado, na Universidade Federal do Piauí, mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa naquela mesma instituição conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo apresentou como *objetivo geral* de pesquisa analisar o processo de trabalho do assistente social no plantão do Hospital Areolino de Abreu (HAA) na atualidade de Teresina - PI, na perspectiva das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, da Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Projeto Ético-Político da profissão, buscando compreender até que ponto esse processo de trabalho favorece a efetivação da cidadania no cotidiano da pessoa com transtorno mental²⁸.

Em busca de aprofundar o conhecimento sobre o processo de trabalho do assistente social na atualidade da saúde mental, o interesse foi conhecer como ele vem se desenvolvendo no plantão do único Hospital Psiquiátrico do Estado do Piauí. Nesse sentido, o Hospital Areolino de Abreu foi a base para a pesquisa. E os profissionais do Serviço Social que atuam no plantão, os sujeitos desta pesquisa.

Tratando do percurso metodológico, foram utilizados diferentes instrumentos para a coleta e análise dos dados. O

²⁸ Dada a limitação de páginas de um artigo para a explanação das categorias que fizeram parte do trabalho original será dada ênfase, na parte do referencial teórico, a apresentação do Serviço Social no contexto do plantão, a partir de uma discussão no âmbito geral e sua mediação com o contexto local, considerando o fato da primeira parte do trabalho já apresentar uma síntese das discussões relacionadas ao alcance do objetivo geral.

primeiro foi a pesquisa bibliográfica²⁹ de autores que escrevem sobre as principais categorias teóricas relacionadas ao desenvolvimento do trabalho, entre elas: Serviço Social, Saúde Mental e Cidadania. A pesquisa de campo foi outro instrumento utilizado e, a partir dela, foram coletados dados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com as assistentes sociais que trabalham no plantão social.

Outra forma de coleta de dados foi a observação simples³⁰. Essa coleta de dados deu-se a partir da observação do trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais na sua interação com os pacientes e familiares, em quatro plantões distintos, aproveitando os mesmos dias que as profissionais, participantes da pesquisa, concederam suas entrevistas. O diário de campo foi o principal instrumento de apoio utilizado no momento da observação, o que permitiu relatar e analisar dados, sobretudo os relacionados às interações entre o profissional, a PcTM e o familiar, rendendo reflexões importantes para o resultado da pesquisa.

O universo dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa equivale a 14 (quatorze) assistentes sociais. Para definição da amostra, levou-se em consideração o conhecimento de uma profissional que presta serviço na instituição há cinco anos e que foi a primeira entrevistada. A partir de sua participação, solicitou-se a indicação de outras profissionais para o mesmo procedimento e assim sucessivamente, tendo sido utilizado, portanto, o procedimento bola de neve³¹ para

²⁹ A pesquisa bibliográfica é um levantamento sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que tem sua importância por ser capaz de fornecer dados relevantes. Ela abrange: publicações avulsas, livros, jornais, revistas, vídeos, internet etc. Esse levantamento é importante tanto nos estudos baseados em dados originais, colhidos numa pesquisa de campo, como naqueles inteiramente baseados em documentos (LUNA, 1999).

³⁰ Na pesquisa priorizou-se a observação não participante, compreendendo que, independente da participação ou não do pesquisador, as pessoas agem e dão sentido ao seu mundo e se apropriam de significados a partir do seu próprio ambiente, levando em conta que a pesquisa não participante poder ser realizada em menos tempo e com o mesmo critério de cientificidade (MAY, 2004).

³¹ Tal técnica de amostragem tem suas origens no trabalho de Goldman (1961

a seleção de amostra. A estratégia escolhida permitiu uma melhor aproximação com os profissionais da instituição, já que, tendo sido indicada por outro profissional do próprio local, a aproximação e o convite para a participação na pesquisa foram absorvidos com menos resistência, contribuindo para formar a amostra com 50% do número de profissionais do Serviço Social institucional, o que equivale a um total de 07 (sete) assistentes sociais. A amostra contemplou profissionais que trabalham no turno diurno, no plantão noturno e também nos fins de semana.

Por ter optado por uma pesquisa qualitativa³² e por utilizar recursos que favoreceram a reflexão, no caso as entrevistas semiestruturadas e a observação simples, o método escolhido para analisar os dados da pesquisa foi o dialético³³. Com a utilização do método dialético foi possível, ainda, resgatar os processos de constituição e inserção do Serviço Social na contemporaneidade, tanto em seus aspectos mais gerais, quanto nos aspectos relacionados à inserção da profissão na área da saúde mental e, em especial, no espaço do plantão.

Para a realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado para guiar a conversa. Ele foi desenvolvido com base no eixo norteador sobre o processo de trabalho do assistente social no plantão e sua relação com a cidadania da pessoa com transtorno mental na contemporaneidade. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora³⁴, no horário de trabalho

apud WASSERMAN; FAUST, 1994, p. 34).

³² Minayo (2002, p. 22) esclarece que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis”, como ocorre, por exemplo, em pesquisa quantitativa.

³³ O método dialético favoreceu para a compreensão desse todo dinâmico que responde pelo nome de processo histórico, em que o objeto de estudo está inserido, nessa repleta transformação que a vida humana e as relações sociais estão sujeitas (LÖWY, 1985).

³⁴ As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.

das profissionais³⁵, tendo sido a maior parte delas gravadas, em um smartphone modelo Samsung GY, mediante autorização das participantes.

A transcrição das gravações, a organização, sistematização e análise dos dados também foram realizadas pela pesquisadora a partir de uma perspectiva crítico-analítica do método dialético. Nesse sentido, a análise do objeto de estudo levou em consideração os aspectos objetivo/subjetivos e, ainda, os movimentos, processos, dinâmicas, contradições, avanços, recuos, dificuldades, partes da sua própria configuração. Assim, também o afastamento necessário do objeto permitiu a ampliação do foco da investigação, possibilitando uma aproximação maior da essência das falas e dos gestos, do seu não dado, possível a partir do método dialético, somado à contribuição da teoria e das análises dos autores que fazem parte do levantamento bibliográfico.

Nesse sentido, na primeira parte do artigo busca-se introduzir a temático Serviço Social relacionando-a a área da Saúde mental, de modo a justificar a relevância da pesquisa e a metodologia utilizada. No segundo momento, é apresentada uma contextualização do Serviço Social no âmbito do plantão, seguido de um subitem, denominado Implicações do trabalho do assistente social para a cidadania da pessoa com transtorno mental atendida no plantão, que trata sobre os principais resultados alcançados com a pesquisa. Por fim, destacam-se as considerações finais e as referências utilizadas no trabalho.

SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NO PLANTÃO

Para que se possa compreender a realidade atual em que o processo de trabalho do assistente social na área da Saúde Mental se desenvolve e, conhecer os aspectos normativos, ídeo-políticos e práticos que favorecem para a efetivação da cidadania da pessoa com transtorno mental no plantão de um Hospital Psiquiátrico na atual

³⁵ Com exceção de duas, pois uma foi realizada em uma faculdade particular de Teresina, onde uma das profissionais também presta serviço, e a outra na própria casa de uma das entrevistadas, já que esta se encontrava em período de férias do HAA.

realidade piauiense, a investigação outrora realizada contemplou, entre outros aspectos, o processo de introdução do assistente social na área de Saúde Mental, especificamente no plantão do Hospital Areolino de Abreu (HAA)³⁶.

O Hospital Areolino de Abreu começou a absorver assistentes sociais para integrar a equipe no cuidado à pessoa com transtorno mental apenas nos anos de 1962. O assistente social, nesse espaço sócio-ocupacional, sempre teve, como atividade principal, “potencializar mediações do paciente com a instituição e dessa com o seu entorno social, ganhando destaque a família” (ROSA; MELO, 2010, p. 142). Nesse período o profissional ainda não estava vinculado ao quadro do plantão, o que veio mudar apenas na década de 1980, passando o assistente social a responder pelo plantão social³⁷ da instituição.

Atualmente, a função de mediação exercida pelo assistente social, entre os serviços institucionais do hospital e os usuários e familiares, permanece inalterada. No entanto, a diferença está na percepção contemporânea dessa mediação por esse profissional. Tal percepção, entretanto, resulta de um processo interno de amadurecimento crítico que o Serviço Social vivenciou, desde o seu Movimento de Reconceituação³⁸, ocorrido no ano de 1965, que

³⁶ O HAA é um órgão público, pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Piauí, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e localizado no bairro Primavera, na Rua José Soares Ferry, nº 2420. Entre os serviços prestados pela instituição à comunidade, estão: Serviço Ambulatorial, Serviço do Hospital-Dia, Serviço Pavilhonar e Serviço Infante-Juvenil, através do Instituto de Psiquiatria Infante-Juvenil Dr. Martinelli Cavalca e Serviço de Urgência ou Plantão (ROSA, 2003).

³⁷ Para Monteiro (2010, p. 477), o “plantão social é um espaço de trabalho do Serviço Social que tem sua origem atrelada à gênese da profissão. [Mas, que no entanto,] sua visão tem se metamorfoseado de acordo com as transformações ocorridas nas características do Serviço Social”.

³⁸ “o Movimento de Reconceituação do Serviço Social - emergido na metade dos anos 1960 e prolongando-se por uma década - foi, na sua especificidade, *um fenômeno tipicamente latino-americano*. Dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um *questionamento global da profissão*: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*” (IAMAMOTO, 2012, p.

elevou a capacidade crítica de análise pela profissão, da realidade na qual estavam inseridos tanto os usuários, como os próprios profissionais na formulação de suas ações. Nesses termos, o Serviço Social voltou-se para a história da sociedade brasileira e conseguiu amadurecer o conceito de que “tem na questão social a base de fundação como especialização do trabalho” (IAMAMOTO, 2012, p. 27) e que sua inserção na sociedade não resulta “de uma eventual evolução da ajuda” (FALEIROS, 2006, p. 37). Em outras palavras, a apreensão da realidade e suas contradições possibilitou pensar a própria intervenção profissional comprometida com os interesses dos sujeitos sociais com quem mantém relações sociais. O que, segundo Faleiros (2006), significou uma grande contribuição do seu Movimento de Reconceituação para o avanço e amadurecimento profissional no país.

A partir do amadurecimento da profissão, desvelando a organização da sociedade a partir das contribuições de Marx (2003), no que corresponde ao modelo de produção capitalista, ainda foi possível perceber a ação do assistente social em um processo de trabalho, inserido nas contradições presentes nesse tipo de sociedade, partícipe da divisão social e técnica do trabalho da sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2012). Essa apreensão por parte do Serviço Social possibilitou o desvelamento da função social da profissão envolto nessa dinâmica contraditória. Assim, ao tempo em que responde pela produção, como trabalhador assalariado, que vende sua força de trabalho especializado, o assistente social atua na reprodução da força de trabalho a partir da mediação de serviços institucionais privados ou públicos; ao mesmo tempo, também tem uma função na reprodução social da sociedade, ligada aos interesses da população que sofre com as refrações da questão social. Sobretudo, quando viabiliza acesso a direitos sociais, trabalha na prestação de orientações que podem levar ao empoderamento dos sujeitos e coloca-se na defesa e afirmação de um poder contra-hegemônico levado a efeito pelo assistente social (IAMAMOTO, 2012; FALEIROS, 2006). Nessa perspectiva, sinaliza-se, desde a década de 1980, para um projeto que foi, de acordo com lamamoto (2012, p. 113), “sendo coletivamente construído

205-206 grifos da autora).

pela categoria dos assistentes sociais [...] comprometido com a defesa dos direitos sociais, da cidadania, da esfera pública, no horizonte da ampliação progressiva da democratização da política e da economia na sociedade”. Esse projeto, denominado de Ético-Político do Serviço Social, foi materializado, sobretudo na década de 1990, atual Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993, do mesmo modo, na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social (Lei 8662/93), bem como na proposta de Diretrizes para o Curso de Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social – ABESS, aprovada em 1996, que orienta a formação profissional no atual cenário histórico (IAMAMOTO, 2012).

Assim como o Serviço Social, a sociedade brasileira também passou por um período de amadurecimento político e democrático na sua forma de organização, pós-período de redemocratização brasileira. Esse foi um período de intensas mobilizações que contou com a participação e organização dos diferentes sujeitos sociais, inseridos em diversos movimentos, que lutavam por melhores condições de vida, de trabalho, de saúde, além de outras temáticas levantadas no contexto de 1970 e, principalmente, de 1980.

Entre essas mobilizações, destacam-se: o Movimento de Reforma Sanitária, que tinha como foco a descentralização e universalização da saúde para todos os brasileiros; o Movimento de Reforma Psiquiátrica que contou com o apoio e mobilização do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental cujas reivindicações direcionaram-se à melhoria das condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos para seus profissionais e na defesa de um tratamento mais humanizado às pessoas com transtorno mental; a própria mobilização do Serviço Social que, inserido na mesma realidade de mobilizações e reivindicações, lutou e ainda luta contra “a desigualdade, a falta de cidadania, a violência, as relações iníquas entre os movimentos sociais” (FALEIROS, 2006, p. 34), além de estar articulado a outros movimentos sociais.

O resultado de toda essa organização levou à ampliação dos direitos aos brasileiros, a partir do seu reconhecimento pelo Estado e sua consolidação com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Nessa Constituição, passa-se a firmar um pacto entre Estado e sociedade que “implica na responsabilização e na proteção

ao mesmo tempo, negociadas de acordo com a equidade, com a retribuição da riqueza de acordo com sua distribuição” (FALEIROS, 2006, p. 30), assegurando a cidadania pelo acesso ao emprego, à saúde, à educação, à segurança, além de outras áreas e serviços, assim contribuindo para o desenvolvimento social de todos os brasileiros.

Se até a década de 1990, os direitos conquistados, na Constituição, foram sendo efetivados em diferentes normativas, a exemplo da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata sobre os direitos referentes à área da saúde, ao mesmo tempo, viram-se reconfigurados por um novo momento de sua história, o modelo neoliberal. Esse modelo foi implementado pelo governo brasileiro, na década de 1990, priorizando a redução do papel do Estado e de suas funções no campo social, a partir de cortes nos gastos públicos. O Estado passa a ser a base de sustentação e apoio para o livre desenvolvimento do mercado e medidas no sentido de reverter as alocações de recursos destinados às políticas sociais voltam-se para pleno desenvolvimento do setor de mercado (NETTO; BRAZ, 2006). Em decorrência, a área social, que justamente representa a garantia dos direitos conquistados pós-Constituição, sofre sérias retrações.

Consequentemente, o trabalho profissional do assistente social, nesse campo de mudanças, torna-se limitado face às exigências das propostas neoliberais levadas a efeito no país, ainda que as condições de vida e de trabalho para a maioria da população tenha se agravado. Isso requereu das ações profissionais que elas estivessem guiadas e orientadas nos marcos do Projeto Ético-Político, assim como nos marcos das garantias sociais que foram sendo conquistadas pelos diferentes sujeitos sociais. Essa conjuntura pode servir como norte para se pensar, a partir da totalidade dos acontecimentos, as próprias ações profissionais e para perceber as situações concretas em que os sujeitos que procuram por suas ações estão inseridos, o que pode ampliar as possibilidades de desenvolver, no *locus* de trabalho, ações e comportamentos que reforcem e ampliem os direitos dos usuários.

Trazendo a discussão sobre as ações profissionais para o campo local, deve-se dizer que o plantão do HAA responde como porta de entrada para as diversas modalidades de tratamento na instituição, funciona 24 horas por dia e presta atendimento à população de

Teresina e do Piauí como um todo, assim como atende demandas de outros estados. As demandas por este serviço específico dão-se através de encaminhamentos da rede de serviços que integra o estado do Piauí, principalmente pelos Centros de Atenção Psicossociais, nas suas diversas modalidades. As demandas que chegam ao plantão do HAA são atendidas por diferentes profissionais, entre eles o assistente social, que viabiliza serviços na área da saúde e da saúde mental, tendo como horizonte os princípios e diretrizes do SUS, as normatizações pós-Reforma Psiquiátrica, implementadas a partir da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Com base no exposto, as ações profissionais no HAA são desenvolvidas tendo em vista um atendimento multiprofissional, envolvendo os fatores biopsicossociais que formam a saúde do sujeito e, especificamente, a saúde daquele que vivencia o transtorno mental.

O plantão, enquanto espaço de trabalho do assistente social, já foi reconhecido como um local onde, por um longo período, se reforçaram práticas com fins nelas mesmas. A esse período, analistas da área como Faleiros (2006), passaram a chamar de Serviço Social tradicional. Essas ações, desenvolvidas pelo assistente social em diferentes organizações, no período dos anos de 1960 e começo de 1970, eram predominantemente reforçadas por uma “prática burocrática, formal, institucionalizada” (FALEIROS, 2006, p. 27) a partir de um processo de planejamento que estratificava as relações entre a organização, seus profissionais e usuários. Tais ações limitavam-se a seguir “exigências de obediência às ordens estabelecidas de cima e clientelista nas relações com os de baixo, atendendo a demanda de forma muitas vezes assistencialista, no ‘caso a caso’” (FALEIROS, 2006, p. 27). O plantão, que estava diretamente relacionado às organizações ligadas à área de saúde e saúde mental, nos inúmeros hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, foi campo, portanto, das ações burocratizadas e ligadas à ordem dominante, em período ditatorial ou não, tornando-se, posteriormente, estopim das críticas, debates e campos de mudanças a partir das mobilizações dos profissionais brasileiros partícipes do Movimento de Reconceituação da profissão.

A crítica às ações burocratizadas e assistencialistas, no âmbito do plantão institucional, levantadas a partir do Movimento de Reconceituação, influenciou para que esse espaço de atuação profissional ficasse relegado a segundo plano no campo da investigação, particularmente no que se refere a estudos voltados para o processo de trabalho do Serviço Social na contemporaneidade. Tal feito tem relação direta com o modo como o plantão, historicamente, tem sido identificado com a postura tradicional do Serviço Social, a qual reproduzia a ideologia dominante, visando à adaptação e à integração social das pessoas com as quais mantinha relação (FALEIROS, 2006). O florescimento da crítica e o rompimento pelo Serviço Social desse tipo de ação, que reforçava a ideologia dominante, só foram possíveis quando a profissão passou a desvelar o processo constitutivo da realidade social brasileira e da relação de classes existentes (IAMAMOTO, 2012).

Em resumo: o fato de o Serviço Social ter questionado as ações desenvolvidas dentro das instituições, no período acima mencionado, pode explicar, em parte, a baixa produção de estudos sobre o trabalho do Serviço Social na área do plantão, pós-Reconceituação, tanto em âmbito nacional, como no contexto local em que esta pesquisa está inserida. O que não se está desconsiderando, no entanto, é que o Serviço Social, ainda assim esteve ligado a esse espaço de trabalho profissional, principalmente na área da saúde e saúde mental. O exemplo é o quadro profissional de 14 (quatorze) assistentes sociais no HAA, diretamente vinculados ao plantão.

Compreendido desta forma, o plantão, especificamente do HAA, mostra-se um ambiente desafiador para o reforço e defesa da cidadania das PcTMs³⁹. E mesmo considerando que a cidadania

³⁹ É importante destacar que, mesmo com a criação de diferentes instituições de natureza extra-hospitalar para o cuidado da pessoa com transtorno mental, a partir das conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em todo o estado, o Hospital Areolino de Abreu (HAA) ainda é referência em assistência psiquiátrica no Piauí, sobretudo no momento de crise e de necessidade da internação integral da PcTM. A instituição responde como o último recurso para o tratamento, quando não há o controle da crise em outras instituições na própria comunidade, e por seu caráter de complementaridade na rede de atenção à

da pessoa com transtorno mental deve ser reforçada, neste ou em qualquer outro espaço de trabalho do assistente social, entende-se também que a cidadania ultrapassa o direito de não se ser excluído socialmente. A noção e a vivência de cidadania pelos sujeitos afetados pelo transtorno mental deve levar em conta, por exemplo, a garantia do acesso desses sujeitos às ações assistenciais, à educação, aos serviços de saúde que englobem a prevenção, promoção e a recuperação da sua saúde. Tais direitos foram garantidos via CF/88 e vieram colaborar para um maior reconhecimento e aceitação da pessoa com transtorno mental na sociedade, vinculando-a à condição especial de sujeito de direitos, pertencente aos grupos minoritários da sociedade, reforçando ainda um tipo de cidadania especial, como reconhecem Dagnino (1994) e Vasconcelos (1997). Daí a importância, levantada durante a realização desta pesquisa, da necessidade de conhecer que tipo de cidadania tem sido pensada e como tem sido buscada a sua efetivação prática, pelos assistentes sociais, que atuam no plantão do HAA, na contemporaneidade.

Compreendendo que, para que a cidadania possa ser efetivada, a partir do processo de trabalho do assistente social no plantão, fica claro que é necessária a combinação de inúmeros fatores para essa realização. Entre eles, a efetiva apreensão dos aportes teórico-metodológicos, dos limites e possibilidades objetivas e subjetivas do trabalho que pode sinalizar para um determinado modo de pensar e agir da profissão. Assim, afirmar compromisso com a cidadania “exige a defesa dos direitos sociais tanto em sua expressão legal, preservando e ampliando conquistas da coletividade já legalizadas, quanto em sua realidade efetiva” (IAMAMOTO, 2012, p. 78), ou seja, a defesa e a viabilização dos direitos sociais podem tornar-se efetivas quando estes direitos fizerem parte dos objetivos do trabalho profissional e, mais do que isso, quando fizerem parte do cotidiano das PcTMs no que corresponde ao usufruto dos seus direitos.

saúde mental (SANTOS, 2011).

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL PARA A CIDADANIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ATENDIDA NO PLANTÃO DO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU, EM TERESINA

O resultado do estudo indicou que o modo como as profissionais entendem, apreendem, relatam e realizam o seu processo de trabalho no plantão do HAA está próximo do que apregoam os autores que pesquisam e formulam sobre a atuação profissional nessa área. Para esta constatação, levou-se em consideração que as experiências individuais de cada profissional estão inscritas no campo da objetividade e subjetividade do sujeito, formadas em distintos momentos e a partir de diferentes relações que estabelecem com a sociedade, o Estado e com a área em que cada um está inserido. Posto isso, foi possível perceber, em boa parte dos discursos profissionais, certa clareza sobre os elementos do seu próprio processo de trabalho e o reconhecimento de que é um trabalho especializado, partícipe de um processo coletivo que não é por ele organizado, mas que, no entanto, o realiza com relativa autonomia teórica, ética, política e técnica.

Também foi possível identificar, nessas narrativas, a compreensão das relações e interações que influenciam no próprio resultado do trabalho profissional. Ou seja, as profissionais compreendem que, mesmo que desenvolvam ações concernentes aos ideários da profissão, de acordo com o que regem as normatizações das diferentes políticas públicas, com vistas a viabilizar direitos e a ampliar a cidadania da pessoa com transtorno mental, suas ações profissionais não devem ser isoladas dos contextos sociais, institucionais e profissionais, pois não é possível alcançar resultados satisfatórios no cotidiano do trabalho profissional isoladamente.

Constatou-se que as profissionais do plantão, ao tempo em que conseguem perceber o seu trabalho como especializado e condizente com os novos pressupostos da profissão e da área em que se inserem em busca da garantia de direitos aos atendidos, contribuem para a superação de preconceitos e também lutam a favor da inclusão das pessoas com transtornos mentais a partir do plantão social. Daí ressaltar-se que o tipo de direção que a maior

parte das profissionais vem dando ao seu trabalho demonstra a preocupação com os fundamentos teóricos, práticos, técnicos, éticos e políticos que a profissão tem defendido na contemporaneidade, principalmente no que concerne à busca pela efetivação e defesa da cidadania. Ainda é necessário um maior compromisso e a efetiva filiação com as bases que sustentam o exercício profissional, não apenas da maioria das assistentes social do plantão, mas de todas as profissionais, já que se trata de determinações legais, de deveres a ser cumpridos para a melhor atuação no âmbito institucional, em observância aos postulados do Serviço Social e dos direitos sociais.

A viabilização dos direitos das PcTMs é, em alguns casos, apenas iniciada pelo assistente social do plantão, a partir do esclarecimento sobre determinados direitos. Caso necessário, a PcTM é encaminhada para outro serviço na comunidade para que possa ter acesso à garantia dos seus direitos. Esse tipo de ação - o encaminhamento - explica-se pelo fato de o profissional estar respondendo por um trabalho de plantão, em um contexto de urgência psiquiátrica, onde suas demandas requerem respostas profissionais rápidas, que possam dar sequência ao processo de cuidado em saúde mental. A pesquisa mostrou que as ações profissionais são realizadas com observância aos direitos dos sujeitos envolvidos e com a preocupação de superar a ideia, ainda persistente no ideário de alguns profissionais da saúde, de que o espaço do plantão é marcado por práticas com fim nelas mesmas, ou seja, ainda permanece a “cultura” da porta de entrada e de saída (VASCONCELOS, 2000). Daí a importância de sempre estar atento aos discursos e procedimentos empregados no trabalho do plantão para não dissociar essas duas ações e assim descaracterizar a relação que a prática tem com a teoria, isto é, separar o que as profissionais defendem verbalmente do que realizam efetivamente.

O estudo também demonstrou que os limites para a efetiva resolução de certas demandas no plantão estão relacionados ao fato de estas extrapolarem o próprio trabalho no plantão, ou seja, nem todas as demandas levadas ao assistente social são viabilizadas pelos serviços oferecidos institucionalmente no HAA, devendo ser encaminhadas para outras instituições que respondam e viabilizem esse direito no âmbito da rede socioassistencial.

Constatou-se, porém, que a maior parte das demandas atendidas pelas assistentes sociais tem, sim, resolutividade no trabalho que desenvolvem no plantão. E para melhor ilustrar tais resolutividade são agora citadas: uma acolhida humanizada realizada com a família que chega normalmente aflita devido à crise do seu parente; o direito à fala para a pessoa com transtorno mental expor sua versão, conseqüentemente sua subjetividade; a orientação sobre direitos sociais que podem ser alcançados pelos familiares e pela PcTM; a viabilização de transporte para o retorno da família que procurou a urgência do HAA e que não pode voltar para casa de ônibus já que a PcTM foi medicada e está em estado de sonolência; o encaminhamento, com a devida comunicação anterior, para a instituição que se destinará àquela família, tornando-se um instrumento eficaz no trabalho da assistente social do plantão.

As ações apresentadas pelas profissionais do plantão constituem respostas viabilizadas por elas com o objetivo primeiro de assegurar o acesso da PcTM e seus familiares a todos os direitos que já lhes foram conferidos no campo das diversas políticas públicas. Os direcionamentos das ações profissionais no plantão social refletem, em síntese, a importância do papel que o assistente social ocupa na instituição, reforça a segurança que os familiares e pacientes têm em seu trabalho e sinalizam para a defesa e ampliação da cidadania da PcTM.

Outro aspecto identificado no trabalho foi a apreensão pelas assistentes sociais dos limites, possibilidades e desafios inerentes ao trabalho que realizam no plantão, fatores que influenciam diretamente na cidadania da pessoa com transtorno mental. Um dos pontos mais considerados pelas profissionais foi a interação entre os profissionais, destacada tanto como limite, quanto como possibilidade no trabalho de plantão. Limite no que tange à cultura que ainda persiste no imaginário da comunidade e de alguns dos profissionais que trabalham no plantão de que uma profissão tem maior legitimidade que outra dentro da mesma equipe de trabalho em saúde mental, reforçando a manutenção de um modelo de atendimento que remete ao modelo biomédico. Ou seja, por mais que o trabalho esteja sendo realizado em uma instituição hospitalar, que responde como referência em atendimento a pessoas com

transtorno mental e que seus serviços sejam orientados pelos direcionamentos da Reforma Psiquiátrica e reafirmados em distintas normativas e políticas para o cuidado e o protagonismo das pessoas com transtornos mentais, o pensamento e, com isso, o posicionamento de alguns de seus profissionais, especificamente o médico, ainda insiste em reforçar certa posição de superioridade no âmbito do plantão. Mas essa superação só pode ser alcançada com a quebra de paradigmas em saúde mental, como foi defendido desde o movimento de Reforma Psiquiátrica. Os próprios profissionais que vivenciam e se indignam com tal circunstância devem quebrar definitivamente esse obstáculo no cuidado à PcTM e, com isso, conseguir legitimar a importância das diversas áreas profissionais nesse contexto.

Já a possibilidade no trabalho desenvolvido pelas assistentes sociais no plantão dá-se a partir da identificação de que a superioridade que a área médica insiste em reforçar, centralizando no protagonismo de seu próprio trabalho em relação ao cuidado da PcTM, inscreve-se como uma correlação de poder que os membros de uma mesma equipe estabelecem entre si. O que por sua vez tem ajudado as assistentes sociais a também demarcarem espaço no plantão, descaracterizando a centralidade que o médico ainda tenta sustentar, a partir da defesa de direitos e no reforço da importância da centralidade do cuidado na própria PcTM. Centralidade do cuidado respaldada nos direitos já garantidos por esses indivíduos no âmbito da sociedade e, principalmente, no campo da saúde mental, consubstanciada nos direcionamentos que o Serviço Social tem adotado na contemporaneidade em defesa e ampliação dos direitos daqueles que requerem seus serviços, a partir do seu Projeto Profissional.

Nesse sentido, mesmo que existam limites para uma boa dinamização de suas ações, no âmbito do trabalho no plantão, pela correlação de poder, seja entre os membros da equipe de outras áreas de trabalho ou da própria categoria profissional, as assistentes sociais, em geral, não permitem que seu trabalho exaure-se em tais limites, até porque são questões postas de outras equipes de trabalhos e que não chegam a descaracterizar e de todo impedir a luta por direitos aos PcTMs e a seus familiares, conquistas que

vêm sendo demarcadas pela categoria profissional e todos aqueles envolvidos com a causa das PcTMs. Enfim, tais limites, ao mesmo tempo, constituem desafios profissionais no sentido de reforçar caminhos que ultrapassem as próprias limitações institucionais, profissionais e até sociais no emaranhado de relações que formam o trabalho institucional.

Outros limites identificados através da pesquisa referem-se à interação entre os profissionais no momento do atendimento no plantão, justificada pelo próprio tipo de equipe estabelecido pela instituição, que é multidisciplinar, baseado no atendimento individualizado das demandas institucionais. Outro limite para o trabalho profissional refere-se à perda da autonomia sobre um transporte, já que no passado fora exclusivo para o atendimento das demandas do Serviço Social. Todos esses limites podem ser superados se as assistentes sociais conseguirem mobilizar o apoio de familiares e das próprias PcTMs, assim como de profissionais de outras áreas profissionais, e colocar na pauta de suas reivindicações e proposições essas discussões.

Quanto às possibilidades identificadas para o bom desenvolvimento do trabalho no plantão, constatou-se que a principal delas está relacionada ao respeito que a categoria profissional tem conseguido estabelecer entre os membros da equipe e frente à direção institucional, conseguindo, a partir daí, realizar seu trabalho com autonomia ética e técnica. Outro dado que reforça o que se afirma é o reconhecimento de algumas das profissionais do plantão do HAA serem referência em saúde mental no Piauí e protagonistas no campo político, como exemplo a participação de uma delas no Conselho Regional de Serviço Social, fato que pode contribuir para posicionamentos cada vez mais condizentes com o que defende a categoria profissional. Daí a importância de se reconhecer que o corpo profissional que forma o Serviço Social do HAA é formado por assistentes sociais que se destacam na vanguarda do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Piauí. Mesmo estando inseridas em um modelo de atendimento do tipo hospitalocêntrico, não deixaram de lutar para a implementação de modelos de atendimento que favorecem a ressocialização das pessoas com transtornos mentais (como

exemplo, a abertura dos modelos de Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossociais) que durante muito tempo foram submetidas à exclusão por existir só o hospital psiquiátrico como principal alternativa de tratamento na sociedade.

Já no que se refere à conformidade do trabalho do assistente social com o conjunto de normativas e direcionamentos que norteiam o exercício profissional no plantão do hospital psiquiátrico, especificamente no que se refere aos parâmetros propagados pela Reforma Psiquiátrica, pela Constituição de 1988 e pelo Projeto Ético-Político da profissão, materializados especialmente no Código de Ética e nos Parâmetros de Atuação da Profissão na Área da Saúde, constatou-se que os posicionamentos e as ações profissionais, mesmo não se apresentando fielmente ao conjunto de posicionamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, respondem por ações que buscam atingir esse compromisso efetivamente (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012), intensificados principalmente a partir das mudanças operadas pelas garantias no campo da saúde mental, pós Reforma Psiquiátrica. O que é reforçado pelo próprio movimento vanguardista das assistentes sociais ligadas ao HAA no campo da saúde mental piauiense.

Alguns dos posicionamentos e ações dos assistentes sociais que trabalham no plantão podem ser identificados e estão em conformidade com o que pregam a Constituição Federal de 1988, os direcionamentos da Reforma Psiquiátrica, os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, o seu Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão. São eles: assegurar o direito de ser atendido no plantão do Hospital Areolino de Abreu; viabilizar orientações necessárias para a promoção e acesso ao leque de direitos para a manutenção de tratamento e sobrevivência da pessoa com transtorno mental e seus familiares; prestar atendimento humanizado à PcTM e seus familiares e reforçar a defesa da mesma humanização no trato das ações dos outros profissionais inseridos na rotina de serviços oferecidos no HAA, por exemplo, evitar internações desnecessárias recomendadas por parte do médico, e/ou influenciadas pela própria família, se não for constatada a sua devida necessidade; demonstrar interesse pela capacitação continuada do trabalho a partir da participação

em eventos relacionados a sua área de formação e à área em que estão inseridas; desenvolver a atividade de Supervisão de Estágio e, principalmente, reconhecer a pessoa com transtorno mental como sujeito de direito, assegurando e constantemente reforçando a sua condição de cidadania no espaço institucional e social.

Destaca-se que a forma como percebem e buscam defender a cidadania da PcTM não é homogênea entre as assistentes sociais no plantão do HAA. O trabalho demonstrou, no entanto, unanimemente, a preocupação profissional de assegurar o direito que normalmente é violado para a PcTM, reforçando seu papel como sujeito importante na sociedade e colocando-se em defesa da sua subjetividade e da singularidade que esse sujeito vivencia, sendo ele acometido pelo transtorno mental. Fato que comprova a defesa de uma cidadania especial para a pessoa com transtorno mental no âmbito do plantão.

O trabalho também demonstrou que a materialização da condição de cidadania, de uma cidadania especial, no trabalho desenvolvido pelas profissionais, no âmbito do plantão, ainda é muito tênue, muito frágil, justamente por se tratar de um segmento da sociedade que foi por longos anos excluído e, pelo fato de, ainda hoje, serem colocados limites bastante desfavoráveis para o protagonismo da PcTM na sociedade. Mesmo já tendo sido reconhecidos direitos das PcTMs, nessa área específica, e mesmo que o trabalho profissional esteja direcionado para a superação de estigmas e ampliação de outras garantias, observou-se que os profissionais reconhecem que a cidadania desses sujeitos deve ser defendida, viabilizada e reafirmada todos os dias, assim como deve haver uma continuação desse trabalho por profissionais inseridos em outras instituições, potencializando a construção efetiva do caminho para a cidadania.

Em se tratando do discurso profissional da defesa de cidadania da PcTM ser algo que extrapola o ambiente do HAA para se colocar como uma preocupação para toda a rede de serviço socioassistencial, não foi possível identificar como esse discurso vem se efetivando na prática. Ou seja, acredita-se que se fica mais no campo do discurso, das reclamações das profissionais do que na contribuição que o próprio profissional do plantão pode dar no sentido de acompanhar o trabalho desenvolvido pela rede.

Mesmo com essas constatações, possíveis a partir da pesquisa, o que se deve reafirmar é que, mesmo que a cidadania da PcTM tenha se mostrado ainda com certa fragilidade, na vivência cotidiana da pessoa com transtorno mental, foi possível perceber que o processo de trabalho que o assistente social realiza no plantão do HAA tem sérias e positivas implicações para a cidadania da pessoa com transtorno mental, para a sua vivência e sua efetiva construção. Mas, para que a cidadania possa ser realmente alcançada pelas PcTMs no âmbito do plantão, ou no ambiente maior da sociedade, é necessário que as assistentes sociais convençam-se de que é imprescindível lutar pela superação de todas as formas de preconceito e exclusão existentes na sociedade, bem como de lutar pela emancipação humana para que não haja necessidade de classificar as pessoas por classes sociais e que estas não sejam discriminadas, excluídas, estigmatizadas por condição de raça, etnia, gênero, orientação sexual ou transtorno mental. Daí a importância de as profissionais defenderem a cidadania da PcTM como questão estratégica primordial na vida dessas pessoas, tendo como horizonte a defesa do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

É importante que as assistentes sociais atuem no plantão social nessa direção e estejam, constantemente, atentas às visões e ações que remetem ao conservadorismo que outrora marcou o modo de perceber e atuar do profissional na realidade institucional e social. Com esse propósito, o assistente social da área da saúde mental deve estar atento não só aos direcionamentos contemporâneos da profissão, mas também aos avanços e conquistas das áreas da Saúde e da saúde mental desde a Constituição de 1988 e as Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Além disso, deve apoiar as lutas sociais por direitos e por mudanças na sociedade em geral; deve aliar-se às lutas dos movimentos ligados aos direitos das PcTMs que dão respaldo às garantias conquistadas por estas até hoje, no contexto de uma sociedade desigual.

Em síntese, o estudo demonstrou que a percepção dos próprios profissionais sobre seu trabalho no plantão, sobre as demandas e as respostas profissionais, a existência de limites e de possibilidades lá dentro, está, no geral, em sintonia com o Código de Ética e as demais normativas profissionais desde os anos de 1990 bem como,

no geral, está também em sintonia com os parâmetros defendidos pela Reforma Psiquiátrica. Mesmo assim, ainda se encontram práticas profissionais, na esfera do plantão social, que, de modo consciente ou não, contribuem, de alguma forma, para o *status quo* da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A defesa e ampliação da cidadania não são alcançadas individualmente, seja nos espaços públicos ou em serviços institucionais. A cidadania não depende exclusivamente de uma única categoria de trabalho para sua efetivação. A cidadania, ao contrário, depende da participação e do envolvimento de diferentes sujeitos, de diferentes profissionais inseridos em distintos processos de trabalho, a partir de um esforço coletivo.

Nesse aspecto, a pesquisa constatou que os assistentes sociais, inseridos no plantão do Hospital Areolino de Abreu, compreendem bem a importância das relações e interações que realizam, posto que elas influenciem no próprio resultado do trabalho profissional. Do mesmo modo, constatou-se também que o trabalho profissional está condizente com os novos pressupostos da profissão e da área na qual estão inseridas. Tanto que as ações profissionais são realizadas com observância aos direitos dos sujeitos envolvidos e com a preocupação de superar a ideia, ainda persistente no ideário de alguns profissionais da saúde, de que o espaço do plantão é marcado por práticas com fim nelas mesmas.

É de se destacar também que os direcionamentos das ações profissionais no plantão social refletem, em síntese, a importância do papel que o assistente social ocupa na instituição, reforça a segurança que os familiares e pacientes têm em seu trabalho e sinalizam para a defesa e ampliação da cidadania da PcTM.

A forma como percebem e buscam defender a cidadania da PcTM não é homogênea entre as assistentes sociais no plantão do HAA. No entanto, o trabalho demonstrou, unanimemente, a preocupação profissional de assegurar o direito que normalmente é violado para a PcTM, reforçando seu papel como sujeito importante na sociedade e colocando-se em defesa da sua subjetividade e da

singularidade que esse sujeito vivencia, sendo ele acometido pelo transtorno mental.

Enfim, a partir da pesquisa foi possível perceber que o processo de trabalho que o assistente social realiza no plantão do HAA tem sérias e positivas implicações para a cidadania da pessoa com transtorno mental, para a sua vivência e sua efetiva construção. Ressalta-se que também foram identificadas práticas profissionais, na esfera do plantão social, que, de modo consciente ou não, contribuem, de alguma forma, para o *status quo* da sociedade.

Espera-se que, a partir desta pesquisa e, principalmente, dos resultados que ela consumou, dos posicionamentos, das relações, dos limites e das possibilidades, envolvidos no trabalho profissional, possam suscitar reflexões e novos questionamentos sobre o processo de trabalho do assistente social no plantão, bem como sobre os reflexos desse trabalho para a cidadania da pessoa com transtorno mental. Espera-se, ainda, que este trabalho amplie as contribuições científicas existentes na área e, com isso, aproxime o exercício profissional realizado no campo de trabalho das profissionais no plantão social com a academia, a partir da publicização dos seus resultados a todos que se interessem pela temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Senado Federal: Brasília, 2001.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. – 10. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a nova cidadania: In: DAGNINO, E (org.) **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994, pp. 103-115.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no mundo

contemporâneo. In: **Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 1985.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2ed. São Paulo: EDUC, 1999.

MARX, Karl. Livro primeiro: o processo de produção do capital. **O capital: crítica da economia política**. vol. I. Tradução: Reginaldo Sant'Anna, 21. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MONTEIRO, Fernanda de Oliveira. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p.476-502, jul/set. 2010.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. O capitalismo contemporâneo. In: **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v. 1).

MAY, T. Observação participante: perspectivas e prática. **Pesquisa social - questões e processos**. Porto Alegre: Artmed, p. 173-294, 2004.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Catiane Maria Medeiros. **A contribuição do Assistente Social no atendimento ao portador de transtorno mental: um estudo no plantão do Hospital Areolino de Abreu, em Teresina - PI**. 2011. 87. f. Teresina. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Instituto Camillo Filho, Teresina, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Cortez, n. 54, p. 132-157, 1997.

_____. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

WASSERMAN, Stanley; FAUST, Katherine. Social network analysis: methods and applications. In: STRUCTURAL analysis in social the social sciences series. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. 857 p. v. 8.

DO PROCESSO DE SEGREGAÇÃO DA LOUCURA À CIDADANIA E TRABALHO PARA A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: O DESEJO DE TRABALHAR E O CAPS II LESTE COMO DISPOSITIVO POTENCIALIZADOR DE INSERÇÃO DO USUÁRIO

Laisla Shirley Rodrigues Maranhão⁴⁰

Lucia Cristina dos Santos Rosa⁴¹

Este artigo tem como objetivo apresentar o resultado de pesquisa do trabalho monográfico que analisou o papel e a atuação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Leste, na perspectiva da inserção da pessoa com transtorno

⁴⁰ Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (2014), atualmente Mestranda do curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí, período 2016-2018. E-mail: lala_shirley@hotmail.com

⁴¹ Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

mental no mercado de trabalho e em ações de geração de emprego e renda. Considera o CAPS como um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, criado para ser substitutivo às internações psiquiátricas, que presta atendimento aos usuários da saúde mental no sentido de romper o estigma de que o “louco” é presumidamente incapaz e perigoso, portanto passível de isolamento social.

Aborda-se um novo cuidado às pessoas com transtorno mental, de forma que ocorra fortalecimento de laços destas com a família e com a sociedade em geral, além da busca e promoção da autonomia, construção da cidadania e vinculação ao meio social, inclusive pelo trabalho.

Este estudo discute sobre o papel do CAPS II Leste na multiplicação da identidade da pessoa com transtorno mental, a partir de experiências de geração de emprego e renda. Tem por objetivo reconstituir as experiências significativas desenvolvidas nesse CAPS, que visam preparar os usuários para atuação e inserção no mercado de trabalho e nas ações de geração de emprego e renda, desde a fundação da instituição até 2013. Apresentam-se ainda os desafios e as possibilidades dos profissionais para cumprirem seu papel quanto a essa inserção, analisando a posição dos usuários em relação ao trabalho e o significado de trabalhar em suas vidas.

Para alcançar os objetivos foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória no ano de 2013, tendo por campo empírico o CAPS II Leste de Teresina, o qual realiza atendimento aos usuários adultos (maiores de 18 anos) com transtorno mental severo e persistente. Para Gil (2002) esse tipo de pesquisa envolve: levantamento de material bibliográfico; realização de entrevistas com pessoas que vivenciaram situações relativas ao problema de pesquisa e, por fim, recorre-se também à análise das experiências de geração de emprego e renda pelo serviço. Para o autor, uma pesquisa dessa natureza objetiva promover uma análise panorâmica e “busca maior familiaridade com o assunto abordado” (GIL, 1999 *apud* ROSA, 2013, p. 73). Apoiar-se numa abordagem qualitativa, pois

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si

mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 1996 *apud* ROSA, 2013, p. 73).

As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas ou entrevista qualitativa. Segundo Gaskell (2002), é uma metodologia bastante empregada para construção de informações. É “essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectiva ou pontos de vistas sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista” (FARR 1982 *apud* GASKELL 2002, p. 65). Desse modo, um roteiro foi organizado para mediar o diálogo com os entrevistados, com questões abertas de modo a possibilitar aos sujeitos envolvidos introduzirem outras questões e ângulos de análises, portanto permitindo a participação dos atores sociais.

O PROCESSO HISTÓRICO DA LOUCURA: DA CONDIÇÃO DE ESTAR “LOUCO” À SEGREGAÇÃO NOS ASILOS.

Com a análise dos estudos de Frayse-Pereira (1985) é possível apreender que a loucura, a normalidade e a doença são determinantes relativos à cultura e à sociedade. O autor não realiza juízo ou comparação entre elas, mas constrói um sistema de referência universal, possibilitando considerar outras culturas e a Ocidental como parte de uma infinita diversidade de soluções diferentes para problemas semelhantes.

Para os povos primitivos “uma doença (orgânica ou mental) é apenas parte de uma totalidade que a transcende e engloba” (FRAYSE-PEREIRA, 1985, p. 37), ou seja, para essas sociedades as manifestações que surgem visivelmente através dos sintomas e das enfermidades remetem a um significado sobrenatural invisível.

Frayse-Pereira (1985) afirma que, na Idade Média, o homem europeu estabeleceu uma relação da loucura com a demência e a desrazão, mas era uma experiência vivida por cada um de maneira que não era dominada e sim exaltada, ou seja, a loucura circulava livremente na vida cotidiana. No século XVI a loucura e a sabedoria estavam muito próximas e a via dessa associação tem relação com a linguagem das artes, como a pintura, literatura e, sobretudo, o

teatro. Século da “consciência crítica”, que busca entender a loucura pela linguagem das artes.

A partir do racionalismo moderno de Descartes (1596-1650), com o advento do século XVII, sabedoria e loucura se separam. Isso significa que o indivíduo que tem conhecimento não pode estar louco, e quem não pensa não pode existir. No pensamento moderno a exclusão do louco não se deu apenas no nível filosófico, pois foi o momento em que um conjunto de instituições foi criado para dominar a loucura.

Nesse período, surge a prática de internamento e a sociedade cria temor de ser aprisionada em hospitais psiquiátricos. De acordo com Frayse-Pereira (1985), esse medo continua no século XVIII, pois nessa época a loucura era vista como consequência de o homem ter história. Isso se tornou uma das preocupações sociais por ser considerado sinônimo de humilhação, ser internado, era, portanto, correr o risco de ser alienado.

O século XIX é marcado pelo surgimento dos asilos. Essa prática estava ligada a nomes como o do médico francês Philippe Pinel (1745-1826). Considerado o pai da psiquiatria e estudioso das ações pedagógicas e morais do mundo asilar, Rosa (2008) ressalta, com base em Robert Castel, que foi a partir dos trabalhos de Pinel que a psiquiatria se estabeleceu como a primeira especialidade médica e ganhou *status* e reconhecimento em sua competência para intervir na loucura.

A exclusão social do louco do meio social ocorre por intermédio da internação psiquiátrica “sob a alegação de isolamento terapêutico”, com a mudança do seu estatuto para “doente/alienado mental” – mais recentemente, transtorno. Para essa autora, a partir desse quadro outra relação se constrói entre o louco e a sociedade (ROSA, 2008, p. 49), baseado na presunção de periculosidade e incapacidade, é excluído do convívio social, sendo subtraído seu direito civil.

Para Rosa (2008), “cada época histórica e cada sociedade cria seu procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura” (ROSA, 2008, p. 39). Como foi possível apreender, e segundo o ponto de vista teórico da autora, a forma de tratar e enfrentar essa questão da loucura é algo construído socialmente, ou seja, de acordo

com o objetivo de intervenção na loucura, cada cultura constitui mecanismos próprios de controle, integração ou segregação. Para Castel (1978), “o louco é reconhecido na sua diferença a partir das características do aparelho que vai tratá-lo daí por diante” (CASTEL, 1978, p. 10).

Nesse sentido, na sociedade moderna, o “louco” torna-se um objeto de intervenção médica e estatal, isso acontece devido ao “ordenamento social, econômico e político próprio de uma nova sensibilidade social” (ROSA, 2008, p. 39). Assim, esse indivíduo é excluído do seu meio social e, juntamente com o familiar são colocados numa posição passiva de espera pelo saber psiquiátrico para diagnosticá-lo, num *status* completo de “alienado”/ “doente”.

Nos estudos de Castel (1978) é possível analisar o asilo como o lugar existencial do exercício da psiquiatria, pois é o local onde uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele, o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita (CASTEL, 1978, p. 116). Nesse sentido, o isolamento faz com que a loucura permaneça intocada pela sociedade, ou seja, continua sendo vista como um problema dos indivíduos, não como algo gerado a partir do modelo de sociedade vigente e suas contradições e interesses.

Esse modelo prevalece inabalável até o período do pós II Guerra Mundial, pois a partir desse momento todo o edifício psiquiátrico será questionado e torna-se passível de alterações. Várias tradições de reforma psiquiátrica emergem (inglês, americano, francês e italiano), questionando as bases da psiquiatria e buscando mudanças na assistência. A mudança mais radical foi a italiana, a qual busca desconstruir o hospital psiquiátrico e inserir as pessoas com transtorno mental na sociedade, inclusive pelo trabalho, modelo que teve influência sobre o processo de reforma psiquiátrica brasileira.

No Brasil, a história da loucura não foi diferente da trajetória de segregação do “louco” nos asilos europeus. O modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica brasileira foi implantado no século XIX, importado da experiência europeia, sobretudo a francesa (modelo de Pinel do século XVIII), apesar da diferença histórica e social, pois, enquanto a assistência psiquiátrica

européia acontece em um contexto de revolução burguesa, o Brasil, de acordo com Rosa (2008), era uma “[...] sociedade colonial, rural e escravocrata, que tinha o trabalho como algo negativo, indigno, ‘coisa de negros’, e uma economia agroexportadora fundada no comércio importador-exportador e numa oligarquia rural” (ROSA, 2008, p. 85-86).

Nesse sentido, no Brasil, os hospícios ou as casas de internação tinham suas peculiaridades: eram locais destinados aos loucos pobres e que *a priori* eram considerados indivíduos perigosos e incapazes, ou seja, eram locais que reforçavam a exclusão e abordavam o conteúdo da loucura como caso de polícia. Segundo Rosa (2008), antes da fundação do hospício no Brasil, os loucos considerados tranquilos eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular livremente pelas ruas. Além disso, as famílias ricas tratavam a loucura domiciliarmente, ou os loucos eram enviados para tratamento na Europa (ROSA, 2008, p. 87).

Dessa forma, a “identidade” do indivíduo é deteriorada e reduzida a “louco”, “doente mental” que perturba o “equilíbrio” social. Para Melo (2013) “a sociedade limita e delimita a capacidade de ação de um sujeito estigmatizado, marca-o como desacreditado e determina os efeitos maléficos que pode representar” (MELO, 2013, p. 3). Para o autor – segundo reflexões sobre o livro “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, de Goffman –, a identidade social estigmatizada destrói os atributos e as qualidades do sujeito, exerce o poder de controle das suas ações e reforça a deterioração da sua identidade social, enfatizando os desvios e ocultando o caráter ideológico dos estigmas. Isso quer dizer que o estigma é um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito, pois o diferente passa a assumir a categoria de “nocivo”, “incapaz”, fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão (MELO, 2013, p. 2).

No Brasil, a exclusão foi legitimada por mecanismos que reforçavam situações de preconceitos, ignorância acerca das propriedades da loucura e seus estigmas, ocasionando um retrocesso para a compreensão das potencialidades dos indivíduos. Tal enredo criou ranços significativos para os usuários da saúde mental, pois os limites impostos pela configuração da loucura na sociedade

provocaram, além de perdas materiais e prejuízo à saúde, um sofrimento social relacionado à condição marcada pela identidade associada à periculosidade e à incapacidade. Isso homogeneizou um segmento complexo e bastante diverso, o qual foi considerado como improdutivo e incapaz de participar dos circuitos sociais e de trocas. Assim, eram negados os seus direitos humanos e o exercício da cidadania, exclusão provocada pela institucionalização e reforçada fora dos muros das instituições de saúde.

CIDADANIA E TRABALHO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAPS COMO DISPOSITIVO DE GERAÇÃO DE EMPREGO PARA A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

De acordo com Frazão (2007), a inserção da pessoa com transtorno mental em diversos espaços da sociedade, inclusive pelo trabalho, “circula entre o desejável e o imprescindível na busca da cidadania universal” (FRAZÃO, 2007, p. 49), principalmente devido a um longo período de não ocupação dos espaços sociais e de enclausuramento desses indivíduos nos asilos. Segundo Lucas (2007), o processo de exclusão “terapêutica”, implantada através dos hospitais psiquiátricos, se constitui em apenas uma das formas de exclusão das pessoas com transtorno mental, que se manifesta de diferentes maneiras, tais como:

[...] a exclusão jurídica (pela interdição); a exclusão nos assuntos do círculo familiar (os segredos, os pactos de dependência, a vergonha, a construção permanente de fracassos); a exclusão no trabalho (a aposentadoria por doença incapacitante, a noção de emprego de “favor”); a exclusão no processo educacional (o estigma das classes especiais ou do apontamento pelos colegas da situação de diferença) (LUCAS, 2007, p.11).

Essa situação só começa a se alterar, conforme Rosa (2009), a partir da Segunda Guerra Mundial, período em que as experiências dos campos de concentração são equiparadas às violações de direitos humanos ocorridos dentro dos manicômios. A autora lembra que na ocasião os profissionais de saúde tiveram de abandonar os

asilos e os hospitais psiquiátricos para ir ao “front”. Com isso, “as próprias pessoas com transtorno mental foram obrigadas a gerir tais espaços e, com isto, tiveram outras facetas de sua condição humana tornadas visíveis” (ROSA, 2009, p.59).

Segundo Rosa (2009), essas mudanças influenciaram no campo do trabalho e refletiram-se na ampliação das exigências e na qualificação das pessoas para a sua realização do trabalho, assim como o fizeram no contexto da vida social. A autora lembra que paralelamente ocorre o início de um processo de desinstitucionalização em saúde mental, “primeiramente na Inglaterra, em 1959 e, em seguida, na França, nos Estados Unidos e na Itália e, mais recentemente, a partir dos anos 70, no Brasil” (LEITE, 2003 *apud* ROSA, 2009, p. 60).

Para Lussi (2011), com esse movimento – fortemente presente na Itália – a discussão dos direitos das pessoas com transtorno mental ao trabalho evidenciou-se. Antes sempre visto com um caráter terapêutico, agora se amplia a abordagem do trabalho “como forma de aquisição de renda e como promotor de autoafirmação, possibilitador de troca e de construção de redes sociais, que diminui o estigma ligado à doença mental” (LUSSI, 2011, p. 186).

Para Rosa (2009), embora no Brasil a luta em tal sentido tenha se iniciado nos anos 70, com muitos avanços assistenciais e legais importantes, é somente em abril de 2001 que as condições legislativas nessa direção são reforçadas com a Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002).

Segundo a autora, o cenário para esse reconhecimento é favorável, “pois o governo brasileiro é cobrado pelos órgãos internacionais a implementar ações afirmativas para grupos minoritários, que não têm sua cidadania assegurada” (ROSA, 2009, p. 61). Assim, os grupos sociais incluídos como minoria passam a lutar cada vez mais por igualdade de direitos e oportunidades.

Para Frazão (2007), a reforma psiquiátrica brasileira fundamenta seus pressupostos numa reforma inclusiva e na autonomia da pessoa com transtorno mental. Porém, tal proposta não pode ser considerada concluída com a desinstitucionalização

em si, mas na luta e participação de todos em todas as esferas da sociedade (FRAZÃO, 2007, p. 84).

Vale ressaltar que, por muitos anos, as pessoas pertencentes às minorias discriminadas foram privadas de desenvolverem seus projetos de vida e violadas nos seus direitos fundamentais, em especial ao direito a uma vida digna (PASCUAL, 2006 *apud* ROSA, 2009, p. 61).

Assim, em uma sociedade e cultura em que o trabalho é central na construção da identidade dos sujeitos, a luta pela inclusão por meio dele – do trabalho – também passa a constituir pauta de reivindicações das pessoas em desvantagem social, dentre as quais, as pessoas com transtorno mental (ROSA, 2009, p. 64).

Segundo Rosa (2009), “é evidente que há uma relação contraditória com o mundo do trabalho, sobretudo do trabalho capitalista alienado”, pois sua presença ou total ausência podem se constituir em fonte de adoecimento e sofrimento para esses indivíduos. Ela lembra que os que desejam trabalhar apresentam diversos significados para tal anseio, “dependendo do interesse, das necessidades e do desejo da pessoa com transtorno mental, e de seu grupo comunitário” (ROSA, 2009, p. 67), e, como lembra a autora, o trabalho para esses indivíduos deve-se dar no contexto protegido.

De acordo com a autora (2009), há muitos limites e desafios para inserir uma pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, por exemplo, o seu diagnóstico, o que acaba por trazer uma marca negativa para o indivíduo – já historicamente com o “emblema” de incapaz para o trabalho e perigoso. É preciso que a pessoa não seja “reduzida à sua enfermidade e aos sintomas de seu quadro clínico”, por isso, faz-se necessário trabalhar no sentido de separar o diagnóstico, o transtorno e observar “as potencialidades e talentos a serem ampliados para a vida laboral e ocupacional” da pessoa com transtorno mental (ROSA, 2009, p. 64-66).

A inserção de pessoas com transtorno mental em atividades produtivas (geradoras de renda) não é um fato que possa ser analisado unilateralmente. Captar vagas no mercado sem garantir a estabilidade dos sintomas clínicos inviabiliza

a adesão. Por outro lado, ignorar o papel e as condições concretas da família ou ainda a representação do trabalho no contexto sócio cultural da pessoa adoecida, pode comprometer qualquer programa de inserção (FRAZÃO, 2007, p. 84).

Nesse sentido, Alverga e Dimenstein (2006) ressaltam que o grande desafio para a reforma psiquiátrica não está centrado apenas nas dificuldades de sua implementação, mas também nas direções que o processo poderá vir a tomar.

Destacam ainda que a reforma psiquiátrica requer rupturas radicais com os paradigmas tradicionais e não apenas superações que, frequentemente, aparecem como promotoras de pactos entre o que é aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de exclusão e dominação.

ECONOMIA SOLIDÁRIA E COOPERATIVA DE TRABALHO NA RECONSTRUÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL COMO SER CAPAZ PARA O TRABALHO

Em uma sociedade capitalista, em que o trabalho é central na vida do ser humano, por produzir identidade e laço social, é fundamental discutir propostas alternativas de organização do trabalho direcionada à atenção psicossocial das pessoas com transtorno mental.

Como foi possível perceber, a partir da década de 1970, com o movimento de Reforma Psiquiátrica, ocorre a ampliação dos debates sobre as formas como as pessoas com transtorno mental eram vistas e tratadas, tanto nas instituições psiquiátricas como na própria comunidade onde viviam. Gradualmente, na assistência, constrói-se uma rede de cuidados com a proposta de substituir progressivamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental mais humanizada, a qual garanta às pessoas com transtorno mental cidadania e respeito a seus direitos.

Uma das alternativas à exclusão pelo mercado é a economia solidária e as cooperativas de trabalho. Segundo Paul Singer, Secretário Nacional de Economia Solidária, ela surge como uma estratégia voltada para aqueles que não querem uma sociedade

movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. Ele afirma que essa

é antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc. (BRASIL, 2005, p. 11).

Nesse sentido, Singer afirma que iniciativas como essas apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra a vontade.

É possível, pois, analisar que a Economia Solidária é um exercício de poder compartilhado, de relações sociais e de cooperação entre os trabalhadores, que privilegia o trabalho em detrimento do capital e vivencia outras formas de organização do trabalho, as quais possam superar a economia capitalista individualista e competitiva. Por isso, critica o atual modelo de desenvolvimento centrado no crescimento econômico e na lógica exclusiva do mercado.

Apresenta-se, portanto, como alternativa, não só ao desemprego, mas também às relações empregatícias precarizadas, como é o caso da relação entre a pessoa com transtorno mental e sua inserção no campo da geração de trabalho e renda. Surge como caminho que possibilita uma maior autonomia e democratização, pois, nesse cenário, trabalho também é uma forma de inserção na sociedade, no exercício da cidadania.

A Reforma Psiquiátrica não é apenas o desafio de acabar com manicômios, e sim “uma mudança do olhar a respeito dessas pessoas, é pensar nesses sujeitos como sujeitos que estão construindo um outro tipo de mundo, uma outra possibilidade” (BRASIL, 2005, p. 17). Nesta luta por desconstruir a imagem atribuída à pessoa com transtorno mental e caminhando no sentido de lutar pelas conquistas da efetivação de sua cidadania plena, a Economia Solidária possibilita tornarem-se trabalhadores solidários e conseguirem não só apoio para sua inserção no mundo social e comunitário, mas também, decidirem e gerirem suas próprias vidas, pois possui como princípios centrais a equidade, participação coletiva, autogestão,

democracia e cooperação, mostrando-se capaz de desenvolver e efetivar as propostas resultantes deste movimento que repensou e resignificou os modelos de atenção e gestão na saúde mental.

Apesar de toda a importância social, mental, econômica e política conferida a ela, sabe-se que são experiências ainda frágeis e de pequena sustentabilidade. Por isso, é preciso construir condições objetivas, por meio de políticas públicas e da participação da sociedade, para que tais experiências se consolidem, ampliem, superem e possam atender com mais efetividade as necessidades dos usuários, propiciando uma cooperação solidária de toda a sociedade com o processo de superação, de fato, dos manicômios.

CAPS: DISPOSITIVO POTENCIALIZADOR DE INSERÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM AÇÕES DE GERAÇÃO DE TRABALHO, RENDA E PROJETO DE VIDA

Com o intuito de beneficiar a saúde desses usuários e seus direitos serem efetivados nos diversos âmbitos, inclusive no trabalho, a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 prevê no seu Art. 2º, no seu parágrafo único, que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Foi consolidado um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária para garantir a livre circulação desses indivíduos pelos serviços, comunidade e cidade, além de oferecer cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe. Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são dispositivos que buscam, principalmente, integrar a pessoa com transtorno mental a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’; reinseri-la no espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, constituindo-se na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004). Tem como objetivo a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania, sendo um processo longo, gradativo e dinâmico, já que implica desconstrução de estigmas sociais estabelecidos e na construção da cidadania da pessoa com transtorno mental.

Considerando que o trabalho proporciona ao usuário um reforço da cidadania, ele se constitui como uma dessas possibilidades de produção de um novo lugar social para a experiência da loucura. Tendo em vista que o CAPS influencia positivamente no processo de atenção psicossocial e, conseqüentemente, na inserção social das pessoas com transtorno mental em seus serviços, ou seja, é uma instituição responsável por capacitar as pessoas com transtorno mental para exercer em plenitude o seu direito à cidadania, ele deve visualizar, em suas ações, o papel que o trabalho desempenha na vida das pessoas, como a promoção da identidade social, da autoestima, da autonomia e do fortalecimento dos laços sociais.

A reinserção dos usuários em atividades produtivas como mecanismo de inserção social é um dos principais desafios à Reforma Psiquiátrica. Com o objetivo de beneficiar o projeto de vida dos usuários e diante de todos os pressupostos analisados em relação às responsabilidades que os CAPS possuem ao inseri-los em ações de geração de trabalho, renda e vida, é preciso analisar a atuação e estratégias utilizadas pelos dispositivos para a sustentação desse viés, posto historicamente como grande desafio para as instituições que prestam serviços na área da saúde mental, pois não é meramente um problema de saúde, mas de várias políticas e isso exige intersetorialidade.

O CAPS II LESTE DE TERESINA-PI E SUAS EXPERIÊNCIA SEM INSERÇÃO DOS USUÁRIOS NO MERCADO DE TRABALHO E EM AÇÕES DE GERAÇÃO DE RENDA

De acordo com a Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, o público-alvo para atendimento por um CAPS do tipo II são pessoas maiores de 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2002). O perfil dos usuários do CAPS II Leste entrevistados apresentou como resultado, que a maioria das pessoas com transtorno mental dessa instituição é diagnosticada com transtorno de esquizofrenia (29%) e depressão (29%). Parte significativa desses usuários teve seu transtorno mental diagnosticado na infância, o que refletiu na dificuldade que tiveram em concluir o ensino fundamental e, paralelamente, nos processos de profissionalização.

Para Rosa (2009), o diagnóstico traz uma marca negativa para o indivíduo com transtorno mental, que historicamente já possui o “emblema” de incapaz para o trabalho e perigoso. Por isso, a autora afirma que há muitos limites e desafios para inserir uma pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, contudo, é preciso que a pessoa não seja “reduzida à sua enfermidade e aos sintomas de seu quadro clínico”. Desse modo, é preciso trabalhar no sentido de separar o seu diagnóstico, seu transtorno e observar “as potencialidades e talentos a serem ampliados para a vida laboral e ocupacional” (ROSA, 2009, p. 64-66).

Muito embora parte significativa dos usuários tenha tido algum tipo de experiência no mercado de trabalho, seja formal ou informal, estando na faixa etária de 31 a 40 anos, significando uma força de trabalho em plena maturidade produtiva, a maioria dos usuários encontra-se desempregada (88%), em situação de dependência financeira das famílias e de benefícios assistenciais, o que é fator de menor contratualidade no interior das famílias.

Nesse sentido, como afirma Frazão (2007), “a ressocialização é um pressuposto para o reingresso ao trabalho, e por outro lado [...] a exclusão social é de fato o processo que não permite o acesso ao trabalho no contexto do capitalismo” (FRAZÃO, 2007, p. 200). Por isso, os serviços precisam trabalhar de fato numa linha diferente das práticas manicomiais e excludentes dos hospitais psiquiátricos. Mas, como foi possível observar nos resultados das análises, a maioria dos usuários possui histórico de longo tratamento no CAPS II Leste, então, se o serviço não atuar de maneira que busque a autonomia desses sujeitos, integrá-los ao meio social, sobretudo com o intuito de fortalecer a cidadania, os CAPS e outros serviços que seriam substitutivos aos hospitais psiquiátricos arriscam reproduzir práticas manicomiais, cuja missão é desconstruir.

Segundo a mesma autora, o hospital psiquiátrico não foi idealizado para fins de sociabilidade, pois seu objetivo desde o começo foi distanciar da sociedade aqueles que se destoavam dela, com a justificativa de protegê-la, ou proteger os próprios usuários das suas manifestações. Mas, vale ressaltar, que os CAPS e outros dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos foram criados para atender “a comunidade e as necessidades do cidadão

com um sofrimento psíquico, num tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz” (FRAZÃO, 2007, p. 195). Nesse horizonte, o trabalho é fonte de novas identidades e pertencimento social.

Atuações/experiências no CAPS II Leste em relação à inserção no trabalho e geração de renda

No CAPS II Leste foram realizadas algumas experiências na perspectiva de inserção das pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho e ações de geração de emprego e renda, em diferentes momentos históricos do equipamento. Na primeira perspectiva, houve investimentos para inserção das pessoas no mercado de trabalho formal, através da apropriação de cotas para pessoas com deficiência em uma rede de supermercados local, experiência pouco duradoura e com alcance limitado, abrangendo poucas pessoas, no geral, pessoa do sexo masculino e na função de empacotadores.

Algumas iniciativas no sentido de fomento a ações na perspectiva de geração de emprego e renda, no cerne da Economia Solidária, não ultrapassaram o estágio da capacitação para o trabalho, em treinamentos na área de serigrafia, coordenados pela terapia ocupacional. Com precário apoio institucional, estagnou-se na primeira etapa do projeto.

Outra experiência fomentada circunscreveu a criação e manutenção de uma horta, projeto coordenado pelo Serviço Social, em parceria com o curso de Agronomia da Universidade Federal do Piauí, que durou um tempo razoável, mas foi desativada pelas constantes mudanças de endereço do serviço e baixo suporte institucional. E, em torno de 2011/2012, teve início a experiência de *Pet Look*, coordenado por uma psicóloga e por uma assistente social, consistindo na confecção de adereços, enfeites de animais (gatos, cachorros) e de bebês.

Apreendeu-se que desde a fundação do serviço, o CAPS II Leste inseriu apenas uma pessoa com transtorno mental no mercado formal de trabalho. As experiências com oficinas de geração de renda realizadas se constituíram em experiências pontuais, descontínuas

e com parca duração temporal, pois acabaram circunscrevendo a ação de seus proponentes e coordenadores, muitos com vínculos precários de trabalho, com escasso apoio no plano institucional, durando enquanto seus propositores a sustentavam em diferentes planos.

Tendo em vista as dificuldades de inserir o usuário com transtorno mental no mercado de trabalho formal, as profissionais entrevistadas reconheceram a necessidade de trabalhar com os usuários em oficinas de geração de emprego e renda, e algumas consideram que essas atividades devem ultrapassar os muros do CAPS, abrangendo outras políticas e parcerias.

Destarte, é possível afirmar que alguns profissionais persistem na luta por incluir a pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e em ações de geração de renda, haja vista o que potencializam em termos de autonomia, reconhecimento e outras perspectivas de vida e relações entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade, principalmente com as famílias, em função de a renda gerada minimizar as sobrecargas econômicas e os produtos conferirem outra imagem social à pessoa com transtorno mental, como ser capaz de produzir uma obra.

Algumas atividades de geração de renda têm como objetivo principal “ocupar a mente dos usuários”, ou seja, são atividades com o intuito muito mais terapêutico e relaxante. A única oficina que persiste no horizonte de gerar renda, remete ao *Pet Look*. Apesar de essa oficina apresentar muitas dificuldades e limites para ser reconhecida como oficina de geração de renda, ela tem sido responsável pela geração de vida, considerando que os usuários apresentaram melhoras, não apenas no seu quadro clínico, mas também nas suas relações sociais. Apesar das barreiras institucionais observadas, percebeu-se que essas, dentre outras atividades, têm sido aliadas no processo de trabalho dos profissionais, pois muitas vezes, apesar de não se constituírem em oficinas de geração de emprego e renda, geram relações humanas com melhor qualidade de vida e têm aproximado os profissionais das reais necessidades dos usuários.

Por que trabalhar?: o significado de trabalhar para os usuários do CAPS II Leste

Os usuários foram entrevistados com o objetivo de analisar a heterogeneidade de significados existente no CAPS II Leste em relação à inclusão ao mercado de trabalho, pois, com a observação do campo, foi possível perceber que alguns usuários nunca trabalharam devido ao seu transtorno mental emergir na fase da infância, mas possuem grande desejo, ou não; outros, já foram inseridos no mercado de trabalho no seu projeto terapêutico (durante tratamento no CAPS); há também aqueles que estão realizando tratamento no CAPS por conta de transtorno adquirido no mercado de trabalho; usuários que sempre trabalharam, mesmo após tratamento no CAPS e; usuários que saíram do mercado de trabalho devido ao transtorno e ao início do tratamento com substâncias psicotrópicas.

Observou-se que para cada um desses usuários o trabalho é visto de maneira peculiar. Com isso, foi possível traçar o perfil dos usuários do CAPS II Leste em relação ao significado do trabalho em suas vidas de acordo com a circunstância de cada um desses sujeitos.

O significado do trabalho é diverso para os diferentes usuários do CAPS. Alguns usuários apreendem o trabalho como forma de serem aceitos na sociedade, para além dos serviços de saúde mental. Manifestam o desejo de se inserir no mercado de trabalho, numa sociedade que associa a identidade da pessoa a seu reconhecimento ocupacional.

Observou-se que 82% dos entrevistados responderam positivamente em relação ao seu desejo de trabalhar e 18% negativamente. Esses números confirmam o que a literatura explora a respeito do desejo de trabalhar desses indivíduos. Como afirma Lussi (2011), existe uma grande consideração do trabalho “enquanto prática que integraliza e legitima socialmente os indivíduos, é reconhecido nas diferentes classes sociais, grupos e comunidades” (LUSSI, 2011, p. 186).

Pode-se atribuir a esse desejo o fato de que, como afirma essa autora, vislumbrarem a oportunidade de voltar a integrar o mundo

do trabalho – ou, em muitos casos, iniciar essa vivência. Por isso, a autora afirma que esse desejo está diretamente ligado à ideia de que o trabalho “amplia as possibilidades de alcance da inserção social e de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida” (LUSSI, 2011, p. 186).

Dos 18% dos usuários que responderam não desejar trabalhar, o principal determinante circunscreve o fato de: 67% dos usuários sentirem-se incapazes de realizar atividades nessa esfera e 33% terem medo de entrar no mercado de trabalho e isso ocasionar o agravamento do transtorno. Com relação ao primeiro determinante, é possível entender que alguns usuários introjetaram a incapacidade socialmente associada à sua identidade e não foram estimulados a desenvolver habilidades na esfera do trabalho. Em relação ao segundo determinante, as próprias condições de trabalho, ou relações decorrentes da organização do trabalho capitalista, podem ter ocasionado incertezas e inseguranças, pois, no geral, trata-se de trabalho alienado, não gerador de realização pessoal e social.

Entre os que desejam trabalhar, 33% dos usuários entrevistados afirmam que o trabalho gera como positividade uma independência financeira, logo, o usuário não precisaria depender da ajuda financeira de outras pessoas, principalmente das famílias, em geral, de baixa renda e com outras vulnerabilidades associadas. Em segundo lugar, 22% desses usuários desejam trabalhar para adquirir reconhecimento social e serem respeitados diante da sociedade, pois consideram o trabalho como fonte de dignidade e honra; 19% dos usuários afirmam terem necessidades financeiras e desejam trabalhar para supri-las e ajudar seus familiares; 19% afirma ainda que deseja trabalhar porque é uma forma de “ocupar a mente” e desenvolver um bem-estar psicossocial. E o restante dos entrevistados (7% dos usuários) respondeu que deseja trabalhar porque considera uma importante fonte de realização pessoal, a concretização de um sonho.

É importante ressaltar a relevância de ter informações balizadas sobre o perfil dos usuários em relação ao trabalho, e o significado conferido a este em suas vidas, pois como se pode denotar, são poucos os investimentos nos serviços e nas demais políticas públicas de qualificação profissional/profissionalização,

inclusive para entender os aspectos mais subjetivos dos usuários dessas políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do processo de desinstitucionalização e com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, observam-se alterações significativas na relação da sociedade com a pessoa com transtorno mental. Ao se construir sua cidadania, paulatinamente outros lugares e possibilidades sociais se desenham, inclusive na perspectiva de potencializar direitos, seus desejos e a capacidade laborativa e criativa.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como um dos dispositivos da Reforma, surge como instrumento potencializador de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho e do fomento de ações de geração de trabalho, renda e projeto de vida, no horizonte da construção de novas relações sociais e visibilidade da pessoa com transtorno mental, multiplicando sua identidade social, historicamente restrita ao estigma.

Sabe-se que o mercado é considerado capitalista, competitivo e cada vez mais excludente, e que muitas vezes o trabalho torna-se uma atividade adoecedora. Com esse estudo, foi possível analisar as dificuldades que é inserir um usuário do CAPS no mercado formal de trabalho, pois a ele é atribuída à imagem de incapacidade, até porque, precocemente, tendeu a ser excluído dos processos de escolarização e qualificação para o trabalho. Com isso, foi possível concluir que o trabalho para a pessoa com transtorno mental deve ser pensado de forma protegida, visando sempre à sua integridade e zelo por sua saúde mental.

Nesta luta por desconstruir a imagem ainda atribuída à pessoa com transtorno mental de ser inútil/incapaz, e caminhando no sentido de lutar pelas conquistas da efetivação de sua cidadania plena, foi possível apreender nesse estudo que a Economia Solidária possibilita a esses indivíduos tornarem-se trabalhadores solidários e conseguirem, não só apoio para sua inserção no mundo social e comunitário, como também, para suas participações nas decisões e na gestão de suas próprias vidas, pois, como foi possível perceber,

o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica possuem como princípios centrais a equidade, participação coletiva, autogestão, democracia e cooperação.

Apesar das dificuldades que os usuários e os profissionais apontaram no desenvolvimento de ações de geração de emprego e renda, tais como: falta de transporte, falta de espaço físico, falta de apoio dos gestores municipais e muitas vezes da própria equipe multiprofissional da instituição, observou-se o empenho obstinado dos profissionais que se propõem a incrementar ações dessa natureza.

Os profissionais, para realizarem as oficinas de geração de emprego e renda, muitas vezes, executaram suas ações através de improvisações, tendo que organizar bazar, construir parcerias ou trazerem material de casa para sustentar as ações. Por também ativarem a potência dos profissionais, é possível concluir que, apesar das dificuldades, as ações de geração de emprego e renda se mostraram com intenso potencial de fortalecimento da cidadania e protagonismo dos usuários nos serviços de saúde mental e junto de suas famílias e também dos trabalhadores que a ela se dedicam, reinventando suas condições de trabalho para além das condições dadas.

Com o estudo foi possível reconstituir as experiências mais significativas desenvolvidas pelo CAPS II Leste que visam preparar seus usuários para a atuação e inserção no mercado de trabalho, em diferentes momentos históricos desse serviço. As análises dessas informações permitem concluir que, embora essa instituição contribua numa perspectiva de promoção da autonomia, construção da cidadania e integração dos usuários ao meio social, através das ações de seus profissionais, ainda há muitos limites e dificuldades no plano da institucionalidade e das condições de viabilização de ações inovadoras, para além do considerado estritamente clínico.

A análise dos achados de pesquisa permite concluir ainda que o CAPS II Leste inseriu apenas uma pessoa com transtorno mental no mercado formal de trabalho. As experiências com oficinas de geração de renda realizadas no desenvolvimento histórico do serviço se constituíram em experiências descontínuas, não sistematizadas e com parca duração temporal, pois acabaram circunscrevendo

a ação de seus proponentes e coordenadores, recebendo escasso aporte institucional.

Com relação ao significado do trabalho na vida dos usuários de saúde mental, observa-se uma heterogeneidade de sentidos construídos, pois nem todo usuário da saúde mental manifesta o desejo de trabalhar ou gerar renda. Entre aqueles que manifestaram o desejo de trabalhar, a maioria atribui como principais determinantes: necessidade financeira, realização pessoal, independência financeira, reconhecimento social, ocupação da mente/bem-estar. Observa-se que são desejos diretamente ligados às suas dificuldades, necessidades e perfil social. Foi possível concluir ainda, com esse estudo, que a minoria dos usuários (que não possui desejo de trabalhar) apresenta justificativas, tais como: medo de agravar o transtorno mental ou por se sentirem incapazes de realizar atividades no mundo do trabalho.

As profissionais entrevistadas reconhecem a necessidade de trabalhar com os usuários em oficinas de geração de emprego e renda, e muitas consideram que essas atividades devem ultrapassar os muros do CAPS por necessitarem do reconhecimento social, pois é o que efetivamente permite construir outra relação da pessoa com transtorno mental e a sociedade.

Com isso, pode-se afirmar que alguns profissionais persistem na luta para incluir esses usuários no mercado de trabalho, em ações de geração de renda e na própria sociedade, haja vista o que elas potencializam em termos de fortalecimento da cidadania, protagonismo, autonomia, reconhecimento e outras perspectivas de vida, e relações entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade, principalmente com as famílias. Portanto, é possível perceber a necessidade de maior investimento em ações nesse sentido, com apoio efetivo aos profissionais que se identificam com essa luta.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura. **Interface** – Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, vol. 10; n. julho/dec. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**– Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.134p.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica** - A idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FRAZÃO, Iracema da Silva. **“Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar. Eu trabalho e não sou doente mental”**. O processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social – Universidade Federal de Pernambuco, 2007.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense, 1985, 108 p. (Coleção Primeiros Passos vol. 18).

GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002; 38p.

LIMA, Maria José Girão. **A reforma psiquiátrica e a Assistência nos Centros de atenção psicossocial (CAPS) em Teresina: o que mudou?** Monografia (Especialização e Atenção Psicossocial). Teresina, UFPI, 2009.

LUCAS, Letícia de Sousa. **De pacientes a cidadãos:** a trajetória da associação “Loucos pela Vida” no município de Mogi das Cruzes – SP. [Dissertação - Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.

LUSSI, I.A.O.; MATSUKURA, T.S.; HAHN, M.S. **Reabilitação psicossocial:** oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. O MUNDO DA SAÚDE (CUSC. Impresso), v.34, p. 284-290, 2010.

MELO. Zélia Maria de. **Os estigmas:** a deterioração da identidade social. Disponível em: <<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 06 dez.13.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Os desafios e os limites da inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho: uma proposta de estudo. In: LIMA, Solimar Oliveira; BARROS, Francisco de Oliveira Júnior e ARAÚLO, Valdenia Pinto de Sampaio. **Trabalho e desigualdades.** Rio de Janeiro: Booklink, 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2.ed. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental.** 1. ed. Teresina: EDUFPI, 2013. 412p.

PARTE III
FAMÍLIAS E GÊNERO NO
ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL E
NO CONTEXTO DO CONSUMO
DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS

CONSUMO NOCIVO DE SPA: DA NATURALIZAÇÃO À PROBLEMATIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E PROVISÃO DE CUIDADOS NAS FAMÍLIAS

Elayne Karoline Bezerra da Silva⁴²

Lucia Cristina dos Santos Rosa⁴³

A intensificação da circulação e consumo nocivo/arriscado de substâncias psicoativas (SPA) vem ganhando cada vez mais destaque na agenda pública, principalmente a partir do início do século XX, tanto pela ampliação da importância do narcotráfico, pelo uso crescente por diferentes segmentos da população, inclusive por crianças e adolescentes, quanto pelos efeitos resultantes dos diversos padrões de consumo e repercussões para as famílias e sociedade em geral, tornando-se um problema econômico, social e político complexo na contemporaneidade.

⁴² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Assistente Social da Maternidade Evangelina Rosa de Teresina, Piauí. E-mail: layne.karoline@hotmail.com

⁴³ Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A Política Brasileira de Álcool e outras Drogas acompanhou os modelos dominantes no contexto internacional, adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), influenciada pelo modelo proibicionista, com forte predominância da experiência norte americana, que criminaliza, segmenta e exclui a população que faz uso nocivo/arriscado de SPA, tendendo a criminalizar e psiquiatrizar o consumidor, centrando sua ação no modelo biomédico e repressivo. Tardiamente as estratégias de redução de danos são incorporadas pela política brasileira, que permitiram o avanço na prevenção, recuperação e reinserção dos usuários de substâncias psicoativas-SPA, que são reconhecidos enquanto detentores de direitos, incluindo o direito à saúde, ou reinvenção desse direito, coexistindo com o modelo proibicionista.

No Brasil, a consolidação das políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, a partir dos anos 2000, configurou-se numa arena de disputas entre a política de segurança pública e de saúde. A primeira numa abordagem inicial predominantemente proibicionista, com um horizonte de construir uma sociedade sem drogas e a segunda mais na perspectiva da redução de danos, mais humanista e pragmática. Há um realinhamento entre as duas instâncias, e a redução de danos passa a ganhar maior aceitação. O tema do álcool e outras drogas é integrado à política de saúde mental, como questão de saúde pública apenas no ano 2002/2003, passando a fazer parte das estratégias de redução de danos, coerente com os princípios das políticas de saúde pós Constituição de 1988.

Neste novo contexto, os familiares das pessoas com transtorno mental e consumidoras de SPAS passam a ocupar outros lugares e funções nos novos equipamentos reformistas, sendo exigidos a dividir com os serviços de saúde mental a produção e provisão do cuidado postulado como comunitário, o que antes era assumido integralmente pelos hospitais psiquiátricos/modelo manicomial. Em determinados cenários as famílias passam a assumir integralmente a produção e provimento⁴⁴ de cuidado, tendo como ônus as sobrecargas objetivas e subjetivas. Em outros contextos se

⁴⁴ O produzir cuidado refere-se ao gerar o cuidado, e o prover cuidado está direcionado à forma com que se produz esse cuidado.

constituem mediadores da produção do cuidado comunitário.

O estudo em tela é fruto da dissertação de mestrado, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob CAAE: 32906214.1.0000.5214 e teve por sujeitos da pesquisa profissionais considerados mediadores das ações estatais e familiares cuidadores de pessoas consumidoras de SPA. A pesquisa foi realizada em um Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas-SHRAD por este ser caracterizado como o serviço que carrega a missão principal do que é preconizado pela reforma psiquiátrica como o cuidado comunitário, na perspectiva de remodelação da relação entre a sociedade, a pessoa com transtorno mental-PCTM e seus familiares. Tal equipamento é estratégico na desconstrução do estigma que acompanhou historicamente tal segmento na perspectiva de reinserção em espaços igualmente destinados a todos, muito embora destine-se a um segmento ainda mais específico, os usuários de álcool e outras drogas.

Os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso nocivo/arriscado de SPA são regulamentados pela Portaria nº 148/GM de 31 de janeiro de 2012, sendo um serviço diferenciado em relação às internações psiquiátricas tradicionais, buscando evitar as internações prolongadas, maiores danos à identidade e aos vínculos sociais. Funcionam articulados com outras redes que oferecem serviços a este público, como o Programa de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios, Consultórios de Rua, CAPS, entre outros. É, portanto, um serviço específico para usuários de álcool e outras drogas, tendo algumas ações voltadas para os grupos familiares, que sofrem intensos impactos com um de seus membros consumidores de SPA, o que tende a se configurar como uma vivência estigmatizada, tendendo a se estender aos familiares.

Payá e Fliglie (2004, p. 340), entendem que nesse cenário, as famílias passam por um processo social não linear, mas que envolve processos de negação do problema; família preocupada com a questão, quando inicia o processo de seu enfrentamento; ocorrendo crises em seu interior, levando a uma desorganização familiar, pelo intenso sentimento de culpa e impotência, o que pode levar

a exaustão emocional de alguns de seus membros. Ao enfrentar a questão, as famílias comumente têm que se organizar para prover cuidado, o que no geral é mediado pela divisão sexual de trabalho, recaindo sobremodo entre as mulheres, que tem que mediar processos de cuidado com os serviços de saúde e reinserção social, enfrentando novas linguagens, inclusive o estigma, dentre outros. Ou seja, os processos pelos quais passam os diferentes grupos familiares são diversos e não basta o amor, há várias precondições para se assegurar a produção do cuidado num contexto permeado por estigmas, o que nem sempre é considerado. Nenhuma unidade familiar está preparada para produzir cuidado neste contexto (MELMAN, 2001). O que é agravado pela histórica tradição do estado de bem-estar social meritocrático (DRAIBE, 1989) que se implantou e se consolidou no País até 1988, ganhando outro direcionamento com a Constituição Federal de 1988, que instituiu a cidadania plena e um Estado legal e socialmente alargado, com a universalização da saúde. Todavia é um Estado insuficiente em suas ações sociais, dadas as estruturas de desigualdades sociais que se consolidaram no Brasil e pela tradição que ganharam os serviços públicos estatais, como serviços majoritariamente utilizados pelos segmentos empobrecidos da sociedade, que carregam múltiplas vulnerabilidades associadas.

Destarte, com membros com consumo nocivo de SPA observa-se que as famílias requisitam a divisão de cuidado com o Estado, no enfrentamento de uma questão complexa e contornada pelo estigma, até pelo papel de seqüestro representado pelo modelo segregador. Contudo, apesar da política de saúde mental se orientar para o cuidado comunitário, o Estado tende a devolver o cuidado para as famílias (SILVA; ROSA, 2014), pela própria falta de investimento, ampliação de ações para os familiares e pouco investimento em ações voltadas para a saúde mental na atenção primária/territoriais. Neste sentido, constitui-se uma arena de tensões entre o Estado e a família mediada pelo provimento de cuidado à PCTM no cenário de consumo nocivo/arriscado de SPA.

AS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DE CONSUMO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)

No Brasil, historicamente, as famílias constituem a primeira rede social de proteção da pessoa. É no seio destas que as sociabilidades são desenvolvidas, no contexto das relações sociais. Na família, é onde se produz e reproduz a teia de relações desenvolvidas pela sociedade, sejam seus valores, positivos ou negativos, como também seus preconceitos, ou seja, as famílias não estão isoladas do mundo social, interferindo e sofrendo influência na manutenção ou ruptura dos padrões existentes na sociedade. Assim, comumente é direcionado a esta instituição uma excessiva responsabilidade, inclusive culpabilizando-a pelos possíveis desvios de conduta de seus indivíduos, como esclarece Medeiros (2013).

[...] à família é atribuída a responsabilidade pela construção moral dos filhos e pelo crescimento adequado da sua personalidade; podendo ela ser responsabilizada tanto pelo desencadeamento da fase de experimentação e continuidade do uso de drogas quanto pela criação de fatores de proteção. (MEDEIROS,2013, p.02)

Contudo, embora com poucas expressões numéricas, observa-se que há famílias que se organizam em torno da cultura do consumo ou até mesmo são estruturadas economicamente pelo tráfico de SPA, com isso não se quer responsabilizar ou culpabilizar essa instituição, pois o entorno é complexo.

Em se tratando das relações das famílias das PCTM acometidos pelo uso nocivo/ arriscado de SPA com os serviços de saúde mental, observa-se que houve transformações produzidas pelas alterações no modelo assistencial em saúde mental advindas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que remete às atribuições/ funções, tarefas e lugares dos familiares.

O movimento de Reforma Psiquiátrica, concebido como um conjunto de “[...] transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2004, p. 58), constrói um novo modelo de assistência na área de

saúde mental, baseado na desinstitucionalização dos manicômios, no reconhecimento da cidadania da PCTM e no cuidado na comunidade.

Novas demandas são colocadas, de forma implícita, para as famílias, pelo redirecionamento do modelo assistencial pautado no cuidado comunitário, que inverte a complexidade da clássica hierarquização do sistema de saúde, pois cuidar na comunidade no geral exige: 1) a mediação das famílias, que passam a ter que conviver com o preconceito, que lhe é extensível; um manejo complexo, sobretudo nos cenários (agudização) de crise psiquiátrica, haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma PCTM em seu meio (MELMAN, 2001), até porque a pedagogia hospiciocêntrica/hospitalocêntrica destituiu as famílias como possuidoras de um saber e provedoras de cuidado, limitando-a a ser visita (muitas vezes inconveniente), e informante, um recurso instrumental (ROSA, 2002), isto é, desresponsabilizando - a parcialmente do cuidado direto, que era assumido integralmente por “instituições totais” (GOFFMAN, 1992); 2) ter que alterar rotinas na produção e provisão de cuidado e destinar cuidadores leigos/cuidadores familiares, em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas do grupo familiar, que se encontra em uma circunstância de vulnerabilidades crescentes, inclusive pelo aumento da violência urbana; 3) atuar na desconstrução do estigma, que social e historicamente acompanhou a PCTM, sob a presunção da periculosidade e incapacidade.

Assim, no modelo hospitalocêntrico, a família, bem como explicita Rosa:

[...] fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. (ROSA, 2002, p.144)

Dessa forma, as famílias eram tratadas “como informantes; como um recurso episódico ou como uma visita, muitas vezes

inconveniente” (ROSA,2009, p.161), tendo horário marcado para tal. A família de co-participante no cuidado, é restrita à “remissão dos sintomas associados ao uso do álcool e outras drogas. A apreensão da família parecia passar pelo seu lugar coadjuvante na assistência e retaguarda no cuidado ao usuário” (ROSA; LIMA, 2014, p.42)

De acordo com Rosa (2009), esse cenário vem se modificando, embora morosamente, desde a implantação da Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Essa portaria prevê o preparo para o retorno da PCTM à residência e, o consequente preparo das famílias quanto à orientação acerca do diagnóstico e tratamento/ cuidado do usuário.

Assim, com o novo modelo assistencial pautado na desinstitucionalização psiquiátrica, e na visão ampliada da PCTM, vai-se além do modelo biomédico e da doença em si, para só então dar conta da “complexidade do novo objeto: a pessoa em suas múltiplas conexões com o social” (MELMAN, 2001, p. 60), orientando também para uma nova forma de compreender as famílias no cuidado e na atenção psicossocial da PCTM, entendida como sinônimo de cidadania. (SARACENO, 2001)

Desse modo, com a Reforma Psiquiátrica, a família:

[...] ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político (ROSA, 2009, p. 162).

Tais nuances não são excludentes entre si, conformando um mosaico que evidencia determinadas dimensões dependendo do contexto, usuário ou necessidades em jogo.

As famílias são consideradas sujeitos cuidadores, estimuladores da adesão da PCTM em relação ao projeto terapêutico singular, mas também precisam de cuidados e atenção, principalmente por

geralmente, ser apenas um cuidador, no geral a mulher, que se sobrecarrega ou é sobrecarregada pela produção do cuidado familiar, que arrisca muitas vezes ser sinônimo de cuidado comunitário. As famílias então, não são mais tidas como sujeitos extras no cuidado, e sim como fazendo parte deste, como provedoras e receptoras de cuidado, numa outra divisão de cuidado com o Estado.

As famílias inseridas no contexto da Reforma Psiquiátrica são responsáveis por mediar as relações de seu ente familiar que tem transtorno mental com os serviços de saúde, e com os profissionais que prestam atendimento aos mesmos, bem como fornecer o suporte e apoio no convívio social. Mas muitas vezes são culpabilizadas pelo uso nocivo/arriscado de SPA ou vistas de maneira naturalizadas como lugar primeiro, “natural” de produção/ provisão de cuidado como se apenas o amor e as obrigações parentais e legais bastassem, havendo, no geral, desconhecimento de quem são esses familiares, sem que seu contexto social seja avaliado. Aliás, os registros em prontuários e demais documentos institucionais são, comumente, precários em termos de informações sobre as/os familiares cuidadores, limitando a ter o nome do responsável e seu telefone.

Logo, deixa-se de captar a vulnerabilidade da vida dos familiares das PCTM, e o quão tendem a ser afetados com o consumo nocivo/arriscado de SPA.

Quando uma pessoa apresenta transtorno mental, não apenas ela sofre, mas as famílias, precisando ambos de apoio e cuidado. O convívio com uma pessoa com algum tipo de transtorno mental, principalmente se for prolongado ou que apresente constantes crises, podem proporcionar uma sobrecarga a alguns membros da família e desgastes de caráter emocional, físico e econômico.

As dificuldades no “lidar cotidiano” constituem sempre uma demanda importante dos familiares cuidadores e a permanência da PCTM na comunidade depende da proteção estatal exatamente no potencial dos familiares cuidadores em se sentirem capazes em cuidar e também em contribuir na minimização ou desconstrução do estigma social. Por sua vez, as famílias precisam de proteção social do Estado para assegurar sua condição de produtoras e provedoras de cuidados (MIOTO, 2010).

Portanto, as famílias, quando possível e existente, comumente, são os principais elos de enfrentamento das dificuldades no que se refere ao relacionar-se com a enfermidade, com os estigmas e com o isolamento social ao qual estão propícias a PCTM, reconstruindo assim, o convívio do ente com a sociedade. Mas o contexto social dessas famílias tem que ser considerado, bem como a complexidade do cuidar.

RELAÇÃO PÚBLICO VERSUS PRIVADO NO PROVIMENTO DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS ACOMETIDOS PELO CONSUMO NOCIVO/ARRISCADO DE SPA

O contexto do consumo nocivo/arriscado de SPA acompanha a dimensão dialética entre o público e o privado, atualmente tida enquanto grave e complexo problema de saúde pública, indo além da atuação dos membros familiares frente as discussões das políticas públicas direcionados a essa questão. No entanto, em que medida o Estado adentra e interfere nas funções familiares, e vice-versa?

A questão do consumo de SPA, a partir do século XIX e XX passa a ser restrita aos cuidados do Estado através de ações direcionadas à proibição e punição do uso, utilizando o argumento de que 1) o uso de SPA é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto não pode ser permitido; 2) a melhor forma de o Estado fazer isso é perseguir e punir seus produtores, vendedores e consumidores (FIORE, 2012, p. 10).

No momento em que o Estado decide por proibir o consumo, este adentra na esfera privada, pois interfere na autonomia do indivíduo em suas práticas corporais e de ingestão de substâncias, bem como fere os seus próprios princípios na “garantia de liberdades e direitos individuais” (FIORE, 2012, p.13). Entretanto, é necessário frisar que a discussão sobre a proibição ou não do consumo das referidas substâncias é uma questão não limitada apenas à interferência do Estado no âmbito privado, envolvendo uma série de outros fatores.

Assim, a atuação estatal deve centrar-se na promoção de outras formas de controle social e na promoção ao autocuidado, prevenção e redução de danos, sem, no entanto, direcionar apenas

para as famílias a responsabilidade com seu ente, ou criminalização ou higienização, o que vem acontecendo diante das novas configurações das políticas sociais.

Em meados dos anos 90, o cenário da sociedade capitalista passa por transformações econômicas, políticas e culturais advindas principalmente do neoliberalismo, que atribui ao Estado e seu crescente investimento em políticas públicas, a causa da crise, iniciada nos anos 60 e 70. Transformações estas que se refletem diretamente na instituição denominada família(s) que assume, juntamente com a comunidade, responsabilidades antes direcionadas somente ao poder público, via “instituições totais”.

O projeto neoliberal aposta numa sociedade que, longe de ser emancipada, “mostra-se sobrecarregada com tarefas e responsabilidades que, por dever de cidadania, pertencem ao Estado” (PEREIRA, 2010, p.32), uma sociedade pluralista de bem-estar.

Na visão dos neoliberais, o pluralismo de bem-estar contemporâneo recomenda uma maior participação do setor privado, tanto mercantil como não mercantil, em substituição ao modelo rígido de proteção social, onde o Estado era o principal regulador (PEREIRA, 2010)

Para os críticos, os ideários neoliberais estavam calcados na minimização do Estado, enquanto órgão que promove e regula as políticas sociais, diminuindo assim, sua responsabilidade coletiva de proteção social, e transferindo esta responsabilidade para os indivíduos, em especial às famílias, agora incluídas como essenciais na provisão do bem-estar.

Desse modo, as famílias vêm assumindo papel central nas políticas sociais, através do discurso de sua valorização no contexto da vida social, no entanto vem sofrendo diante das consequências do neoliberalismo, da reestruturação produtiva e mudanças sociodemográficas; e processos que associados, vem provocando altos índices de desemprego, subemprego, diminuição de pessoas disponíveis para prover cuidado, acompanhados por processo de precarização do trabalho, bem como o afastamento do Estado na regulamentação e garantia de políticas públicas.

Na contemporaneidade, a família é incluída como eixo estruturante das políticas públicas de saúde e assistência social,

através do princípio da matricialidade sociofamiliar que têm por objetivo principal “fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu papel de proteção e cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária.” (FERREIRA; CRUS; MATIAS, 2012, p. 03). De tal modo que a referida instituição e os indivíduos devem receber apoio para exercer sua função protetiva nos seus territórios.

A matricialidade sociofamiliar representou uma conquista fundamental para as políticas, no entanto contraditoriamente ao previsto na legislação, expõe este segmento aos efeitos desastrosos do projeto neoliberal, haja vista utilizar o seio familiar enquanto “agente privado de proteção social” (PEREIRA, 2010, p.26), sem lhe conferir condições mínimas para que assegure uma boa atuação.

Mioto (2010) identifica duas grandes tendências relacionadas à incorporação da família pelas políticas públicas: a familista e a protetiva. A tendência familista defende a centralidade na família, acreditando na sua capacidade de cuidado e proteção. Assim, as políticas públicas são fundamentadas na perspectiva de que as necessidades dos cidadãos devem ser supridas pelo mercado e pela família. A intervenção estatal é realizada temporariamente somente quando estes setores falham em suas atuações.

Nesse sentido, observa-se mais a transferência da responsabilidade do Estado, constitucionalmente prevista e, portanto, um dever, ilustrada no reforço conferido ao modelo neoliberal, mercantilizando as necessidades das famílias, metamorfoseando direitos em ações de consumo.

Em suma, a tendência familista responde às “falhas” da atuação da família enquanto “incapacidade e culpabilização” desta em prover suas necessidades.

Em contraposição, a tendência protetiva defende que a capacidade do cuidado e proteção da família está intimamente ligada a proteção garantida pelas políticas públicas.

Nesse diapasão, compreende-se que no âmbito familiar se localizam dificuldades que precisam ser sanadas pelas políticas públicas, ou seja, para prover proteção/ cuidado, a família precisa ser cuidada, protegida.

A tendência protetiva é a que mais contempla, na perspectiva deste estudo, o disposto constitucionalmente no que se refere à

garantia dos direitos da sociedade, por meio do cumprimento do dever do Estado. Isso porque, o Estado no seu papel de garantidor de cidadania plena o faria por meio das políticas sociais em conjunto com a família, minimizando as dificuldades que podem aparecer e garantindo cuidado e proteção de qualidade.

Nesse contexto, a política de saúde mental, em meio a situação atual das demais políticas sociais passa por processos de transformações resultantes principalmente do movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização que busca incluir a família como principal parceira dos serviços, fortalecendo-a e apoiando-a frente ao seu papel de proteção e cuidados, bem como fortalecendo a convivência comunitária destes sujeitos.

Assim, essas transformações trouxeram às famílias a retomada de velhas atribuições, tarefas e lugares, pois o cuidado hospitalocêntrico da PCTM, em instituições fechadas e estatais, instituições totais como denominado por Goffman (1992) abarcava parte significativa das necessidades de sobrevivência da PCTM, circunscrito aos direitos sociais, entretanto, eliminava seus direitos civis (BOBBIO, 1992).

O movimento de Reforma Psiquiátrica possibilitou um significativo avanço na Política de Saúde Mental, sobretudo no reconhecimento dos direitos da PCTM, e no retorno destas ao âmbito familiar e da comunidade, transpondo a concepção de que o tratamento a este público deveria ser realizado somente sob o viés de internações psiquiátricas, que na realidade, levavam os equipamentos de internação a ser transformado, para muitos, em abrigo/morada, onde as famílias atuavam como meros visitantes, rompendo os laços com os entes e comunidade.

Diante da relevância dos novos papéis/lugares das famílias na Política de Saúde Mental faz-se necessário discutir acerca da atuação estatal frente a estas mudanças, tendo em vista que é direcionada ao poder público dar proteção e apoio às famílias e à PCTM neste novo processo, no arcabouço da desinstitucionalização como desconstrução.

Com o avanço do ideário neoliberal, acompanhando as tendências de reduzir gastos sociais nas políticas sociais, o Estado

vem transferindo suas responsabilidades para organizações voluntárias e caritativas, setor privado, mercado e para as famílias; apostando num discurso de emancipação social e minimização de um Estado concentrador e burocrático. Quando na verdade este mesmo Estado, agora mínimo para suprir as necessidades sociais dos que vivem exclusivamente da venda de sua força de trabalho (ANTUNES, 2003), reforça-se um Estado aliado à acumulação capitalista, como bem propõe o ideal neoliberal.

Neste horizonte, há sérios riscos do cuidado comunitário propugnado pela reforma psiquiátrica brasileira ser reduzida a cuidado familiar, ou familista, como analisa Mioto (2010).

Mas, a direção do processo reformista, na perspectiva de desconstrução postula a manutenção da proteção social, podendo ser ampliado para oferecer suporte e retaguarda para os familiares, no reforço ao cuidado comunitário.

Assim, cabe às famílias o comprometimento de coresponsabilização no que concerne a produção do cuidado da PCTM, quando for possível. Contudo, no atual contexto de intensas alterações sociodemográficas (envelhecimento das chefias, redução no tamanho do grupo, dupla jornada de trabalho das mulheres, diversificação nos desenhos familiares) associadas ao consumo nocivo de SPAs, as famílias estão, sobrecarregadas com o peso do preconceito, estigma e culpabilização da sociedade em ter um ente com transtorno mental, dentre outras expressões das desigualdades sociais que afetam negativamente estes sujeitos. É nesse sentido que se faz necessário um questionamento acerca da responsabilidade estatal na produção e provimento de cuidado das PCTM, diante da desinstitucionalização em saúde mental. Há aqui o reconhecimento dos avanços quanto aos serviços trazidos pela reforma através dos Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, dentre outros; embora ainda se perceba que muito tem que ser aprimorado para de fato garantir a cidadania das PCTM e de seus familiares.

INTERFACES E TENSIONAMENTOS ENTRE OS FAMILIARES CUIDADORES E OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (SHRAD) DE UMA CAPITAL NORDESTINA

A produção e provisão do cuidado às pessoas consumidoras de SPA foram historicamente construídas. Na Idade Média era uma questão privada, das famílias de origem (CASTEL, 1978). Com a institucionalização do cuidado no modelo manicomial a partir da sociedade moderna, tornou-se uma questão médica e estatal. Com os movimentos reformistas e incremento do cuidado comunitário é postulado como uma ação de co-responsabilização, família, Estado e sociedade. Logo, passa a figurar na intersecção entre o Estado e as famílias, de modo a haver uma influência mutua, ou seja, na interface entre famílias e Estado o comportamento de um refletindo-se na forma de ser e se organizar do outro.

Mas, como no Brasil as famílias são consideradas, primeira e principal rede de proteção do indivíduo, em função do restrito Estado de Bem Estar, meritocrático (DRAIBE, 1989) mas, também por ser no âmbito familiar que a sociabilidade do indivíduo inicia sua construção, também conforme Damatta (1997, p.38) a marca principal da construção da sociedade brasileira estar calcada na familiaridade e hospitalidade que tipificam as relações entre a casa e rua no País, constituindo o “jeitinho brasileiro”, em que as relações de amizade se imbricam com os códigos pessoais que norteiam a construção da cidadania.

De acordo com Santos (1979, p.18), o credo meritocrático sustenta que “os homens são desiguais, e a distribuição de benefícios econômicos e sociais reflete essa desigualdade através do mercado, e nenhuma ação pública, tendo por objetivo modificar esse duro fato, é legítima”. Em outras palavras, o Estado deve intervir apenas quando os indivíduos não forem capazes de solucionar seus problemas sozinhos e apenas corrigindo as desigualdades existentes.

Com esse entendimento constitui-se a cidadania regulada no País, voltada a um sistema de proteção ocupacional, gerido pela Previdência Social, criado em 1930, que se destina aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho, com carteira de

trabalho assinada, com ofício reconhecido e sindicalização. Os que estavam à margem deste sistema, foram tratados como indigentes, remetidos para as ações pontuais e emergenciais do Ministério da Saúde, via ações campanhistas, de massa, dentre outras.

Nesse sentido, para a maioria da população brasileira, as famílias se conformaram como uma das principais fontes de proteção social, sobretudo nos momentos de infortúnio, como as doenças, configurando-se uma naturalização do cuidado como obrigação familiar, inclusive no aspecto jurídico, um dever parental.

Tal fato, associado à divisão social e sexual do trabalho construído na sociedade moderna, reforçou no imaginário social a produção do cuidado como algo inerente às mulheres, no geral a mãe, equiparadas à família ou porta voz dos familiares, reforçando a produção do cuidado como “ato de amor”, sem reconhecimento econômico e social.

Observou-se a força de tal mentalidade arraigada no próprio perfil dos familiares cuidadores participantes da pesquisa, ao ser majoritariamente do sexo feminino, sobressaindo as mães, como principais figuras a demandar pela divisão de cuidado ao consumidor com um padrão de uso nocivo de substâncias psicoativas.

Ainda nas falas e atitudes dos próprios familiares, observou-se como tomam para si a função de principais cuidadores, demandando sempre algo para o outro familiar (filho, esposo, irmão), raramente para si mesmo, apesar de se observar alguns familiares cuidadores em estado de intensa vulnerabilidade, inclusive no plano da saúde emocional, exaustos por sobrecargas objetivas e subjetivas que perpassam a produção desse cuidado.

Nessas circunstâncias, a internação é acionada como último recurso, após exauridas as condições familiares, sobretudo do principal cuidador, até mesmo como estratégia de descanso, alívio de tensões familiares, proteção à pessoa que às vezes se encontra ameaçada de morte, enfim, divisão de cuidado com o Estado.

Mas, como esclarece Telles (1999), o Estado no Brasil ao instituir em 1930 a cidadania ocupacional reforçou as desigualdades sociais, ao se tornar restrito aos trabalhadores, destituindo os pobres dos acessos a serviços sociais, a direitos sociais.

Apesar da Constituição Federal de 1988, universalizar o SUS e afirmar a saúde como dever do Estado e direito de todos, tornando

a cidadania plena, observa-se que persiste nos serviços públicos da saúde a marca de ser um serviço de classe (ROSA; CAMPOS, 2013), dos segmentos de trabalhadores empobrecidos, com a marca da destituição, sendo procurado majoritariamente por famílias com acúmulos de vulnerabilidades.

No plano legal a cidadania foi alargada, mas, no cotidiano, observa-se a persistência dos serviços públicos com parcas coberturas, com direitos restritos, qualidade assistencial agravada pelo crescente sucateamento dos serviços públicos, em especial os de saúde e consequente transferência de suas funções no âmbito da proteção social para a iniciativa privada, tanto da família quanto do mercado.

Daí se recorrer inicialmente à família em momentos considerados difíceis, como nos casos de transtorno mental decorrente do uso nocivo/arriscado de SPA.

Essa naturalização da produção e provisão de cuidados nas famílias tem origem na divisão social e sexual do trabalho, no padrão meritocrático das políticas sociais brasileira e na cultura brasileira, sendo reforçada pela retração do Estado no cumprimento de suas funções de proteção social, tendo em vista o atual quadro das Políticas Sociais brasileiras da década de 90, orientada pelo ideário neoliberal.

Para alargar efetivamente a cidadania seria necessário um equilíbrio na produção e provisão de cuidado no que se refere ao papel do Estado, do mercado e das famílias, de modo a não continuar sobrecarregando as famílias e consequentemente contribuir para o enfraquecimento da enraizada naturalização desta instituição como única ou exclusiva, principal provedora de cuidado para o indivíduo. O que só será possível no plano legal e nos planos das intenções jurídicas com a real operacionalização do proposto pela Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde-SUS.

No campo da Saúde Mental, historicamente, perpassado por estigmas e tensões, a trajetória de vida dos familiares cuidadores da PCTM acometidos pelo uso nocivo/arriscado de SPA assim como da pessoa que faz uso é perpassada por intensos sofrimento e aflições, haja vista ser evento inesperado no desenvolvimento histórico do grupo e ninguém estar preparado para este tipo de produção de cuidado, complexo e sem reconhecimento social como trabalho.

Cuidar de uma pessoa com consumo nocivo de SPA é algo complexo, sendo marcado por sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, tristeza, cansaço, estresse, vergonha, piedade, compaixão, irritação e impotência. Em especial a vergonha e a piedade, foram os ressaltados com maior frequência nas falas dos familiares. A vergonha mencionada pelos familiares leva a uma das manifestações da questão social, em função da moralização que contornou o consumo de SPA no País, sobretudo as consideradas ilícitas, pois ilegais, que historicamente levaram à criminalização dos consumidores, acompanhadas pelas políticas de cunho proibicionistas que orientaram hegemonicamente o desenho das políticas públicas no País, atualizadas com as ações higienistas, nas disputas por territórios das cidades, situação parcialmente alterada com o reconhecimento de alguns padrões de consumo como doença; a incrementação das estratégias de redução de danos e novas legislações no campo.

Tal cenário é introjetado por muitos familiares, observado através de indagações como: “onde eu errei”, como se houvesse um culpado pelo adoecimento de seu familiar. Este pensamento reproduz o individualismo capitalista e a tradição judaico cristã que prega a responsabilização total do indivíduo pelos seus sucessos e fracassos em todos os setores da vida, como se a PCTM não vivesse em sociedade e fosse afetada diretamente pelo meio em que vive. As questões contextuais tendem a ser ignoradas, até mesmo a facilidade de acesso a determinadas substâncias consideradas ilegais. As famílias acabam tentando guardar para si o sofrimento gerado por todo esse processo como algo pessoal, impedindo-a de problematizar esta questão e remetê-la ao Estado como demanda.

Além disso, a vergonha também é decorrente do fato da doença ser considerada algo íntimo, privativo da família e que ao tornar-se público via uso nocivo/ arriscado passa a ser visto como falha de caráter, fruto da estigmatização social, ilustrada no “olhar do outro”. A preocupação dos familiares passa também para a esfera da “imagem” que terão socialmente. E aqui se faz referência a uma doença que acomete mais diretamente os familiares cuidadores, mas com o mesmo grau de severidade ou até pior das enfermidades físicas e mentais, a “doença do olhar do outro” ilustrada pelos

estereótipos, preconceito e discriminação social, pelo recorrente pensamento de “mas o que os vizinhos vão pensar?”, haja vista o comportamento do consumidor tornar-se muitas vezes algo público e revelador do consumo. A tentativa de abordar a questão como segredo de família, no caso de consumo nocivo, comumente é fracassada, ganhando visibilidade pública, expondo a todos os familiares, não apenas o consumidor da substância. Como um comportamento reprovado socialmente, tal reprovação tende a ser extensível aos familiares.

Os familiares, no geral, tomam para si a reprovação a que é submetido o familiar “doente” pela sociedade, tendo em vista que a PCTM decorrente do consumo nocivo de SPA tende a se “desviar” do “padrão” proposto pelo “*script*” social, não mais sendo visto como trabalhador ou parte da classe trabalhadora, tornando-se o “vagabundo”, o “noiado”, parte do *lumpen* do proletariado (MARX; ENGELS, 2006).

A produção do cuidado no âmbito familiar/doméstico, na concepção de Gama (2014) majoritariamente é uma tarefa feminina comumente não remunerada, invisível econômica e socialmente. “Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado. Baseia-se no relacional[...]está marcado pela relação de serviço com um caráter de proximidade” (GAMA, 2014, p.47).

É nesse âmbito que se pode falar da sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador que é intensa, estando a primeira relacionada aos aspectos emocionais e a segunda vinculada aos aspectos materiais e quantificáveis da produção do cuidado.

Para Bandeira (2013):

O aspecto objetivo se refere às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador, tais como perdas financeiras, perturbações na rotina da vida familiar, excesso de tarefas que o familiar deve executar no cuidado diário com o paciente e supervisões aos comportamentos problemáticos do paciente. Estes aspectos são considerados como estímulos estressores para os familiares. O aspecto subjetivo da sobrecarga se refere

à percepção ou avaliação pessoal dos familiares sobre a situação, envolvendo sua reação emocional e seu sentimento de estar sofrendo uma sobrecarga, atribuída por eles a papel de cuidador (BANDEIRA,2013).

Apesar dos participantes da pesquisa serem oriundos dos segmentos mais empobrecidos da população, os aspectos subjetivos da produção de cuidado ganharam maior evidência e dramaticidade nos depoimentos dos familiares cuidadores, haja vista estarem expostos a agressões verbais das pessoas para as quais prestam cuidado, através de palavras de baixo calão e atitudes desagradáveis direcionadas ao cuidador. Mesmo o cuidador estando ciente de que na maioria das vezes o comportamento “desagradável” e que foge ao aceito socialmente da PCTM, seja fruto de uma condição peculiar (o consumo nocivo), haja vista informarem que sem o uso “são outra pessoa), tal vivência, conduz o cuidador a um estado de fragilidade no qual a referida consciência sozinha não é capaz de evitar que ele comece a culpabilizar seu familiar com transtorno mental por tudo que está passando, até porque as ofensas, no geral feitas em voz alta, tendem a publicizar a falta de controle do familiar cuidador sobre a pessoa cuidada (não consegue dar limite, se fazer respeitar), espetacularizando as relações de cuidado, expondo a vida familiar. Tal situação pode ser visualizada na fala do familiar abaixo:

Aí eu me incomodo, por que ele se deita ali no meio da casa, no pé da geladeira. Se espalha, se espicha, come, suja tudo, cospe. Aí, aquilo ali, botar no banheiro pra tomar banho, tem que trocar de roupa. Aí ele começa a me esculhambar, que tu é isso, que tu é aquilo. Aí aquilo ali, às vezes eu fico muito irritada. Mas quando eu pego ele, levo pro banheiro, que eu banho ele, cuido dele, dou comida pra ele, que eu chego com a comida e ele pega. Aí ele vai me tratar mal, chama aqueles palavrões. Eu volto com a comida e deixo lá. Aí depois ele fica pedindo de novo. Aí falta a paciência, né? Tem dia que tô mais assim, mas tem dia que eu tô perturbada, que eu não aguento (Familiar 03 Esposa).

Neste cenário observou-se a preponderância de mulheres, que ao estar mais próxima dos consumidores de SPA, tem dificuldades

no estabelecimento de limites, tanto para si quanto para o outro.

A idade avançada de alguns cuidadores também interfere no provimento de cuidado conduzindo em menor ou maior medida as sobrecargas objetiva e subjetiva, haja vista estarem em um momento da vida que também demandariam maior cuidado.

As referidas sobrecargas têm consequências negativas no seio das famílias cuidadoras levando a brigas, tensões, desgastes e no caso específico acima, até mesmo o aparecimento de transtornos mentais nos familiares cuidadores, tamanho o sofrimento emocional e estresse a que são submetidos, bem como a representação do familiar com transtorno mental, por parte do cuidador, como ameaça ao bem-estar físico e mental da família.

O cuidado se apresenta como um trabalho majoritariamente feminino, uma vez que os familiares entrevistados em sua maioria foram mulheres, no caso, esposas ou filhas. O que nos leva a refletir sobre a sobrecarga da figura feminina enquanto cuidadora e mais especificamente sobre o papel da mulher dentro das famílias, que historicamente assumiu o trabalho doméstico e o ato de cuidar dos seus entes. A figura masculina, por sua vez, “pouco socializados (educados) para cuidar de si e do outro (do espaço doméstico, do cuidado dos demais integrantes do grupo)”(ROSA; LIMA,2014,p.58).

Comumente quando os familiares e o usuário descobrem sobre o transtorno mental, há a tendência da negação desta por ambas as partes, considerando o transtorno mental como uma experiência extrema, existência-sofrimento e tendo o desconhecimento como agravante e o estigma social a que estão sujeitos PCTM e seus familiares.

Observou-se que independente da fase que se encontra o familiar cuidador, houve tendência a demonização da substância utilizada, com olhar restrito às sobrecargas subjetivas inerentes a produção de cuidado.

Atribuições das famílias

A atribuição das famílias no provimento de cuidado à PCTM, por muito tempo ficou restrita a visitantes de seus entes, cabendo

ao Estado o tratamento desses sujeitos através dos serviços de urgência e emergência em Hospitais Gerais, bem como em Hospitais Psiquiátricos, atendendo basicamente “quadros de intoxicação aguda e/ou acompanhados de síndrome de abstinência moderada à grave” (ROSA; LIMA,2014, p.40).

Essa realidade vem se modificando com as conquistas trazidas pela Reforma Psiquiátrica, que induz os familiares a um novo lugar, como parceiros, a estarem e se sentirem atuantes no processo de cuidado a seus familiares, fato que foi observado durante a pesquisa quando na fala dos próprios familiares eles se reconhecem enquanto sujeitos que devem direcionar suas ações para o apoio e motivação ao seu ente familiar nessa trajetória tão difícil e complexa.

O apoio e o incentivo familiar, de acordo com os familiares das pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA de um SHRAD estudado referem-se a ajudá-los a procurar um tratamento, assim como motivá-los através do diálogo e da conversa.

Tal cenário é contornado por várias questões: primeiro, no geral a pessoa que consome SPA não se sente doente, portanto, para que se “tratar”?; segundo, é o familiar cuidador que percebe a necessidade de um auxílio extra, comumente traduzido na internação, resposta histórica e preponderante do Estado a esses contextos, ou seja, é comum a internação mediada por certa pressão familiar ; terceiro, o que os serviços oferecem além da perspectiva biomédica?, as oferta no geral são centradas na segregação social (privação de liberdade) e na medicação, o que reduz a chance de “adesão”.

Logo, a PCTM dificilmente identifica os aspectos atrativos do “tratamento”, observando mais as dimensões negativas, como por exemplo, a internação como uma prisão. A fissura é parcamente assistida. As normas institucionais são muito restritivas. E a autonomia da PCTM enquanto usuária do serviço público de saúde mental, de dizer não ao tratamento? São questões levantadas a partir das falas dos familiares e que merecem ser discutidas em conjunto pelo serviço e as famílias. Isso porque os familiares, em sua maioria, tendem a se colocarem numa posição de sujeitos contribuintes ao processo de tratamento das pessoas que fazem uso de SPA, afinal a relação dessas pessoas com seus familiares tende a ser tensa e

conflituosa, porém, é nesse contexto familiar onde encontram apoio e se fortalecem mutuamente para procurarem tratamento, o que reflete numa melhor convivência entre eles.

No entanto, seja pelo estresse e problemas a que são submetidos os familiares na produção e provisão do cuidado, ou ainda pelo desconhecimento de como lidar com a PCTM e fragilidade decorrente de todo esse processo, que surge a descrença no seu potencial de motivador ao seu familiar enfermo e mesmo incredulidade em relação ao seu restabelecimento, chegando a colocar o transtorno mental como algo inerente ao familiar e, portanto, não passível de mudança de seu quadro de vida. O que pode ser encarado como fruto do desconhecimento do familiar a respeito da dinâmica do processo de tratamento e do movimento de vida, revelando uma das lacunas no diálogo entre as famílias e os profissionais de saúde e os serviços do SUS, pode expressar também a exaustão, nos tantos anos de dedicação sem retorno, o que pode gerar cristalização nas relações familiares.

O SHRAD parece exercer pouca ação na desconstrução desses lugares e funções congeladas na dinâmica familiar, apesar de ser papel primordial deste orientar os familiares sobre a “doença”, e principalmente nos contornos que a mesma pode adquirir ao longo do tratamento, como por exemplo, a possibilidade de recaídas.

Para os profissionais entrevistados do SHRAD houve a repetição exacerbada da importância da participação desses familiares junto ao tratamento oferecido pelo serviço, reafirmando assim, a contribuição da nova abordagem direcionada aos familiares, advindas com o processo da Reforma Psiquiátrica, onde esta é tida como parceira dos serviços. O familiar é apontado como ator fundamental na recuperação do seu ente, vista como um sujeito capaz de exercer sua função de cuidadora, que também necessita de cuidados.

É muito importante o apoio da família porque eles, nesse momento, eles estão muito frágeis e o emocional deles estão muito vulnerável. É tanto que no dia que um familiar não vem visitar, eles ficam com mais fissuras, eles ficam mais tristes, eles ficam deprimidos por conta desse apoio. E como eles estão sem a droga, estão em tratamento, eles estão mais fragilizados em relação. Quando eles estão no tratamento

eles estão mais fragilizados. Nesse momento é muito importante a participação da família por que de acordo com a experiência, a gente percebe isso. É tanto que a gente faz o grupo terapêutico, a gente faz o grupo com a família, com eles todos. Trabalha outras questões exatamente. [...] E mostrar pra família que eles têm que apoiar o tratamento e dá maior atenção porque é importante pra eles quando eles estão em tratamento. (Profissional 01)

Então se a família tá presente, dependendo desta convivência, se a família tiver presente, tá dando um estímulo pra esta pessoa. E aí ele se sente mais importante e com mais força pra encarar o tratamento, porque a abstinência não é fácil pra eles (Profissional 02).

A participação da família, ela é extremamente importante. Eu não sei precisar bem assim, se é mais importante, ou se é mais funcional você fazer um acompanhamento junto com o usuário ou só com a família. Qual seria melhor? Eu imagino que os dois sejam complementares. Dos casos que eu já pude acompanhar, assim um pouco mais de perto, uma mudança de postura da família foi que muitas vezes influenciou na mudança de postura do usuário. [...] mas de fato, a família quando ela está mais envolvida, a situação tende a melhorar (Profissional 06).

Foi visualizado que os profissionais frisam a relevância desses familiares no tratamento, no entanto, não se politiza os meios e estratégias do serviço na apreensão das reais necessidades dos familiares e dessa forma, incluí-los no Projeto Singular Terapêutico (PST) da PCTM. Isto porque,

[...]certamente, conhecer melhor as famílias (perguntar, ouvir e observar seus contextos; forma como entraram em contato com a situação de uso de drogas de seus familiares; o que provoca mais insegurança e medo nesta situação; as complicações sociais e legais deste uso; entre outras) amplia capacidade das equipes de saúde para ofertar cuidado adequado, efetivo e construir sentido na relação com seus usuários e familiares. Da mesma forma, potencializa a capacidade da equipe em identificar, singularizar e acionar rede de proteção e de cuidado.(ROSA;LIMA,2014,p.49)

Observou-se ainda que os profissionais não deixam claro de que modo o serviço atuaria no sentido de possibilitar o estreitamento e/ou fortalecimento deste vínculo entre o PCTM e a família. Esta última, vista sobre a perspectiva dualista/maniqueísta. Tal perspectiva pode ser questionada considerando que a família dada sua importância para o tratamento da PCTM, precisa ser considerada além desta visão dual e reducionista de que contribui ou não para o tratamento e sim entendida a partir de suas peculiaridades para que essas possam ser utilizadas em favor delas mesmas e, conseqüentemente do tratamento de seu familiar. A complexidade é sempre ignorada, sendo as famílias visualizadas de forma instrumental. Nesse sentido, observou-se que nos prontuários no geral há pouco investimento para se saber que são os familiares, e em que condições produzem o cuidado, apesar de novas adequações nesse sentido. No prontuário é fixado mais o nome do familiar responsável e seus contatos.

Dito de outro modo, é o momento das famílias mais do que antes realizarem o seu papel de base, e apoio ao familiar com transtorno mental, darem a segurança necessária para que ele continue o tratamento confiante no alcance do que ele objetiva. Mas de modo geral, parece que os objetivos institucionais se sobrepõem aos das famílias, tanto é que quando a ação familiar é vista como negativa, deixa de ser instrumental para o serviço.

Além disso, as famílias são o termômetro do desenvolvimento da PCTM, é o seu contato com a realidade, aqueles que por vivenciarem diariamente os percalços das conseqüências danosas do consumo e da produção do cuidado em casa podem refletir em seu ânimo, estado de espírito e mesmo na frequência e qualidade das visitas ao familiar com transtorno mental, o nível de satisfação com os resultados do tratamento. Isso porque, a visita dos familiares também rompe com o clima impessoal da instituição (Botega, 2002), trazendo mais conforto para a PCTM. Entretanto questiona-se o fato da participação da família no tratamento ficar quase que exclusivamente restrita as visitas, e nesse sentido coloca-se em xeque a própria natureza desta “parceria” entre serviço e familiares, considerando a necessidade de uma relação mais intensa entre ambos, pois no período da pesquisa apenas o psicólogo realizava grupos com os mesmos.

Há também nas falas dos profissionais a presença de resquícios fruto da herança hospitalocêntrica, diante do modo de ler a atuação desses familiares, como apenas acompanhantes, e os que atrapalham no tratamento. Fator esse que é explicado pelo lugar ocupado historicamente pelas famílias durante muito tempo, família enquanto espaço que impõe regras de convivência e comportamento, sendo atribuída a elas a culpa pela sua disfuncionalidade e “desorganização familiar”.

Não é tomado tal contexto como parte/ “sintoma” dos dramas de famílias no contexto do consumo da SPA a ser transformado em demanda e redirecionado pelo Projeto Terapêutico Singular do SHRAD.

Nesse âmbito a discussão sobre a participação ou não da família passa antes pelas seguintes indagações: as famílias atrapalham o tratamento da PCTM em que medida de fato? Para quem seria interessante os familiares participarem ou não? Para os profissionais do SHRAD? Para as PCTM? É notório que os profissionais não se referem às famílias como parceiros, mas sim instrumentos que “ajudam” ou “atrapalham” levando a questionar se não seriam os profissionais que não têm sido capazes de construir maneiras eficazes de potencializar a participação das famílias.

Entretanto pontua-se que as famílias são partes diretamente afetadas durante o tratamento e que talvez enquanto parceiras seria necessário criar dentro do serviço algum tipo de canal de participação e decisão no qual os familiares tivessem vez e voz e de fato assumissem seu lugar de protagonistas, não constituindo meros instrumentos no tratamento. Quem sabe assim seria mais fácil problematizar suas demandas junto ao Estado e com isso facilitar o diálogo entre as duas instituições.

Mesmo com as novas diretrizes direcionadas a posição dos familiares nesse cenário enquanto parceiros dos serviços, antes considerados potencialmente como agentes etiológicos, causadores do sofrimento psíquico, “levando os familiares a se limitarem a ser visita, muitas vezes inconveniente, ou um recurso a ser acionado em determinadas circunstâncias. (ROSA; LIMA, 2014, p. 41), atualmente ainda é visualizado o entrelaçamento desses dois modelos na concepção dos profissionais do serviço.

Um grande marco referencial que define a parceria dos familiares no provimento de cuidado às PCTM foi estabelecido no Art 3º da Lei nº 10.216/2001:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.(BRASIL,2001,p.01)

Neste contexto, as famílias são consideradas co-responsáveis pela produção e provisão de cuidado das pessoas que fazem uso nocivo/ arriscado de SPA em conjunto com o Estado e a comunidade. Assim, “a família passou a ser compreendida como parceira no cuidado, sendo importante mediador entre usuário-serviço, entendendo este usuário em todos os seus contextos de vida” (ROSA; LIMA, 2014, p. 45).

Durante a pesquisa foi constatado ainda o receio da equipe do serviço na participação dos familiares por também exercerem o papel de “reféns” de algumas pessoas que fazem uso nocivo/ arriscado de SPA, que por serem alvos dos efeitos adversos da fissura, “obrigam” os seus entes a facilitar a entrada de SPA no SHRAD. O que ocorre entre outros motivos, pela falta de conhecimento dos familiares sobre o tratamento e, portanto, de como pode ser danoso a PCTM ceder aos apelos, frutos da abstinência, mas também pelo grau de vulnerabilidade no qual se encontram as famílias, o que compromete sua capacidade de impor os limites necessários, tornando mais fácil serem “manipuladas” pelos seus familiares enfermos. Também porque é precária a abordagem dirigida aos familiares pelo SHRAD, no sentido de aprimorar suas competências relacionais e habilidades emocionais. As tecnologias assistivas que desenvolveram foram aprendidas no ensaio e erro da vida cotidiana, com parca colaboração dos serviços de saúde.

As famílias cuidadoras podem se sensibilizar ao ver seu ente “doente” em situação de fissura, até por se sentirem culpados pela internação, e ceder a algum de seus pedidos de facilitação do uso

de SPA, como forma também de demonstrar apoio e passar mais confiança, ou mesmo amenizar sentimento de culpa por pressionar pela internação, vendo que o sofrimento ocasionado pela abstinência teve sua participação. Ainda que possa parecer contraditório, tendo em vista que a PCTM está no hospital em tratamento. Tais questões poderiam ser mais bem encaminhadas se todos os pontos do tratamento fossem diretamente esclarecidos e discutidos com os familiares em reuniões com esses, os profissionais e os PCTM.

E aqui mais uma vez emerge a questão da qualidade do diálogo entre família e serviço. Isso porque, se foi identificado pelos profissionais esta problemática, o serviço já deveria estar trabalhando para forjar soluções e não apenas apontar o ocorrido e culpabilizar as famílias. Afinal, se as famílias são parceiras principais, já está mais do que na hora de tratá-las como tal. Identificar as dificuldades observadas nesta parceria é trabalho dos profissionais, tanto quanto refletir e buscar estratégias sobre como superá-las. E o ponto de partida passa pela problematização sobre a relação entre a família e o Estado de modo a romper com a naturalização da produção e provisão de cuidado por parte daquela e também pela real aproximação da família, conhecendo-a para que possam ser identificadas suas potencialidades e limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de conhecimento e consciência da população em geral sobre os efeitos nocivos do consumo arriscado de SPA como um problema de saúde pública e não apenas de segurança como é comumente retratado pelos meios de comunicação, somados ao fato das políticas públicas não estarem conseguindo, como deveriam articular os agentes econômicos e sociais, numa outra racionalidade assentada nos direitos da pessoa humana, tem contribuído sobremaneira para o agravamento da abordagem apenas policialista e biomédica do consumidor de SPA, sem reorientar o olhar para suas famílias.

É fato que os avanços na área são notórios, haja vista o enfoque da política na estratégia e princípios da redução de danos, adotado em meados da década de 2000, pela Política Brasileira de Álcool e

outras Drogas, que foi inicialmente influenciada pelas convenções internacionais assumindo um viés proibicionista, baseado na repressão ao tráfico e no uso de SPA consideradas “ilícitas”.

A Reforma Psiquiátrica marca esse percurso histórico da construção e reconhecimento da cidadania da PCTM, incluindo aqui as pessoas que fazem uso de SPA, moldando um dos avanços fundamentais para a mudança no modelo assistencial rumo ao cuidar em liberdade e na comunidade, assegurando os direitos civis.

Com esse avanço, sob a égide do cuidado comunitário da PCTM acometido pelo consumo nocivo/arriscado de SPA, observa-se que novas demandas são colocadas para as famílias, que eram tidas pelo modelo manicomial como uma mera visita e recurso eventual ao seu familiar enfermo, passando a ganhar uma diversidade complexa no cerne do processo, sendo consideradas protagonistas e principais parceiras dos serviços no provimento do cuidado à PCTM acometido pelo consumo nocivo/arriscado de SPA, visto desse modo com relevância. Para os familiares das PCTM são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e “comunitário”, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto.

Neste contexto, pode-se concluir que os familiares cuidadores das PCTM acometidos pelo uso nocivo/arriscado de SPA têm suas vidas marcadas por sentimentos que variam entre a impotência na produção de cuidado no cenário eivado pelo estigma e reações como a vergonha, o medo, a tristeza e a decepção.

Além do mais, as famílias têm suas atribuições direcionadas ao apoio e motivação aos seus entes, no sentido de incentivá-los a modificar a condição em que se encontram, ou seja, do ciclo vital do consumo de SPA, bem como de fortalecer a inclusão e/ou permanência deles no tratamento.

Na visão dos profissionais do serviço foi visualizado, por vezes, o questionamento quanto a funcionalidade da atuação familiar no provimento de cuidado, oscilando entre considerar as famílias enquanto de suma importância no tratamento; e ao mesmo tempo afirmando que essas famílias são tidas como um impasse ao tratamento da pessoa que faz uso de SPA, por muitas vezes facilitarem a entrada de drogas no serviço.

No entanto, em traços gerais, houve bastante avanço na política pública brasileira de álcool e outras drogas, principalmente progressos quanto a compreender essa questão como de saúde pública e não mais enquanto questão mera e exclusivamente de polícia. A atenção à saúde de pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA encontra -se bem delineada com a concepção de atenção comunitária, firmada na redução de danos, mas ainda se constitui em um grande desafio, principalmente quanto a atenção as famílias.

Deste modo, foi percebido que apesar do modelo de atenção à saúde mental, estar diretamente ligado a construção da cidadania, ampliação dos espaços sociais e, portanto, autonomia dos sujeitos, ainda há no SHRAD práticas que criam barreiras quanto a esses pressupostos, sendo recomendado: ações mais articuladas entre a equipe do SHRAD com a rede sócio assistencial, uma aproximação do serviço à realidade da PCTM, investimentos em capacitações profissionais, visto que novas demandas são impostas aos profissionais que necessitam traçar novas estratégias de forma a suprir as necessidades do público atendido e na inclusão de abordagens aos familiares cuidadores.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, Ed. UNICAMP, 2003.

BANDEIRA, M. **Escalade avaliação das sobrecargas familiares** (FBIS-BR). Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/lapsam/sobrecarga_familiar.php Acesso em 10 de dezembro de 2013.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DRAIBE, Sônia Miriam. **O Welfare State no Brasil: características e perspectivas**. Caderno de pesquisa, nº 8. NEPP/UNICAMP, 1993.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FERREIRA, Rosário de Maria Costa; CRUS, José Ferreira da; MATIAS, Mariana Lopez. **Manual sobre perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas**. Departamento de Gestão do SUAS/SNAS/MDS, 2012.

FIORE, Maurício. **O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas**. Novos estudos. São Paulo, CEABRAP 92, março de 2012. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010133002012000100002> Acesso em: 6 de fevereiro de 2014.

GAMA, A S. **Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil**. São Paulo: Cortez, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectivas, 1992.

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Martin Claret. São Paulo: Sumaré, 2006.

MEDEIROS, Katruccy Tenório (et al). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.** vol.18 no.2 Maringá Apr./June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. A. B. (org.). **Família contemporânea e saúde:** significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 51 – 66.

PAYÁ, R; FLIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. p. 339-358. In: FLIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, P. A.P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de.; LEAL, M. C. (org). **Política Social, família e juventude:** uma questão de direitos. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 25 – 42.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 2º ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais,** Volume II: perspectivas para o serviço social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. P.183-205.

_____. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade** N°71 ano XXIII Especial 2002. São Paulo: Cortez, 2002. p.138-161.

ROSA, Lúcia C. dos S.; LIMA, Rita de C. C. Relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). In: BUHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Diniz Bezerra (orgs.). **Recursos e estratégias do cuidado**. Curso de Atualização em Álcool e outras drogas, da coerção à coesão. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/ UFSC, 2014. p. 39 – 66.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, Jun 2013, no.114, p.311-331.

SANTOS, Wanderley G. dos. (1979). **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Editora Campos, Rio de Janeiro.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lucia Cristina dos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.17, n.2, 2014.

TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno. In: TELLES, V.S. **Direitos sociais**: afinal do que se trata. Belo Horizonte: UFMG

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CONSUMO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DESAFIOS ENFRENTADOS

*Christina Mayra De Castro Nunes Silva
Lucia Cristina Dos Santos Rosa⁴⁵*

Este artigo tem como objetivo analisar como as famílias compreendem as **dificuldades** que perpassam sua vivência com os consumidores de SPA. Compreendendo que, nos dias atuais, o consumo de substâncias psicoativas está se tornando uma grande preocupação para a sociedade, principalmente quando se torna abusivo e/ou a substância é considerada ilícita. Famílias de todas as classes sociais vivenciam a experiência de membros que consomem essas substâncias, modificando, em determinados casos, a dinâmica e as relações familiares.

O interesse em realizar este estudo surgiu através da atual experiência profissional da pesquisadora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família e psicóloga do Centro de Referência

⁴⁵ Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

de Assistência Social – CRAS no mesmo território de um bairro de periferia da cidade de Teresina-PI, bem como moradora do bairro há 20 anos. Em ambos os campos de atuação é muito frequente o acompanhamento de familiares de usuários de substâncias psicoativas que enfrentam problemas e situações de sofrimento relacionado a esse consumo. Contudo, observou-se o parco investimento acadêmico e no contexto assistencial também, para conhecimento das dinâmicas familiares interativas no contexto de consumo nocivo de SPA.

Diante da realidade evidenciada observou-se a importância de incluir as famílias no plano de cuidados voltado para os usuários dessas substâncias, bem como a pertinência de analisar suas concepções e dificuldades vivenciadas. Para isso, é importante compreender o que as famílias consideram como problemático nesse contexto e quais as dificuldades que destacam como imperativas no sentido de buscar soluções para o que eles consideram desafiante nesse cenário.

Ao se constatar o parco investimento de estudos no grupo familiar, optou-se por um estudo exploratório com base em pesquisa qualitativa. A pesquisa de campo, como afirma Gonsalves (2003), pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada.

Foi utilizado como instrumento de construção de informações o roteiro de entrevista estruturada, contendo as principais questões envolvendo o objeto de estudo, que foi aplicado de maneira padronizada aos familiares. As entrevistas, autorizadas pelos participantes, foram gravadas e transcritas na íntegra em aparelhos digitais.

A técnica para tratar os dados foi a análise de conteúdo que, segundo Minayo (2008), tem a mesma lógica das metodologias quantitativas, já que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. A análise temática constituiu no principal método, em que foram destacados núcleos de sentido em torno das dificuldades e com o consumo nocivo de SPA.

O estudo foi desenvolvido a partir do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Norte I, sendo esta a unidade de apoio da pesquisa. Os CRAS são dispositivos públicos que ofertam serviços

para famílias em situação de vulnerabilidade social. Esse trabalho é realizado pela equipe técnica que, no caso de Teresina, é formada por psicólogos e assistentes sociais, que realizam ações através do trabalho social com famílias, buscando o enfrentamento dessas situações de vulnerabilidade, incluindo a fragilização de vínculos familiares em consequência do consumo abusivo de drogas.

A cidade de Teresina possui 17 CRAS, sendo o CRAS Norte I localizado no bairro Santa Maria da Codipi e responsável por todo o território deste bairro. Situa-se em uma região periférica da zona norte da capital, constituída por um contingente considerável de famílias em situação de vulnerabilidade social.

O período de realização das entrevistas foi de 09 a 23 de setembro de 2015, algumas realizadas no CRAS Norte I e outras na residência da família, de acordo com a preferência do entrevistado.

Os participantes da pesquisa foram os familiares de consumidores abusivos de drogas incluídos no acompanhamento do CRAS Norte I, cuja psicóloga que compõe a equipe técnica é a própria pesquisadora deste trabalho. O universo da pesquisa totalizou 15 (quinze) sujeitos cuja família possui membros que consomem droga de forma abusiva. Para recrutamento dos participantes, a pesquisadora se apoiou no contato e vínculo estabelecidos com as famílias através dos grupos realizados.

Os critérios para inclusão dos familiares que participaram foram os seguintes: a) aceitar participar da pesquisa; b) ser maior de 18 anos; c) ser a pessoa responsável direta pelo cuidado do(s) membro(s) que faz(em) consumo abusivo de drogas há mais de 1 (um) ano; d) estar incluído no acompanhamento do CRAS Norte I.

Do universo de 15 sujeitos, foi selecionada uma amostra de 09 participantes familiares de consumidores abusivos de SPA, de acordo com os critérios de inclusão. Dos 06 usuários do serviço excluídos da pesquisa, 02 deles não moram na mesma residência dos usuários de SPA e não são cuidadores dos mesmos; 01 assumiu a função de cuidadora há menos de um ano; 02 mudaram de endereço e por isso não estão mais no acompanhamento PAIF do CRAS Norte I; e 01 faleceu e o usuário está morando sozinho.

Foi enviado à Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social – SEMTCAS um ofício solicitando a autorização

institucional para a coleta de dados, já que para isso é necessário o acesso ao CRAS Norte I e aos usuários envolvidos na pesquisa. Além disso, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SEMTCAS e para a Plataforma Brasil via CEP-UFPI, recebendo o CAEE nº 44795615.9.0000.5214.

Apenas participaram da pesquisa os indivíduos que, após serem informados sobre os procedimentos do estudo e cientes dos benefícios do mesmo, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, elaborado (de acordo com os princípios éticos, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde) e também assinado pela pesquisadora.

Com este estudo, espera-se contribuir para uma melhor atuação profissional da pesquisadora, bem como de outros profissionais que lidam com o tema, no sentido de produzir informações estratégicas para compreender a dinâmica familiar nas situações de uso abusivo de SPA e a partir dessa compreensão estabelecer estratégias de intervenção eficazes para esses usuários e suas famílias, numa perspectiva de construção conjunta das ações.

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

A família é um grupo social e histórico dinâmico, que se altera segundo as condições estruturais e conjunturais de cada sociedade. Segundo Bruschini (1989), é um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções: ela é um conjunto heterogêneo de seres com sua própria individualidade e personalidade. Para a autora as famílias se constituem em arenas de afetos, negociações e conflitos mediados por questões de gênero/sexo, idade/intergeracional e posições/hierarquias ocupadas nas relações familiares. É uma instituição que passa por intensas transformações, pois influencia e é influenciada pelo que ocorre em seu entorno.

Atualmente, os estudiosos abordam a família no plural, haja vista as diferentes configurações e relações que se estabelecem entre seus membros. Deve-se, ainda, ter um olhar voltado para as

relações afetivas que permeiam essas famílias, cujas configurações estruturais apresentam-se das mais diversas formas.

Assim, os laços afetivos são extremamente importantes na construção do indivíduo, pois através deles se estabelecem o diálogo e o sistema de trocas, a possibilidade de fazer acordos fundamentais para a proteção dos indivíduos, provendo a proteção do ser enquanto cidadão, com direitos e deveres. Dessa problemática que permeia os estudos sobre famílias, pode-se colocar a questão do uso e abuso de substâncias psicoativas, que tende a afetar a família como um todo (SAMPALIO, 2015).

Rosa (2010) cita alguns eventos ocorridos nas famílias que são imprevisíveis, não esperados no desenho planejado para e pela família moderna, para seus integrantes, como: mortes acidentais, por exemplo, no trânsito, assassinatos, suicídio, prisões, violências físicas, psíquicas e sexuais, e dentre tantos outros, problemas decorrentes do uso de SPA. A autora afirma que, na maioria dos casos, quando os problemas decorrentes do uso dessas substâncias se agravam, seu impacto afeta todos os membros das famílias, que tendem a enfrentar uma situação de crise interna, até que o evento seja incorporado como parte das questões a serem enfrentadas pelo grupo. Entretanto, repercute de maneira diferente entre os seus integrantes.

O consumo arriscado de drogas tornou-se algo muito comum em nosso cotidiano. De Paula (2013) salienta que são raras as famílias poupadas de um encontro com os que têm esse problema (que na saúde é tratado no rol dos transtornos mentais). Para o autor, o sofrimento mental de uma pessoa afeta os seus arredores, com consequências que extrapolam o sujeito em si e atinge aqueles que o rodeiam causando sofrimento a todos diante do qual são empreendidas estratégias nos planos individual, relacional, cultural, material para manejar a situação cotidianamente.

Ao descobrirem o envolvimento de seus filhos com problemas decorrentes do uso de SPA, questionamentos mais intensos comandam o dia a dia dos pais, instados por indagações tais como: Por que isto foi acontecer comigo? Onde foi que eu errei? Como encarar meus vizinhos? O que dizer para meus amigos? Surpresa, desorientação, decepção, vergonha, culpa, medo do que há por vir,

impotência, desamparo, são sentimentos que tendem a predominar na dinâmica familiar da maioria dos grupos (ROSA, 2010).

Uma pessoa não começa a usar SPA ou abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada. Cada vez mais, pesquisas e estudos mostram que compreender o uso abusivo de drogas é algo complexo, pois é fruto de uma multiplicidade de fatores. Se por um lado a pessoa não nasce predestinada a usar drogas, também não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo de traficantes (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Dessa forma, De Paula (2013) considera que, se o consumo de SPA pode afetar o sujeito porque circularmente afeta as diversas áreas da sua vida, e a produção do seu cuidado não deveria ser alheio a tais impactos e relações. Entre tais relações estão, como diz o autor, as famílias, sobre as quais recaem grande parte da responsabilidade do cuidado, uma vez que ela no Brasil, é a principal provedora de proteção social junto com o Estado e, por isso, torna-se também alvo das intervenções na área de saúde. Rêgo (2009) reforça que as estratégias familiares, em grupo ou individuais, incluem uma retificação subjetiva, ao propiciarem a interrogação dos imperativos de suas funções: a exigência de ter que cumprir o seu projeto de pai, de mãe e a exigência de que os filhos respondam desde o lugar que lhes foi acenado, exigência que se acirra quando se deparam com o uso de drogas dos filhos.

De fato, a família é considerada cuidadora “natural”, porém, na maioria dos casos, existe um membro da família que se responsabiliza pelo acompanhamento e pelos cuidados diretos e intensivos ao usuário e que, por isso, recebe toda ou maior parte da carga de sofrimento e estresse causados pelo consumo abusivo desse membro da família e intermediação deste com os serviços de saúde, constituindo-se como porta voz do grupo no espaço público.

O cuidador familiar é a pessoa que, por vínculos parentais, assume a responsabilidade e disponibilidade de oferecer cuidados necessários a um familiar doente e/ou dependente, muitas vezes expondo-se a riscos de comprometimento de sua própria saúde em benefício do doente. É a pessoa que, por vínculos parentais, assume a responsabilidade. Para melhor compreender quem é o cuidador familiar, faz-se necessário aprofundar o entendimento do que é família,

pois o cuidador familiar não possui apenas laços consanguíneos, mas principalmente vínculos emocionais (BICALHO et al, 2008).

A atenção e suporte psicossocial ao cuidador familiar torna-se, para Rosa (2003) fundamental, pois além de ser um evento inesperado para o cuidador familiar, conseqüentemente, não estando incluído no repertório cultural de respostas dos grupos familiares, ninguém está preparado para prover cuidado neste cenário. Mesmo assim, como discute a mesma autora, as famílias produzem este cuidado no “ensaio e erro”, construindo estratégias de enfrentamento.

Mas, como o cuidador familiar é um leigo, em muitas situações, tem dificuldades de reconhecer que chegou ao seu limite. O cuidador pode chegar à exaustão, alguns podendo desenvolver transtornos mentais, tais como depressão e ansiedade, adoecendo também e igualmente demandando cuidados.

A temática do uso de SPA é, portanto, polêmica e complexa, e carece de discussões para além do que possa ser considerado como lícito ou ilícito. São grandes os esforços atuais em busca da compreensão deste fenômeno, independentemente das diversas formas sob as quais possamos tentar entender a questão – quer seja ela um subterfúgio às necessidades materiais ou afetivas, ou produto de consumo em um mundo caracterizado por relações cada vez mais fugazes, provisórias e fluídas (DE PAULA, 2013).

Assim, é preciso resgatar o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos de vida, identificando como as famílias existem, quem são, como pensam e enfrentam as adversidades da vida, como são compostas, como funcionam, que papéis desempenham, quais são as forças que os grupos familiares constituíram ao longo da sua trajetória para co-construir o cuidado às famílias, reconhecendo-as, respeitando sua autonomia e favorecendo a resolução dos seus problemas (OHARA, 2008).

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE SPA

O objetivo deste capítulo é apresentar a análise e interpretação das informações obtidas e construídas a partir do trabalho de

campo. Utilizou-se como instrumento de trabalho a análise de conteúdo, através da análise temática, pela qual buscou-se os sentidos das dificuldades perpassadas por familiares cuidadores em contexto de consumo nocivo de SPA. Inicia-se a apresentação dos resultados pelo perfil sociodemográfico dos participantes, seguidos das dificuldades.

As mudanças nas configurações e relações familiares ao longo do tempo e suas nuances provocaram a necessidade de dar maior visibilidade constitutiva dessa realidade, que impacta a produção do cuidado bem como as concepções, dificuldades e estratégias construídas por familiares cuidadores.

Segundo Gomes (2005), diversas modificações ocorridas desde a década de 50, mas intensificadas nas duas últimas décadas, no plano socioeconômico-culturais, pautadas no processo de globalização da economia capitalista, vêm interferindo na dinâmica e estrutura familiar e possibilitando alterações em seu padrão tradicional de organização. Na visão do autor não se pode falar de família, mas de famílias, para que se possa tentar contemplar a diversidade de desenhos e relações familiares que coexistem na sociedade. No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa. Pode-se considerar a família um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções, mediatizadas por diferenças de sexo, idades e hierarquias, envolvendo relações de solidariedade e tensões/conflitos, negociações, como explicita Bruschini (1989).

Quando na família há uma pessoa com uso nocivo de substâncias psicoativas, comumente, há um familiar cuidador que se destaca no acompanhamento diante dos serviços, geralmente uma mulher, no geral a mãe (ROSA, 2003), como será visto a seguir, a principal informante dessa pesquisa.

Na presença da toxicomania, toda a estrutura familiar pode estar abalada, porém, os familiares sofrem graus variados de aproximação e de distanciamento, frente aos impactos negativos desse comportamento. Comumente, na família, um membro assume o papel de cuidador, sendo esse a pessoa mais diretamente ligada ao cuidado e/ou afetivamente ao dependente de drogas (MARCON *et al*, 2012).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, de um total de 09 entrevistados, todas são do sexo feminino. Em relação ao parentesco entre consumidores e cuidadores, a maioria das participantes cuidadoras é a mãe biológica ou assume o papel de mãe.

Segundo ROSA (2003), recai sobre a mulher, comumente sobre a mãe, a maior parcela de responsabilidade familiar pela produção do cuidado das pessoas consideradas enfermas na família, em função da divisão sexual do trabalho, instituída a partir do início da sociedade moderna, fazer recair sobre esse segmento a organização doméstica e os cuidados da prole. A mulher historicamente constituiu-se como a principal agente socializadora dos filhos e mediadora nas relações entre estes e o marido-pai. E, como tal, passa culturalmente a assumir o ônus pelos possíveis “desvios” de conduta dos filhos e, todos os encargos relacionados à produção do cuidado, inclusive ser a porta voz do grupo junto às instituições sociais extra grupo familiar.

O consumo de substâncias psicoativas, ao se tornar abusivo, causa modificações negativas na dinâmica familiar. Quando os vínculos familiares já estão fragilizados, como é o caso da maioria das famílias em situação de pobreza e/ou outras vulnerabilidades sociais, esse contexto pode se agravar ainda mais.

No Brasil, o histórico processo de exclusão e desigualdades sociais vem se aprofundando face à fragilidade do compromisso das políticas públicas com o processo democrático e a qualidade do desenvolvimento humano e da cidadania. O resultado desta situação é o grande contingente de famílias que vivem hoje na periferia das grandes cidades, em estado extremo de pobreza, sem ter os seus direitos sociais básicos assegurados. Suas experiências de vida são pouco valorizadas e reconhecidas no universo urbano, provocando, assim, sua perda da identidade e da autoestima. Fragilizadas, em alguns casos, elas externalizam seu descontentamento através da depressão, agressividade, insubmissão e desconfiança nas soluções vigentes, tornando-se frequente o **consumo abusivo** de SPA como estratégia de **fuga** diante dessa realidade (SCHNORREBERGER, 2003).

A descoberta do uso de SPA no seio familiar muitas vezes é camuflada pela negação em acreditar, por isso o familiar só

descobre (ou só acredita) que um membro da família está fazendo uso quando o consumo já se tornou abusivo e o usuário já está demonstrando sinais de adoecimento, comportamentos diferentes do habitual (inquietação, furtos, etc.) ou agressividade no ambiente familiar.

Minha fia pra falar a verdade, eu nunca descubri isso aí, porque eu nunca vi, né? Nunca vi ele fumando, sempre era as pessoa que dizia, povo sempre diz que a última que sabe é os de casa.(...) Agora de certo tempo pra cá foi esse tempo... que eu tirei ele, né? Mas quando eu tirei ele ele já tava pra fundo...que foi o tempo que vim olhar com meus olho, vi com meus olho. (ENTREVISTADO 5)

Devido a essa negação, na maioria dos casos, o(a) cuidador(a) só descobre ou aceita a situação depois que todos ao seu redor (familiares, vizinhos, etc.) já têm conhecimento da situação. Isso acontece principalmente quando o cuidador é a mãe, que se dedicou ao filho durante todo o desenvolvimento do mesmo, criando expectativas futuras positivas em relação a ele e, por isso, ela tem dificuldade de perceber que essas expectativas não estão sendo alcançadas.

Aí a partir desse momento foi que eu descobri, porque **os outros sabiam**, mas nunca tinham me dito, né? (ENTREVISTADA 1)

Mãe é a última a saber. (ENTREVISTADA 2)

O gênero do cuidador é apontado por Albuquerque e Marina (2010) como um fator que pode interferir no grau de **sobrecarga**. Tradicionalmente, cuidar dos indivíduos que possuem alguma incapacidade, principalmente daqueles que fazem parte do círculo familiar, tem sido uma responsabilidade das mulheres. Os autores afirmam também que a literatura aponta a maioria dos cuidadores sendo composta por mulheres, especialmente mães de usuários.

...é mas eu **to fazendo minha obrigação de mãe**, ou que ele queira ou que não queira...eu to fazendo minha obrigação de mãe, um dia Deus vai olhar o que eu to fazendo e Deus

num vai dizer assim: aconteceu alguma coisa e ela num fez nada por ele... (ENTREVISTADA 5)

O uso abusivo de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Se por um lado a pessoa não nasce predestinada a usar drogas, também não as usa apenas por influência de amigos ou mesmo de traficantes. Neste sentido, é que se considera **r** o estudo sobre fatores de risco e proteção (ROSA, 2010).

A descoberta tardia em relação ao consumo abusivo de drogas no seio familiar pode ser justificada pelo fato de que os familiares só consideram que o consumo por um membro da família passa a ser arriscado, quando já está trazendo prejuízos, não só para o usuário, mas para os que convivem com a questão. Assim, a ideia é que só consideram os riscos à integridade física dos próprios usuários, deles mesmos cuidadores ou de outros familiares quando esses prejuízos se refletem no contexto familiar.

Vale lembrar que é comum o rebaixamento no julgamento crítico do consumidor, acerca de seu próprio padrão de consumo e também, ainda não há difusão massiva das escalas de rastreamento, um processo que poderia ser simplificado, ajudando a autoavaliação de cada consumidor e também os familiares.

Ao serem questionadas sobre quando perceberam que o consumo de droga do usuário se tornou arriscado, foram obtidas as seguintes respostas:

Foi quando ele **começou a ficar agressivo dentro de casa**. Ele jurava de me matar...que ele chegava, quando eu reclamava ele dizia: ainda vou lhe dar um tiro bem no meio da sua testa. (ENTREVISTADA 4)

Quando ele **começou a pegar as coisas**, né? Porque ele trabalhava, né? Trabalhava direitinho, comprava as coisa dele direitinho pra dentro de casa, assumia a responsabilidade. Mas, quando eu vi que ele **já tava pegando as coisa, num tava mais trabalhando**, né? É a hora que tava prejudicando, né? Ficava doente, dava agonia, no trabalho, eu num sabia o que era que tava acontecendo,... (ENTREVISTADA 5)

Foi...a primeira vez que tava fazendo mal a ele que eu vi...foi um dia ele tava **durmindo no mei fio** assim sentado mermo

e uma pessoa chegou e acordou ele pra ele sair do meio fio, né?...**do meio da calçada**, pra botar na rede pra dormir bêbado. Aí **quando ele se acordou saiu correndo atrás de tomo mundo** e chegou dentro de casa derrubando pedra, derrubando ventilador, derrubando tudo. Quando ele faz assim um transtorno dentro de casa ele puxa a geladeira, ele joga é as coisa maior que tem assim. Aí **dali eu comecei a ver que aquilo dali num tava uma coisa normal não**, num é? (ENTREVISTADA 6).

A família, de acordo com Gomes (2005), faz parte do universo de experiências (real e/ou simbólica) dos indivíduos no decorrer de suas vidas, do qual todos têm algo a dizer. Esta proximidade com a realidade defronta as pessoas com suas próprias questões familiares; toca em assuntos próximos à experiência pessoal de cada indivíduo e, por isso, são assuntos cheios de significados afetivos, além dos cognitivos e circunstanciais. O autor afirma que família remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, amor, ódio, enfim, um significado único para cada indivíduo, que, por sua vez, está inserido no seu meio ambiente, integrando a cultura e o grupo social a que pertence, o que leva a se estudar a família de modo contextualizado, considerando a subjetividade de cada ser.

Neste sentido, observa-se pelos depoimentos dos participantes que há um padrão de normalidade, uma certa regularidade previsível no modo de ser e se comportar da pessoa que o familiar cuidador acompanha. Pela observação e conduta da pessoa, avaliam alterações que se tornaram perceptíveis de que algo de novo estaria ocorrendo, destacando-se na fala dos entrevistados a agressividade; furtos dentro de casa, dormir no meio fio.

Logo, a primeira dificuldade é na identificação do que efetivamente está ocorrendo a partir da mudança de comportamento do consumidor de SPA. O cuidador familiar se vê frente a novos elementos comportamentais que impõem outro olhar, na avaliação da rotina do consumidor e sinalizam para processos prejudiciais a si mesmo, mas que muitas vezes não são compreendidos como tal.

A família, principalmente o familiar cuidador, é afetada por muitas questões que de alguma forma podem influenciar suas relações. Foi identificado nas falas dos entrevistados que as

dificuldades mais frequentes enfrentadas pelos familiares são: as sobrecargas objetivas e subjetivas, os conflitos familiares (vínculos fragilizados) e a agressividade/violência dos usuários.

Albuquerque e Bandeira (2010) trazem o conceito de sobrecarga se referindo ao impacto negativo que o papel de cuidador ocasiona em diversas dimensões da vida familiar, tais como: trabalho, lazer, rotina diária, saúde, aspecto financeiro e vida social. Envolve tanto consequências concretas quanto emocionais e, por isso, este conceito foi diferenciado em duas dimensões: o aspecto objetivo e o subjetivo. A sobrecarga objetiva, segundo os autores, se refere às consequências negativas concretas e observáveis resultantes do papel de cuidador e inclui: a frequência de tarefas cotidianas para cuidar dos pacientes e supervisionar seus comportamentos problemáticos, as interrupções na vida social e profissional dos cuidadores e as perdas financeiras. Por outro lado, a sobrecarga subjetiva se refere à percepção e reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador, incluindo o sentimento de incômodo com as tarefas de cuidado e com as mudanças permanentes em sua vida social e profissional, o sentimento de peso financeiro e as preocupações presentes e futuras com o paciente.

Nas falas das entrevistadas foram identificadas tanto a sobrecarga objetiva, quanto subjetiva. As entrevistadas demonstraram sentimentos negativos, exprimindo as reações emocionais negativas desencadeadas por essa sobrecarga subjetiva que elas sofrem.

Dentre essas reações emocionais negativas, algumas demonstraram tristeza, aflição:

Eu fiquei triste, né, como toda mãe. (ENTREVISTADA 2)

Aí ele fica ali, depois ele começa a chorar, ele chora...aí
mia fia é uma dor no coração duma mãe ver..dor mia fia!
(ENTREVISTADA 3)

...outras demonstraram sentimento de desesperança ou desespero diante da situação:

Eu me acabei...assim...num me acabava de vez mas eu...
pensei de tirar até minha própria vida por causa desse

desgosto, né? Desgosto assim, né, porque tudo que a gente fez ele jogou de água abaixo. Nada o G. resgatou pra ele. (ENTREVISTADA 2)

...a maioria delas exprimiu em suas falas sentimento de decepção, sofrimento diante do consumo abusivo de drogas ou das consequências desse consumo:

Muita coisa, muita coisa, muito desgosto na minha vida! Eu não vo mentir, eu tenho desgosto na minha vida, logo eu lutei mais o pai deles pra criar tudim, eu não...nunca eu pensei que eu fosse passar o que eu to passando por isso. (ENTREVISTADA 4)

A maioria das pessoa tão sofrendo, as mãe de família, as mulher tão sofrendo com os marido dela, separação de marido por causa da droga né? Quantos filho num já foi morto nesse negócio de droga...eu já tive um filho morto envolvido com droga. Meu fi bem novim, cuidado, dezesseis ano...quinze ano...se envolveu cum traficantizão pirigoso, ele foi preso aí entregou a responsabilidade pro meu filho, um minino que num sabia nem o que era que significava, né? (ENTREVISTADA 5)

Também muito comum nos depoimentos foi o sentimento de preocupação em relação à segurança, integridade física do usuário, principalmente cuidadoras mães que temem a morte dos filhos, devido às situações de violência e risco de vida a que estão expostos.

Eu digo assim dona Christina porque pode um momento chamar ele e levar pro cheiro do queijo e aonde é que eu fico? Fico assim porque só tenho ele. Aí pra Deus me dá um conforto desse vai ser difícil né!? (...) E também por causa do medo dele tá lá fora e alguém... ele for fazer algum assalto e alguma pessoa matar ele. (ENTREVISTADA 2)

Eu cuidava, eu tinha aquela correria de ter aquele cuidado pra ver se eu chegava antes de acontecer um perigo com ele, né? (ENTREVISTADA 5)

Quanto à sobrecarga objetiva, observou-se relatos de adoecimento, ou seja, prejuízos na saúde física dessas cuidadoras pela intensa carga de estresse que enfrentam cotidianamente, além das perdas financeiras provocadas pelo consumo abusivo de SPA por parte de um ou mais membros da família.

A gente também se prejudica, fica nervosa, passa sono do mesmo jeito dele, termina ficando hipertensa também, né? É, a gente sente um bucado de consequência. (ENTREVISTADA 5)

...chegava aqui se eu tivesse uma coisa ele levava, um dia ele levou uma cadeira dessa aí, eu nem vi minha fia, ele levou pra vender...então eu achava que ele tava precisando de ajuda, já tava doente, tava doente, né? (ENTREVISTADA 5)

Outra dificuldade bastante relatada pelos cuidadores foi a fragilização dos vínculos familiares, ou seja, os conflitos frequentes que ocorrem no ambiente familiar.

O estabelecimento de vínculos é próprio do ser humano, e a família, como grupo primário, é o lócus para a concretização desta experiência. A confiança que o indivíduo tem de que pode estar no mundo e estar bem entre os outros lhe é transmitida pela sua aceitação dentro do grupo familiar. O sentir-se pertencente a um grupo, no caso, à família, possibilita-lhe no decorrer de sua vida pertencer a outros grupos. Para a família pobre, marcada pela fome e pela miséria, a casa representa um espaço de privação, de instabilidade, de conflitos e de fragilização dos laços afetivos e de solidariedade (GOMES, 2005).

Bicalho et al (2008) afirmam que os conflitos familiares advêm de situações como: problemas de relacionamentos entre “pacientes” e familiares e também das dificuldades em aceitar os problemas que estão vivenciando.

Um dos conflitos vivenciados e identificados nas falas é a não aceitação de um dos membros da família de convivência com o familiar usuário de SPA:

É porque...É o seguinte... **o meu marido ele não aceita totalmente** a convivência dele querer ficar lá em casa(...) E nesse caso eu fico entre a cruz e a espada. Eu fico pelo meu

irmão e pelo meu marido. Eu não posso abandonar ele, né!?
(ENTREVISTADA 1)

É um confronto entre pai e fi, entre todo mundo...é um confronto...porque eu não vo ver eles se matando pra mim num entrar, os fi num vai ver...então é um confronto entre uma família. (ENTREVISTADA 4)

Os conflitos familiares são eminentes quando a família vivencia a situação de convivência com um familiar doente, pois surgem diferenças quanto à disponibilidade para o cuidado, bem como interesse e aptidão para o mesmo (BICALHO *et al*, 2008).

Foi evidenciado também como conflito familiar a dificuldade do cuidador principal no compartilhar esse cuidado com os outros membros da família, principalmente a esposa que cria expectativa em relação ao marido como cuidador da família.

A dificuldade assim, porque, da parte do meu marido eu sinto dificuldade porque ele não me apoia, não me ajuda. Não me ajuda assim, moralmente, dizer o que é que eu tenho que fazer...essas coisa...aí eu me sinto em dificuldade.
(ENTREVISTADA 3)

De tudo isso o que é mais difícil é o véi num aceitar a realidade, que ele devia aceitar. Ele devia aceitar, porque ele devia sentar e pensar que ele é quem é o chefe. Ele chegar a uma conclusão que ele é quem é o chefe da casa. Como é que ele é o chefe e ele faz do mermu jeito? (ENTREVISTADA 4)

Também foi identificada como dificuldade a impotência do cuidador principalmente nos momentos em que o usuário está sob efeito de droga e esta é ilícita, ou seja, o desconhecimento em saber lidar com a situação.

A minha maior dificuldade mermu é a dor que eu sinto de não puder ajudar, de não saber fazer alguma coisa pra ele deixar. É isso bem daí. Se eu subesse, acho que qualquer mãe assim se subesse fazia pra né? Aí é meu caso. Minha maior dificuldade é deu não saber assim dá né. (ENTREVISTADA 3).

Segundo Bruschini (1989), o isolamento da família nuclear moderna acentua o peso do papel da mãe na medida em que esta não conta com parentes para ajudar e o marido se encontra fora trabalhando.

Porque eu não tenho mãe, eu não tenho irmão, eu não tenho parente aqui a não ser meus fio e ele meu marido. Pra receber algum apoio de mãe, de parente, eu não tenho...eu sou sozinha aqui dentro de Teresina. (ENTREVISTADA 4).

A sobrecarga dos familiares cuidadores é ainda maior devido à falta de um apoio eficiente dos serviços de saúde mental e dos profissionais da área (ALBUQUERQUE, 2010).

A família é arena de conflitos e de afeto, em que as contradições sociais se reproduzem e podem ser alteradas, recortadas por questões de gênero, faixa etária e hierárquicas, sendo espaço de preservação da ordem social, mas também de mudanças, pois influencia e é influenciada pelo contexto histórico, sendo um grupo dinâmico que se move na história, construindo seu próprio devir histórica. (DA SILVA; DOS SANTOS ROSA, 2014)

Assim, inúmeras dificuldades foram elencadas pelos cuidadores de usuários abusivos de SPA diante desse contexto tão complexo, dinâmico e conflituoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo surgiu da experiência pessoal e profissional da pesquisadora com familiares de substâncias psicoativas. Como moradora do bairro, acompanho o sofrimento de vizinhos e outros conhecidos diante do consumo abusivo de filho(a)s, esposo(a)s e/ou outros parentes, alguns que conheço desde criança. Como enfermeira e psicóloga de serviços inseridos no bairro, recebo quase que diariamente, pessoas com algum relato de abuso de drogas no seio familiar, a maioria sendo responsável pelos cuidados dispensados ao membro consumidor abusivo, em busca de ajuda e/ou solução para o problema.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados na medida em que foi possível analisar como as famílias compreendem as dificuldades que passam sua vivência com os consumidores de SPA.

Foram identificadas como maiores dificuldades experimentadas pelos familiares: a sobrecarga objetiva e subjetiva, os conflitos familiares e a agressividade do membro usuário de SPA. Logo, mesmo se tratando de um grupo familiar em contexto de vulnerabilidades econômicas, os aspectos emocionais/subjetivos ganharam maior realce.

Com este estudo espera-se contribuir para uma melhor atuação profissional da pesquisadora, bem como de outros profissionais que lidam com o tema, no sentido de fornecer informações estratégicas para a compreensão da dinâmica familiar no contexto do uso abusivo de SPA e a partir daí estabelecer estratégias de intervenção eficazes para esses usuários e suas famílias, numa perspectiva de construção conjunta das ações.

Diante da realidade evidenciada observou-se a importância de incluir as famílias no plano de cuidados voltado para os usuários dessas substâncias, bem como a pertinência de analisar suas concepções e dificuldades vivenciadas.

E não findou nesse trabalho a minha busca por mais conhecimentos que, transformados em ações, possam minimizar a angústia dessas pessoas e, de alguma forma, trazer mais brilho no olhar dessas cuidadoras que sacrificam suas vidas por amor.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, EPT de. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos**: estudo de diferentes tipos de cuidadores. Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do São João del-Rei.[Links], 2010.

ALBUQUERQUE, EPT de; CINTRA, AM de O.; BANDEIRA, Marina. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **J bras psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 308-16, 2010.

BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina Martins. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 1957-68, 2009.

BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2008.

BRUSCHINI, M.C. Uma abordagem sociológica de família. **ABEVP**. V. 06, nº 01, jan/jul. 1989.

BRASIL. I **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Brasília : Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

DA SILVA, Ellayne Karoline Bezerra; DOS SANTOS ROSA, Lúcia Cristina. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014.

DE CASTRO, Magali S.; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Prevenção do uso de drogas: adolescência, família e escola**. 2010.

DE OLIVEIRA, Almir Almeida. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV** | Vila Velha | Número 4. 2010: 22-27.

DE PAULA, R.A. A experiência de familiares cuidadores de pessoas usuárias de pasta base de cocaína atendidas em um CAPS-ad em Mato Grosso. 2013.

FIORE, Mauricio. **Uso de drogas**: substâncias, sujeitos e eventos. Campinas, 2013.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONSALVES, EP. **Conversas sobre Iniciação à pesquisa científica**. 3. Ed. Campinas, SP: Alínea, 2003.

MARCON, Samira Reschetti et al. Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.

MINAYO, MCS (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27ªed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MOTA, LA. **Drogas e Estigmas**. 2005. Visualizado em www.neip.info

NUÑES, ME. Toxicomania e família: amor de mãe, amor de mais. In: Almeida AR, Ferreira OS, MacRae E, Nery Filho A, Tavares LA, organizadores. **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA; 2004.

OHARA, ECC; SAITO, RXS **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

RÊGO, Marlize, et al. **“Estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos.”** Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009.

ROSA, LCS. **Transtorno mental e o cuidado na família**. SP: Cortez, 2003.

ROSA, PO. Outra história do consumo de drogas na modernidade. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-172, 2014.

SAMPAIO, APS. **Determinantes familiares de risco e de proteção ao consumo nocivo de substâncias psicoativas.** 2015.

SANTOS, JAT.; OLIVEIRA MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *J Nurs Health, Pelotas (RS)* 2012 jan/jun;1(2):82-93.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKERL, M; MINAYO MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-17, 2005.

SCHNORRENBARGER, AS. et al. **A Família e a dependência química:** uma análise do contexto familiar. 2003.

VASCONCELOS, EM. **O Poder que Brota da Dor e da** Opressão - Empowerment, Sua História, Teorias e Estratégias. PAULUS, 2003.

XAVIER, HCO et al. SUAS: Desafios para a sua efetivação. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 3, n. 3, 2009.

OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS COMO FAMÍLIA(S): UM OLHAR SOB A REALIDADE DO PIAUÍ

Sâmia Luiza Coêlho da Silva⁴⁶

Lucia Cristina dos Santos Rosa⁴⁷

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, concebido pelo Ministério da Saúde como “[...] conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão [...]” (BRASIL, 2007, p. 58), teve início em meados da década de 1970, no cerne do processo de redemocratização da sociedade brasileira, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental metamorfoseado em Movimento da Luta Antimanicomial (MNLA), que lutava por melhorias nas condições de trabalho.

Ao denunciar as precárias condições de trabalho vivenciadas

⁴⁶ Assistente social formada pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Gestão Social pela Faculdade Ademar Rosado. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: samialuiza@hotmail.com

⁴⁷ Assistente social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE.

no interior do modelo manicomial, o MNLA evidencia as constantes violações de direitos humanos praticados contra as pessoas com transtornos mentais (PcTMs). Essas denúncias ganharam corpo próprio no interior do Movimento Sanitário, que postulava a saúde como direito de todos e dever do Estado, na perspectiva da ampliação dos direitos sociais. O movimento da reforma psiquiátrica ampliou essa luta pelo cuidar em liberdade, tendo por eixo de ação os direitos civis da PcTM. A Constituição Federal de 1988, ao legitimar as mudanças no modelo assistencial por meio do reconhecimento do Sistema Único de Saúde, reforça as lutas políticas na saúde mental.

Nadécada de 1990, o ideário reformista em saúde mental passou a orientar a política de saúde mental do Ministério da Saúde, por meio da reestruturação da assistência em saúde mental circunscrita pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica com um conjunto de alterações que resultou em processos de desinstitucionalização, que se dão pela desconstrução de aparatos legislativos, ideológicos, tecno-assistenciais e políticos (AMARANTE, 1996), que segregavam a pessoa com transtorno mental do convívio social e do direito de viver na cidade.

Destarte, a partir disso, ocorreram mudanças substantivas na qualidade de vida das pessoas anteriormente consideradas moradoras de hospital psiquiátrico. Esse segmento, de pessoas que precisam de assistência em saúde mental, sofreu todas as incapacitações produzidas pelo hospitalismo, ou seja, teve a vida institucional prolongada, o que as desabilitou para a vida social (SARACENO, 1999).

O cuidado em serviços abertos e comunitários tem sua gênese como mecanismo à existência dessas mudanças e se consolida com a Lei 10.216/2001 que reconhece os direitos das pessoas com transtorno mental e define os vários tipos de internação, colocando-a como último recurso a ser acionado.

Dessa forma, uma rede diversificada de serviços passa a se constituir, no horizonte da desconstrução do modelo manicomial, constituída por diversas modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), definidos por porte populacional e segmentos, Caps I, II e III, voltados para o segmento infanto-juvenil e para

consumidores de álcool e outras drogas, programas de geração de emprego e renda, cooperativas, centros de convivência, dentre outros. Tal arquitetura é reforçada pela Portaria 3.088/2011, que cria a Rede de Atenção Psicossocial⁴⁸.

No processo de desinstitucionalização, um desafio se materializa na quantidade significativa de pessoas que sofreram os efeitos do hospitalismo, da vida institucional por tempo prolongado, com significativas desabilitações para a vida fora do espaço institucional, esgarçamento ou rompimento com os vínculos familiares, tornando-se ‘moradores’ do modelo manicomial.

Com a preocupação de não se reproduzir a desassistência, como ocorreu em outros modelos reformistas em saúde mental, implementados no mundo Ocidental (AMARANTE, 2007), e na perspectiva de reparação à violação de direitos humanos, imposta a esse segmento, o artigo 5º da Lei 10.216 prevê que

[...] o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2004a, p. 18).

Em face do previsto na legislação, uma nova forma de inserção social passou a existir por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), oficializados a partir da Portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000.

Com 15 anos de implementação no Brasil, observa-se a escassez na análise dos produtos consignados a partir das experiências dos SRTs. Nesse horizonte, o presente estudo teve por questão norteadora: entre os produtos consignados pelas relações constituídas nos SRTs, das cidades de Teresina e União-PI, qual

⁴⁸ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui diversos serviços substitutivos para atender as múltiplas demandas em saúde mental que não se restringem meramente à demanda do tratamento: ambulatorios, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, cooperativas, etc. Todos esses dispositivos possuem uma lógica de operacionalizar o cuidado em saúde mental de forma diferenciada ao modelo anterior que estava restrito a uma lógica hospitalocêntrica (PASSOS; PORTUGAL, 2015, p. 93).

(quais) figura(m) a constituição de nova modalidade familiar?

Este artigo pretende trazer elementos para subsidiar a análise de um dos produtos consignados a partir das experiências dos SRTs do Piauí, na perspectiva de construção de uma nova modalidade de família, a anaparental⁴⁹.

Originalmente, este estudo é fruto da dissertação de Mestrado em Políticas Públicas construída junto ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, tendo por campo empírico os cinco SRTs do Estado do Piauí, quatro localizados em Teresina, capital, e uma situada no município de União, localizado a 54 kms da capital. Adotou-se a pesquisa qualitativa, tendo por principais técnicas a observação participante, as entrevistas semiestruturadas e a pesquisa documental. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí sob CAEE 45197315.4.0000.5214, consubstanciado no parecer nº 1.094.724, datado de 5 de junho de 2015.

O PROCESSO REFORMISTA EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DOS SRTS

A portaria GM nº 106, de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, inseriu no Sistema Único de Saúde (SUS) um novo dispositivo, os SRTs, para viabilizar os cuidados com o segmento que mais sofreu os danos do modelo manicomial, os “moradores de hospitais psiquiátricos”. Os SRTs, conforme definição do SUS, são casas localizadas no espaço urbano, destinadas à ‘reabilitação’ de pessoas com transtorno mental na comunidade, com o objetivo de reconstruir os vínculos sociais perdidos (FURTADO, 2006).

São, portanto, casas constituídas para responder às

⁴⁹ Muito embora se tenha conhecimento de que a formação de relações socioafetivas e/ou familiares não se constitua como um dos objetivos do SRT, observando-se tal relação como algo informal no contexto jurídico, todavia com a realização do estudo foi possível considerar a necessidade de reconhecimento dos processos sociais que envolvem qualitativamente os sujeitos que fazem parte desses dispositivos, além do que, com a sua publicização, pode-se contribuir posteriormente para um possível reconhecimento no âmbito formal dessas relações socioafetivas e/ou familiares, inclusive para fins sucessórios/patrimoniais.

necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas há mais de dois anos, tendo por objetivo oferecer um novo tipo de atenção para ex-internos que não contam mais com o apoio dos familiares para voltar à comunidade ou que não possuam suportes sociais suficientes para garantir condições adequadas de moradia (BRASIL, 2004b).

A implantação de SRTs, de acordo com Moreira (2007), vem ocorrendo há alguns anos, com modalidades diversas, de acordo com as distintas culturas e realidades norteadoras das políticas públicas de saúde em diferentes países.

Vasconcelos (2010) explicita alguns esquemas utilizados na criação de diferentes modalidades residenciais: (a) adaptação de casas internas ao ambiente hospitalar com a criação de espaços privados nas acomodações antigas; (b) reinserção comunitária por meio de habitação em famílias adotivas; (c) casas coletivas montadas na comunidade; (d) serviços integrados a um serviço aberto; (e) comunidades terapêuticas e outros esquemas individuais no mercado público e privado de moradias. O autor registra, assim, diferentes tipos de moradia que receberam várias denominações, organizadas diversificadamente como estruturas individuais e coletivas, quartos de hotéis e pensões, famílias substitutivas, ‘rearranjo’ na família de origem, dentre tantas outras possibilidades.

Segundo Moreira (2007), essas modalidades de moradia também variam quanto ao modo de acompanhamento dessa população, que ocorre desde a continuidade da assistência permanente (24 horas) até a ausência completa de qualquer supervisão direta de profissionais em saúde mental. Contudo, é importante destacar que:

[...] esses SRTs não devem se configurar em mais um serviço de saúde (ainda que denominados ‘terapêuticos’), mas concebidos como espaços de morar/habitar, uma vez que já existem as ações assistenciais de saúde, implantadas pelo município, para uso e referência desses moradores assim como o restante da população. Ressalta-se, assim, que a questão central é o viver na cidade ou conquistar o exercício cidadão, necessitando para tal um espaço habitacional próprio, que se configure como um lar e não um local de tratamento. (BRASIL, 2004, p. 7).

No Brasil, no início da década de 1990, experiências das cidades de Campinas (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS) demonstraram a necessidade de iniciativas, como criação de moradias, no processo de reinserção das PcTMs na comunidade. Essas experiências pressionaram uma regulamentação, que ocorreu a partir da publicação da Portaria 106/2000, que introduz as residências terapêuticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

De acordo com a Portaria nº 3.090/2011, em seu artigo 2º, parágrafos primeiro e segundo, são estabelecidas duas modalidades de Serviço Residencial Terapêutico:

§ 1º São definidos como SRTs tipo I moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização. Esta modalidade de moradia deve acolher até 08 (oito) moradores.

§ 2º São definidos como SRTs tipo II as modalidades de moradia destinadas àquelas pessoas com transtornos mentais em acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos. Este tipo de SRT deve acolher até 10 (dez) moradores e contar com equipe mínima descrita no anexo I a esta Portaria (BRASIL, 2011, p. 10).

Cada Residência deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em atenção psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de ‘reabilitação’ dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinserção social (BRASIL, 2004).

A criação e o funcionamento dessas Residências, segundo Moreira (2007), vêm sendo amplamente discutidos no país e as moradias implantadas há mais tempo vêm servindo de suporte para aqueles municípios que almejam inaugurar dispositivos semelhantes. Esses dispositivos, como afirma Cardoso (2007), constituem-se como um programa do Governo Federal que consiste em criar novos serviços para pessoas com transtorno mental com

longa permanência em hospitais psiquiátricos, igual ou superior a dois anos.

Comumente, os moradores dos SRTs recebem o benefício do Programa de Volta para Casa, criado pela Lei Federal 10.708/2003, que consiste em uma renda mensal de R\$ 420,00, o que permite maior contratualidade desse segmento com seu entorno social.

Os moradores são acompanhados pela equipe do CAPS, que busca atender às necessidades de cada morador. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Destarte, observa-se que, a partir da inserção das PcTM nos SRTs, torna-se possível a consumação dos três eixos propostos por Saraceno (1999) para analisar os processos de atenção psicossocial: a) o morar, que estabelece novas territorialidades e poder sobre outros e diversos espaços sociais deste segmento; b) a troca de identidade, que de estigmatizada tende a ser multiplicada, com outros elementos, como o de ser morador na cidade; parceiro em uma casa; vizinho, dentre outros; c) o produzir valores de troca valorizados socialmente, permitido a princípio pelo benefício propiciado pelo Programa de Volta para Casa.

Com esses indicadores, é possível avaliar em que direção as relações construídas sinalizam como tendência.

A avaliação é compreendida como um processo recente na saúde/saúde mental se orientando a partir de um “julgamento de valor”, conforme Furtado e Laperriere (2011, p. 19), tendo por componentes: “[...] informação, estabelecimento de critérios, julgamento e tomada de decisão”.

As informações atinentes aos SRTs remetem para processos de desinstitucionalização como desconstrução, apropriação de novos territórios em diferentes espaços, na casa, na cidade, nas relações sociais, visando construir outras identidades, para além da estigmatizada, multiplicando-as. No estabelecimento de critérios, tem-se a possibilidade de transformação do serviço residencial terapêutico em lar, e, a partir das relações construídas nesse lar, entre

peças que tinham em comum a vivência de destituição, inclusive de si mesmo no interior do modelo manicomial, a construção de relações socioafetivas, que podem se configurar em uma modalidade de família. Para Lôbo (2008), uma família, para ser considerada como tal, tem de, obrigatoriamente, possuir três características: a *afetividade*, como fundamento e finalidade, com desconsideração do móvel econômico; *estabilidade*, excluindo-se os relacionamentos casuais, episódicos ou descomprometidos, sem comunhão de vida; e *ostensibilidade*, o que pressupõe uma unidade familiar que assim se apresente publicamente.

Logo, o julgamento de valor localiza-se nas relações construídas e ressignificadas pelos e entre os moradores, no seu cotidiano de vida nos SRTs.

SRTs DO PIAUÍ: A CONSTRUÇÃO DA FAMÍLIA ANAPARENTAL

Os SRTs no Piauí se constituíram a partir de 2006, com três unidades localizadas na capital e sob gestão estadual. No mesmo ano, uma quarta residência sob gestão municipal, na cidade de União, e uma quinta, em 2012, sob gestão da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Como explicitado nos textos emanados do Ministério da Saúde, os SRTs tiveram como propósitos iniciais a constituição de espaços de moradia/habitação na perspectiva de sua configuração como um lar. Como afirma Saraceno (1999), morar não é sinônimo de habitar, pode configurar um estar, sem apropriações territoriais, enquanto no habitar acontece um empoderamento diante do entorno. No depoimento das pessoas implicadas com os SRTs base da pesquisa, esses são sinalizados como lar, no sentido de um lugar em que as relações são de acolhimento, como um espaço de circulação do afeto que edifica o cotidiano; percebendo-se a construção de uma reinserção que habilita os moradores, emancipando-os, reconfigurando suas identidades.

A residência terapêutica é uma casa inserida no meio de outras casas com livre acesso à rua, aos serviços, à sociabilidade, à convivência com vizinhos, donos de mercearia, de padaria, aos salões, ao clube que eles frequentam, fazem

hidroginástica, fazem ioga, vão ao posto de saúde quando precisam. Então é uma residência, porque eles moram, tem os hábitos deles, recebem visitas, comemoram as festas, cada um tem o cantinho deles, com seu quarto climatizado, sua cama, seu armário, sua tv, seu som... E isso é o que as pessoas comuns têm na sua residência. (COORDENADORA SRT2).

Eu convivo há muito tempo com eles, eu sinto como se fossem irmãos meus, devido o tempo, por eu gostar deles, eu gostar do trabalho, desde o início eu já me dava com eles. (CUIDADOR SRT5).

Gosto de morar aqui, adoro as meninas, adoro a dona 'F', adoro a 'M', tenho meu dinheirinho, deixei de fumar e não quero mais saber de cigarro. Todo mundo me trata bem, tenho meu banheiro, tenho minha televisão, tenho meu ventilador, tenho meu quarto arrumado, tenho minha cama arrumada, tem a gatinha parida e meus netinhos, são os cinco gatinhos. (MORADORA SRT3).

Uma das coordenadoras, ao afirmar que a residência terapêutica “[...] é uma casa inserida no meio de outras casas com livre acesso à rua, aos serviços, à sociabilidade [...]”, corrobora com as concepções de Saraceno (1999), no sentido de abordar o morar, no caso do serviço, como habitar, pois a apropriação do território se consolida à medida que existe por parte dos moradores “[...] a convivência com vizinhos, donos de mercearia, de padaria, aos salões, ao clube que eles frequentam, fazem hidroginástica, fazem ioga, vão ao posto de saúde quando precisam. Logo, é uma residência porque eles moram, têm os hábitos deles, recebem visitas, comemoram as festas, cada um tem o cantinho deles, com seu quarto climatizado, sua cama, seu armário, sua tv, seu som... e isso é o que as pessoas comum têm na sua residência [...]”. Dessa forma, a coordenadora expõe de maneira evidente a construção do empoderamento dos moradores, dando sentido à perspectiva do autor e, inclusive, apontando os rituais existentes nesse serviço, consolidados como de uma residência comum como qualquer outra, fato também percebido na extensão dos demais SRTs por meio da observação participante.

Além disso, a partir das expressões dos entrevistados, foi possível também observar as expressões dos critérios delineados por Lôbo (2008): afetividade, estabilidade e ostensibilidade, considerados pilares relevantes para o embasamento da construção de família(s).

A configuração do critério de estabilidade, por exemplo, foi observada por meio da entrevista com o cuidador do SRT5, ao mencionar que: “[...] sinto como se fossem irmãos meus, devido o tempo [...]”, tendo em vista que tal critério se baseia na durabilidade das relações e na comunhão de vida partilhada, o que foi perceptível nesse serviço, pois tal durabilidade foi apregoada em sua fala, resultando em vínculos de afeto com os moradores. O critério de estabilidade se estendeu pelos demais SRTs, tendo em vista que nove anos de convivência entre moradores, cuidadores e coordenadoras em quatro dos serviços, e quase três anos em outro, permitiu perceber que essa contribui para a construção diária de laços que os aproximam e dão sentido ao cotidiano de cada sujeito constituinte desses SRTs.

No que concerne ao critério de afetividade, o que foi notabilizado advém da fala da moradora de um dos SRTs pesquisados: “gosto de morar aqui, adoro as meninas, adoro a dona ‘F’, adoro a ‘M’, tenho meu dinheirinho, deixei de fumar e não quero mais saber de cigarro. Todo mundo me trata bem [...]”. Observa-se que o afeto se cristaliza com o que é apresentado no contexto desses SRTs diariamente, e conta com o critério da estabilidade, à medida que vai se consolidando em um processo construído a partir de uma dinâmica constante existente nesses serviços. Como assinala Lôbo (2008), o gostar é parte do estar, da companhia do outro, da construção de laços que se formam no seio cotidiano e é partindo dessa compreensão que se considera a existência de tal critério, constituído em todos os cinco SRTs de forma perceptível e contundente.

Vale ressaltar que o exposto pela moradora, em expressar “[...] tenho meu dinheirinho [...]”, remete-nos, ainda, à discussão de Goode (1970), ao enfatizar que uma unidade doméstica tem por principal característica a partilha de um orçamento, o qual demarca as trocas econômicas entre as pessoas, o que foi permitido pelo Governo Federal ao financiar os SRTs e ao proporcionar aos

moradores o benefício do Programa de Volta pra Casa, permitindo a esse segmento a reconstrução de suas identidades e da sua cidadania.

Todo mundo, quando um pede o seu 'F', quando eu estou sentindo alguma coisa, eu estou com dor de barriga, ele vai comprar remédio. A 'R' também muito boa pra mim, quando eu tava doida pra fumar, falava: "R me empresta 3,00 reais?" Ela me emprestava, mas hoje não quero fumar de jeito nenhum. (MORADORA SRT3).

Aqui existe a solidariedade, na hora que um precisa de qualquer coisa que o outro não tem, eles cedem, até mesmo a gente, quando precisa de alguma coisa que não tem e pede pra eles, vou citar um exemplo: às vezes tem um cuidador que o pagamento atrasa e precisa de 10, 15 reais, eles emprestam tranquilamente, tanto a 'E' quanto o 'Z.R.'. (CUIDADORA SRT3).

Quanto ao aspecto da ostensibilidade, que se configura pelo que é aparente, e, levando em consideração a(s) família(s) nesse contexto, nos SRTs, que se fundamenta na existência da família anaparental, a construção de família(s) nesses serviços é edificada pelos sujeitos que fazem parte desses dispositivos.

Tem uma relação aqui como se fosse uma família mesmo, né?! É como se fosse uma família... não tem imagem de hospital, é de uma casa, de uma residência, somos família! (CUIDADORA SRT2).

Eu vejo todo mundo aqui como a minha família... eu já tou acostumada aqui! Eu convivo com todos eles como se fosse da minha própria família... Eu considero todas as moradoras daqui como se fosse da minha família, como se fosse minhas irmãs, como uma mãe pra mim, como uma tia... como um parente meu! Eu tenho muita consideração e muito amor por elas. (MORADORA SRT1).

Considero o Z.R... é meu irmão, o "A", o "R", a "G"... todos, eu tenho eles como irmãos. A cuidadora "R" eu adoro, a "V", a "C", tenho elas como minhas tias! (MORADORA SRT3).

Aqui pra mim todo mundo é meus irmãos, eu gosto daqui, aqui é minha casa! Eu tenho carinho com todo mundo, gosto de todo mundo, me preocupo e quero bem de todo mundo daqui, se alguém daqui morresse eu ia sentir muita falta! (MORADOR SRT2).

Todos gostam de mim, eu gosto deles, tenho eles como família mesmo. (CUIDADOR SRT5).

Desse modo, observa-se o emprego de relações de parentesco como irmãos (as), mãe, tia para um se referir ao outro, denotando relações fraternais, vínculos afetivos. O dia a dia e as relações construídas com base **na consideração e afeto** possibilitam tornar visível a ostensibilidade dessa(s) família(s) nos SRTs, como definido por Lôbo (2008) e se materializa em meio ao convívio diário dos sujeitos junto aos conflitos, aos tensionamentos, às desigualdades, mas, também, por meio da cooperação, da solidariedade, da negociação da diferença, do amor da partilha de projetos em comum que, segundo Bruschini (1993), são elementos que coadunam na conformação de família(s), independente da consanguinidade.

A alusão relacional a parentesco e à família sinaliza para a força do grupo familiar como instituição no imaginário de todos – moradores, gestores e cuidadores –, até porque, culturalmente (DAMATTA, 1991), a família, no Brasil, teve um peso histórico significativo como esfera de proteção social, em função do restrito estado de bem-estar construído no País, criado em 1930 e pautado na cidadania ocupacional (SANTOS, 1987).

Dessa forma, pensar no anaparentalismo como um novo desenho de família(s) na contemporaneidade, a partir dos SRTs, é pensar num modelo caracterizado pela formação de ‘grupos’ que tanto podem extrapolar o modelo nuclear tradicional, pela inclusão de parentes e de agregados (ampliação extensa), quanto nem mesmo realizá-lo, como no caso de casais sem filhos, famílias nas quais um só dos cônjuges está presente, irmãos sem pais ou até mesmo a conformação de amigos, de pessoas ligadas por vínculos duradouros e pelo afeto, que decidem morar juntas, conformando suas identidades a partir das relações construídas cotidianamente entre os indivíduos que partilham uma vida em comum.

Etimologicamente falando, família anaparental significa família sem pais. Sá (2009), ao tratar do conceito de tal desenho familiar, afirma, diante das concepções de Barros (2003):

São as famílias que não mais contam com os pais, as quais por isso eu chamo famílias anaparentais, designação bastante apropriada, pois “ana” é prefixo de origem grega indicativo de “falta”, “privação”, como em “anarquia”, termo que significa falta de governo (BARROS, 2003 *apud* SÁ, 2009, p. 11).

No contexto dos SRTs do Piauí, a existência do anaparentalismo entre moradores, cuidadores e coordenadoras é uma realidade solidificada no dia a dia desses sujeitos. Tal realidade foi constatada a partir dos critérios elencados, tendo como parâmetro o estabelecimento dos critérios de que trata Lôbo (2008), partindo do referencial da conformação de família(s) como um dos resultados que sinalizam para a efetividade dos SRTs, pois, apesar da ausência de consanguinidade, o afeto – visto como elemento basilar na perspectiva da(s) família(s) contemporânea(s) e na formação dessa tipologia familiar –, a estabilidade e a ostensibilidade foram elementos que se condensaram de maneira visível nesses dispositivos, além das relações assimétricas e contraditórias, demonstrando a heterogeneidade de tal composição familiar. Nesse âmbito, ressaltam-se as concepções de Amarante e Rangel (2009, p. 13) acerca dos SRTs:

Nesta nova modalidade de habitar, em que a experiência de morar e o ato terapêutico se cruzam nas mais diversas configurações, não há uma experiência única e homogênea, mas sim a caracterização de um espaço que não é livre de contradições.

Assim, partindo de tal conotação, percebeu-se que nos SRTs do Piauí essa realidade se replica, tendo em vista que o espaço de morar/habitar como significado expresso nos depoimentos pelos moradores e demais profissionais que agregam esses serviços, identificado no afeto por meio dos laços estabelecidos, na estabilidade por meio dos vínculos duradouros e na ostensibilidade

como orgulho de apresentar as relações construídas como famílias, que se apresenta publicamente, também conforma um espaço repleto de pluralidades que, na perspectiva da(s) família(s), configura-se como algo que integra a dinâmica desse espaço, metamorfoseando-o de acordo com o contexto societário e com o cotidiano que incide na edificação constante das identidades dos sujeitos, aqui reconhecidos pelos moradores, cuidadores e coordenadoras dos SRTs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, ocorrido em meados de 1970, no Brasil, tendo por eixo a luta pelo cuidar em liberdade com foco nas pessoas com transtorno mental, trouxe consigo a implantação de serviços abertos e comunitários, dentre eles, os Serviços Residenciais Terapêuticos, objetivando o reconhecimento dos direitos de um segmento que, historicamente, carregou o peso das consequências dos efeitos do modelo manicomial, atualmente em processo de desconstrução.

Os SRTs, advindos como fruto desse movimento de reforma e da portaria GM nº 106 de fevereiro de 2000, caracterizam-se como casas destinadas a receber pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos objetivando reinseri-los no meio social.

No estado do Piauí existem cinco SRTs, das quais, inicialmente, três se consolidaram no ano de 2006 sob gestão estadual; no mesmo ano, uma, sob gestão municipal, na cidade de União, e, no ano de 2012, mais um serviço sob gerência da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Por apresentar cerca de nove anos de implantação no estado, e pela carência de investimentos avaliativos na área da saúde mental, realizou-se este estudo, defendido em 2016 como dissertação de Mestrado, para apontar elementos que subsidiem a compreensão desses dispositivos como família(s), e, no caso do trabalho em pauta, essa perspectiva foi evidenciada considerando os critérios levantados por Lôbo: a afetividade, a estabilidade e a ostensibilidade.

Vale lembrar que uma residência ou uma unidade doméstica

não necessariamente conforma relações familiares, e, no decorrer do trabalho, foi possível verificar que esses SRTs trazem essa conformação por se constituírem em espaços de vivências em comum que permitem a configuração de um lar a partir da dinâmica estabelecida no cotidiano de cada residência terapêutica, materializando, dessa forma, a existência da família anaparental como uma das resultantes consignados a partir das relações propiciadas pelos SRTs.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na Reforma Psiquiátrica. In: **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 3, n. 4, p. 10-16, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação sobre Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental** – Portaria nº 3.090/2011, Brasília, 2011.

_____. _____. SAS/ DAB. **Legislação sobre Rede de Atenção Psicossocial** – Portaria nº 3.088/ 2011, Brasília, DF, 2011.

_____. _____. **Lei Federal 10.708/2003**. Brasília, DF, 2003.

_____. _____. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem? Brasília, DF, 2004b.

_____. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: 2007.

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. DE A. (Org.). **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.

CARDOSO, I. **Residências Terapêuticas resgatam cidadania**. jun. 2007.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FURTADO, J. P; LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R. O; FURTADO, J. P. (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**: novas tendências e questões emergentes. Coleção Saúde, Cultura e Sociedade. Editora: Unicamp, 2011.

_____. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, 2006.

GOODE, W. J. **Revolução mundial e padrões de família**. São Paulo: Companhia Editora Nacional/ Universidade de São Paulo, 1970.

LÔBO, P. L. N. **Direito Civil**: Famílias. São Paulo: Saraiva, 2008.

MOREIRA, M. I. B. et. al. **Habitar a cidade**: análise de Serviços Residenciais Terapêuticos. Porto Alegre: 2007.

PASSOS, R. G; PORTUGAL, S. Breve Balanço da Política de Saúde Mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das Residências Terapêuticas. In: **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 91-1-2, jan./jun, 2015.

SÁ, H. R. **Família Anaparental**: Uma realidade ou ficção jurídica? UNIFACS, 2009.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ANÁLISE DO SERVIÇO PRESTADO PELA UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL NA CONCEPÇÃO DE FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS PELOS EGRESSOS

Marina Leite Da Silva⁵⁰

Lucia Cristina Dos Santos Rosa⁵¹

O consumo de substâncias psicoativas passa a ser controlado a partir do século XX tornando-se, no mundo Ocidental, sobretudo a partir da política norte-americana, uma questão preponderantemente da Segurança Pública. Tal perspectiva norteou a política brasileira, orientando seu direcionamento proibicionista. A partir do início do ano 2000, a perspectiva de redução de danos, assumida pelo Ministério da Saúde para o controle da AIDS, via distribuição de seringas, passa a conviver com a política proibicionista. Em 2002 a Coordenação de saúde mental assume o tema do consumo de Substância Psicoativa

⁵⁰ Enfermeira. Gerente de Atenção Psicossocial na Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

⁵¹ Assistente social. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE.

(SPA) como questão de saúde pública e passa a orientar sua política pelo paradigma da redução de danos, pautada em uma visão de direitos humanos, ações pragmáticas, acompanhando o percurso dos usuários.

Poressa razão, vem crescendo a importância do reconhecimento técnico, político e humano sobre a perspectiva do usuário, assim como da família e/ ou responsável quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. Assim, é fundamental conhecer como os usuários e sua família e/ou responsável analisam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. É necessário considerar, porém, os limites inerentes a estudos baseados na percepção do usuário e sua família e/ ou responsável, cujo olhar deve ser complementar ao do técnico e gestores.

A pesquisa teve como objetivos analisar a concepção dos familiares sobre os serviços prestados pela Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - UAI, caracterizar o perfil sociodemográfico das famílias e usuários egressos da referida Unidade, bem como verificar a concepção dos familiares sobre os serviços por ela prestados.

A metodologia adotada foi quanti-qualitativa baseada nas técnicas de entrevista, com perguntas abertas e fechadas e pesquisa documental por meio de prontuários. Os dados foram tratados através da análise de conteúdo. Com esse estudo espera-se contribuir para uma melhor análise do serviço prestado a fim de aprimorar o serviço em discussão.

POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Atualmente, o uso abusivo das substâncias psicoativas, principalmente ilícitas, tem produzido vários debates na sociedade, em todo o território brasileiro, estando presente essa problemática até mesmo nas zonas rurais dos pequenos municípios, haja vista a Organização Mundial de Saúde informar ser cada vez mais precoce o consumo entre as crianças e os adolescentes em todo o mundo e, conseqüentemente, também no Brasil.

O Piauí não foge a essa regra. A capital, Teresina, é uma das cidades brasileiras que sofre com o problema relativo ao tráfico de

drogas, que contorna, de forma direta ou indireta, a grande maioria das ocorrências policiais, com um índice crescente de apreensões de drogas (GARCIA *et al.*, 2011).

Historicamente tratada como questão de Segurança Pública, passa a partir dos anos 2000 a ingressar na agenda da política de saúde, como uma questão de saúde pública.

Dessa forma, as políticas públicas sobre drogas encontram-se sob o viés do Estado do bem-estar social em que o provimento de saúde, educação, previdência e outros serviços, a todos os cidadãos se dará não como concessão, mas como direito (STRECK, 2004).

O CONTEXTO E A DEFINIÇÃO DE DROGAS

Como é possível observar, ao longo da história, a droga passou de um uso medicinal, afrodisíaco e ritualístico, para um elemento financeiramente rentável, uma mercadoria incluída no comércio ilegal dos “entorpecentes” (OLMO, 2002, p.58).

A classificação das drogas em lícitas e ilícitas é meramente técnica assim como política, posto que, para a Organização Mundial de Saúde, toda substância nociva ao organismo pode ser considerada como uma droga, ao produzir modificações no seu funcionamento.

No contexto desse estudo, a droga é concebida como um produto utilizado com fins de produzir alterações orgânicas e psíquicas e cujo uso continuado pode se inserir em variados padrões de consumo que podem levar ao uso prejudicial ou dependente, com implicações na saúde do sujeito consumidor, no seu contexto social, sobretudo familiar, educacional e de trabalho.

LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS NO BRASIL

Durante vinte e seis anos a Lei nº 6.368/76 vigorou no Brasil coibindo condutas relacionadas ao tráfico e porte de drogas. Esta lei não demonstrava grande efetividade e punia criminalmente com prisão tanto o traficante quanto o usuário e o dependente. Tal norma era muito criticada por ser condescendente, em vários aspectos, ao equiparar usuários com o traficante.

No ano de 2002 foi aprovada a Lei nº 10.409/2002 que, inicialmente, tinha a missão de corrigir as falhas da norma anterior. Tal norma foi muito criticada pelos operadores do direito e doutrinadores, o que gerou inúmeros vetos antes de sua publicação.

Em 2006, a Lei 11.343 cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, na qual se tem medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Essa mesma lei estabelece medidas sócio-preventivas para reduzir os fatores de vulnerabilidade e de risco fortalecendo a proteção, reconhece a distinção entre usuário e traficante, além de focalizar medidas para melhorar a qualidade de vida dos usuários por meio da redução de danos.

A nova Lei de Drogas não possui o propósito único de punir, mas também o de prevenir o tráfico e uso nocivo, cuidando igualmente do tratamento, da recuperação e prevenção do dependente.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Governo Federal preocupado com a magnitude do consumo de substâncias psicoativas e suas consequências no Brasil, especialmente o crack, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças e adolescentes; e a situação clínica imposta pela conjuntura do consumo de drogas, como o crack e outras, e o contexto social de vulnerabilidades, instituiu através do Plano de enfrentamento ao crack e outras drogas uma seleção para projetos de implantação das casas de acolhimento transitório.

Voltado para a atenção residencial de caráter transitório, A Casa de Acolhimento Transitório Infante-Juvenil (CATI) de Teresina, surgiu como fruto do Projeto "Acolher para Cuidar", elaborado em 2010, a partir do edital público nº 003/2010/GSIPR/SENAD/MS do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas para a implantação de unidades de acolhimento de

caráter voluntário, suscitando as parcerias entre Governo Federal e Municipal; sendo inaugurada em 27 de novembro de 2012.

Teve sua denominação alterada para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil – UAI. Consiste em um dispositivo da saúde mental que proporciona acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades provenientes do uso de crack, álcool e outras substâncias psicoativas. Abriga e proporciona cuidados ininterruptos e de proteção para crianças a partir dos 10 anos e adolescentes, regida pelas orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A forma de ingresso no serviço é de caráter voluntário, com tempo de permanência até 6 meses (BRASIL, 2012).

A UAI conta com retaguarda do Centro de Atenção Psicossocial voltado para consumidores de substâncias psicoativas – Capsad de Teresina e é um dos 7 componentes da Rede de Atenção Psicossocial, que ainda funciona de maneira limitada para o público infanto juvenil, apesar de sua priorização pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990.

O acolhimento, a participação nos grupos, e a repercussão das ações dos serviços prestados pela Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil na vida dos usuários e familiares, pode servir como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo a criação de vínculos nas relações que se estabelecem entre usuários, famílias e profissionais para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento e os vínculos construídos constituem-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO et al., 1999).

Buscou-se, no presente estudo, analisar o serviço prestado pela unidade de acolhimento infanto-juvenil na concepção de familiares e/ou responsáveis pelos egressos que iniciaram tratamento especializado para o uso de substâncias psicoativas, da primeira experimentação à adesão ou abandono do tratamento.

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS EGRESSOS E DE SEUS FAMILIARES E/ OU RESPONSÁVEIS

Os resultados da pesquisa foram apresentados pela descrição das principais informações colhidas junto às famílias e/ ou responsável conforme as categorias temáticas identificadas.

Tabela 01 – Relação entre a idade no momento do acolhimento e a cor das crianças e dos adolescentes egressos na UAI. Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolescente	Cor	Idade no momento do acolhimento
A1	Pardo	16
A2	Pardo	15
A3	Negro	16
A4	Pardo	13
A5	Pardo	10
A6	Branco	15

Fonte: Autoras, prontuários.

A respeito da relação entre a cor, a idade no momento do acolhimento observou-se que 4 adolescentes se autodeclararam pardos, enquanto 1 se autodeclarou branco e 1 negro, ou seja, majoritariamente prevaleceu o segmento não branco, como usuários da UAI.

Segundo Franco *et al.*, (1999), qualquer classificação racial é arbitrária, imperfeita e difícil, até por que não há garantia de que a auto declaração tenha sido preservada no momento do acolhimento inicial, quando se constrói a ficha social. É possível afirmar que se trata de uma questão extremamente polêmica e com nuances de subjetividade.

Dois adolescentes tinham 16 anos no momento do acolhimento, enquanto dois tinham 15 anos, um tinha 13 anos e um tinha 10 anos, predominando o público adolescente.

O encontro do adolescente com a droga é um fenômeno muito mais frequente do que se pensa e, por sua complexidade, difícil de ser abordado (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990), inclusive

pelas famílias que tendem a procurar dispositivos da saúde mental (SIERRA, MESQUITA, 2006). As vulnerabilidades das famílias e dos familiares nessa fase da vida podem contribuir para a iniciação e o abuso das substâncias psicoativas. Mas, a iniciação e intensificação do consumo é algo da ordem multifatorial, tendo relação com as características do indivíduo, do seu contexto social e do tipo de substância. Na fase da adolescência, observa-se intensos prejuízos na vida escolar, principalmente pelas dificuldades de manejo pela Escola e estigma associado ao consumo, como sinalizado a seguir:

Tabela 02 – Grau de escolaridade e abandono escolar no período de acolhimentos das crianças e dos adolescentes egressos na UAI. Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolescente	Grau de escolaridade	Abandono escolar no período de acolhimento	Tempo médio de abandono escolar
A1	8º série	Sim	Três anos
A2	4º série	Não	Cursando
A3	6º série	Sim	Um ano
A4	6º série	Não	Cursando
A5	4º série	Sim	Um ano
A6	5º série	Sim	Um ano

Fonte: Autoras, prontuários.

Na análise dos dados, quanto ao grau de escolaridade e o período de abandono escolar do egresso foi possível constatar que apenas dois adolescentes permaneciam frequentando a escola, enquanto 4 a tinham abandonado, pelo período mínimo de 1 ano. Evidenciou-se, ainda que os adolescentes possuem o ensino fundamental incompleto. Isso sinaliza para a parca capacitação para o ingresso no mundo do trabalho.

Sanchez e Nappo (2002) apontam a droga como motivo da baixa escolaridade dos indivíduos devido à incompatibilidade entre trabalho e/ ou escola e o uso compulsivo de substâncias psicoativas, especialmente o crack.

Destaca-se que um dos agravantes do desenvolvimento na formação da indisciplina do aluno reside nas dificuldades do país

em impor limites, tendendo a transferir assim para a instituição escolar a responsabilidade de gerir os princípios básicos de convívio em sociedade (OLIVEIRA, 2009). Malta *et al.*, (2014) afirmam que estudos mostram que filhos cujos pais estão mais atentos às atividades desenvolvidas por seus filhos apresentam menor envolvimento com álcool, drogas e tabaco.

Santos (2014) afirma que as escolas, na sua grande maioria, públicas, se encontram em péssimas condições físicas, professores sem qualificação para trabalhar com os usuários de substâncias psicoativas e, a ausência de materiais didáticos para tratar dessa problemática. Conseqüentemente as escolas não propiciam condições atrativas para que as crianças e/ ou adolescentes permaneçam nas mesmas. Dessa maneira, também, apresentam dificuldades em produzir parcerias com o pais, ampliando o repertório de competências comunitárias para dar resposta ao consumo precoce e prejudicial de drogas.

Tabela 03 – Relação entre a idade da primeira experimentação, o tempo de uso, o ciclo de drogas por ordem de experimentação e a droga mais utilizada pelas crianças e adolescentes egressos na UAI. Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolesc.	Idade da 1ª experim.	Tempo de Uso	Ciclo de drogas por ordem de experimentação	Droga utilizada com maior frequência antes do acolhimento
A1	15	+/- 1 ano	Cigarro/ maconha/ álcool/ crack	Crack
A2	12	+/- 3 anos	Cigarro/ maconha/ crack/ álcool	Álcool
A3	14	+/- 2 anos	Maconha/ crack	Crack
A4	11	+/- 2 anos	Cigarro/ maconha	Maconha
A5	10	+/- 2 meses	Cigarro/ maconha/ crack	Crack
A6	13	+/- 3 ano	Cigarro/ maconha loló/ crack	Crack/ maconha

Fonte: Autoras, prontuários.

Quanto à relação entre a idade da primeira experimentação, o tempo de uso, o ciclo de drogas por ordem de experimentação e a droga mais utilizada pelos adolescentes, foi possível observar

que a primeira experimentação ocorreu na faixa etária entre 10 a 15 anos, e que quanto mais precocemente se inicia a primeira experimentação mais rapidamente ocorre a experimentação de uma segunda substância psicoativa. Constatou-se que cinco adolescentes iniciaram com o cigarro (tabaco), seguidos pela maconha. E que quatro adolescentes utilizavam o crack com maior frequência no período que antecedeu o acolhimento. E o tempo médio de uso foi de 2 anos.

Sanchez e Nappo (2002) destacam que a primeira droga de experimentação é, via de regra, uma droga lícita (tabaco), e a segunda é uma droga ilícita (maconha) na sua grande maioria.

A faixa etária prevalente para primeira experimentação de drogas ilícitas apontada pela literatura indica entre 14 e 16 anos (GALDURÓZ *et al.*, 2004), o que é confirmado pela pesquisa em tela.

De acordo com Malta *et al.*, (2014), a adolescência representa uma fase de profundas transformações, uma vez que pode favorecer o contato com novos hábitos e a exposição a fatores de risco comportamentais, como experimentação do tabaco, alimentação inadequada e sedentarismo.

Sanchez e Nappo (2002) apontam o envolvimento de parentes com drogas como um fato constante, sendo o álcool e o tabaco as substâncias mais utilizadas e o pai, aquele que mais as consumia. Os autores ainda afirmam que a idade de início de consumo da primeira droga ocorre, em torno, de 10 a 13 anos, que corresponde a época de forte influência da família na vida de um menino, exercida especialmente pelo pai. Por essa razão, as drogas mais citadas como as primeiras utilizadas foram aquelas consumidas em suas casas, ou seja, cigarro e álcool.

Garcia *et al.*, (2011) esclarecem que nas famílias que apresentam padrões comunicacionais conflitivos; incidência de maus-tratos verbais e físicos, bem como abuso sexual e, a violência intrafamiliar, sobretudo quando combinada com o uso do tabaco e cerveja, apresentam maiores fatores de risco para o uso de substâncias

Tabela 04 – Relação entre o mapa de violência do município de Teresina e a indicação do encaminhamento das crianças e adolescentes egressos na UAI.
Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolesc.	Residência	Responsável pelo acolhido	Encaminhamento
A1	Mocaminho (Zona norte) +/- 10 anos	Mãe	CRAS
A2	Chapadinha (Zona rural) +/- 18 anos	Mãe	Demanda espontânea (Orientação de magistrado)
A3	Sta. M ^a da Codipi (Zona norte) +/- 23 anos	Mãe	Conselho Tutelar
A4	Nova Teresina (Zona leste) +/- 2 anos	Mãe	CRAS
A5	Pedro Balsi (Zona sudeste) +/- 2 anos	Mãe	Conselho Tutelar
A6	Morros (Zona leste) +/- 20 anos	Avó adotiva	Demanda espontânea (Orientação da UBS)

Fonte: Autora, prontuários.

A respeito da relação entre o mapa de violência do município de Teresina e a indicação do encaminhamento dos adolescentes egressos na UAI é possível destacar a mãe como a responsável no momento do acolhimento e a integralidade das redes no período de 2012 a 2014.

Rosa (2011) apresenta o perfil sociodemográfico das famílias que utilizam os serviços de internação integral, sinalizando para a pluralidade de desenhos, mas, afirma haver um número significativo de famílias monoparentais, sob responsabilidade feminina, que se encontra em um contexto de maior vulnerabilidade, conhecimento ainda parcamente investido, pois observa-se que nos prontuários dos hospitais, no geral, o máximo que se tem de informação é sobre o familiar responsável, aquela pessoa que assume a responsabilidade pela pessoa hospitalizada perante a instituição.

É possível destacar que logo após a implantação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas houve uma

grande articulação das redes de apoio, tratamento e prevenção (IBDFAM, 2014).

Nesse sentido, observa-se que parte significativa dos encaminhamentos dos adolescentes partiu dos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS e do Conselho Tutelar, havendo algumas demandas espontâneas.

Observa-se que os adolescentes residem nas diferentes zonas da cidade, observando-se predomínio de bairros periféricos da zona norte e leste.

Santos (2014) esclarece que a falta de espaços de lazer e interação nos bairros periféricos induzem alguns adolescentes ao encontro com as substâncias psicoativas como forma de lazer.

Tabela 05 – Relação entre o tempo de permanência, o motivo do desligamento e a quantidade de vezes que as crianças e adolescentes passaram pelos serviços da UAI. Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolescente	Tempo de permanência do acolhido	Motivo do desligamento	Quantas vezes passaram pelo serviço
A1	2 meses	Vontade própria	Duas vezes
A2	3 meses	Descumprimento de regras	Uma vez
A3	6 meses	Cumpriu o tempo destinado	Três vezes
A4	3 meses	O serviço não proporcionou que o mesmo se mantivesse na escola	Uma vez
A5	3 meses	Descumprimento de regras	Três vezes
A6	5 meses	Descumprimento de regras	Duas vezes

Fonte: Autora, prontuários.

Quanto à relação entre o tempo de permanência, o motivo do desligamento e a quantidade de vezes que os adolescentes passaram pelos serviços da UAI é possível destacar a alta incidência de adolescentes que desistem do tratamento, e o número reduzido de adolescentes que permaneceram acolhidos por um período superior a dois meses, dentre os quais, o tempo médio de permanência é de três meses, destacando como principal motivo de desligamento dos serviços o descumprimento de regras. Acerca dessa questão é

importante problematizar se as regras são construídas em conjunto com os adolescentes e como ocorre seu processo de produção, posto se destinar a um público que no geral encontra-se sem regramento algum, às vezes, até mesmo encontrando-se em situação de rua.

Há uma repetição, da quantidade de vezes nas quais a criança e/ ou adolescente foi acolhido pelo serviço.

Nonticuri (2010) afirma que a incapacidade de sentir, de se relacionar com outras pessoas, impossibilitando a empatia e dificultando a formação de vínculos afetivos ocorre em usuários do crack, sendo constatado, portando, a alta incidência de quebra de regras entre os usuários dessa substância.

Schneider *et al.* (2008) caracterizaram as instituições de atendimento para dependência de drogas, em Florianópolis-SC, pelas percepções negativas de vários fatores que as mesmas não conseguem abarcar, dentre outros temas, sobre os motivos para a desistência do tratamento. Alguns dos motivos encontrados foram: falta de motivações internas, compulsão pelo uso da droga, sensação de já estar “recuperado” e fatores externos ao tratamento, como problemas do âmbito familiar, financeiro ou interpessoal.

Além disso, Silva *et al.* (2003) afirmam que, ao se pensar no atendimento de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, é necessário pensar não só em um local de tratamento atrativo para manter os adolescentes o tempo necessário para a efetividade deste, mas ainda, que o cuidado dispensado a eles deve atingir diferentes aspectos de suas vidas, não apenas ser direcionado à questão do consumo das drogas.

Inclusive, quando se observa o predomínio de famílias monoparentais com responsabilidade feminina associada a baixos salários, inexistência de figuras masculinas de referência para esses adolescentes, moradia em bairros periféricos, baixa aderência à escola, no geral pouco atrativa, observa-se um conjunto de fatores associados que dificultam o redirecionamento de vida para esses adolescentes. Vale destacar ainda que muitas instituições de tratamento se baseiam na mera privação da liberdade, com ofertas limitadas e baseadas em regras rígidas, em um contexto em que a maioria dos adolescentes encontram-se com seus laços familiares fragilizados e sem uma pessoa adulta de referência, inclusive normativa.

Tabela 06 – Relação entre o tipo de família e a renda familiar das famílias das crianças e dos adolescentes que passaram pelos serviços da UAI. Teresina - Piauí, 2012 - 2014.

Adolescente	Tipo de família	Renda familiar	Quantas pessoas trabalham	Recebe benefício
A1	Mononuclear	Mais ou menos meio salário	Nenhuma	Sim (Bolsa Família)
A2	Mononuclear	Mais ou menos um salário e meio	Duas	Não
A3	Monoparental feminina	Mais ou menos um salário e meio	Uma	Sim (LOAs)
A4	Mononuclear recombinação	Mais ou menos um salário e meio	Duas	Sim (Bolsa Família)
A5	Monoparental feminina	Mais ou menos um salário e meio	Uma	Não
A6	Monoparental feminina	Mais ou menos oito salários mínimos	Duas	Não

Fonte: Autoras, prontuários.

Os dados em relação ao tipo de família e a renda familiar das famílias dos adolescentes que passaram pelos serviços da UAI demonstram que há predomínio de famílias monoparentais femininas, e que estas famílias possuem como renda familiar aproximadamente um salário mínimo e meio. Ou seja, se configuram como famílias de baixa renda, e mais empobrecidas por que a mulher está respondendo sozinha pelo grupo, tendo no geral, inserção mais precária no mercado de trabalho.

O Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal que define família como a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio. E concebe família de baixa renda como aquelas que possuem renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, não sendo incluídos no cálculo rendas percebidos nos programas sociais, como por exemplo, o bolsa família.

Tabela 7 – Relação entre o grau de escolaridade, a quantidade de pessoas e o tipo de moradia das famílias das crianças e adolescentes que passaram pelos serviços da UAI. Teresina – Piauí, 2012 – 2014.

Adolescente	Grau de escolaridade do responsável	Quantas pessoas residem	Moradia
A1	Fundamental incompleto	Cinco	Casa própria
A2	Ensino Médio Completo	Cinco	Casa própria
A3	Ensino Médio Completo	Três	Casa própria
A4	Ensino Médio Completo	Quatro	Cedida
A5	Ensino médio incompleto	Quatro	Casa própria
A6	Superior completo	Cinco	Casa própria

Fonte: Autoras, prontuários.

A respeito da relação entre o grau de escolaridade, a quantidade de pessoas moradoras no domicílio e o tipo de moradia das famílias dos adolescentes que passaram pelos serviços da UAI, foi possível constatar que a maior parte dos responsáveis pela família possui o ensino médio completo e as famílias pesquisadas em sua maioria possuem casa própria.

Queiroz e Rosenberg (2004) afirmam que nas variáveis ‘escolaridade do pai’ e ‘escolaridade da mãe’, tem-se que a proporção de uso de droga cresce com a diminuição do grau de escolaridade. Baixa escolaridade, comumente está associada a restrição de informações, inclusive sobre prejuízos causados pelo consumo de drogas e, também a projetos de vida limitados.

Brusamarello *et al.*, (2008) esclarecem que em relação ao grau de instrução, o alto grau de escolaridade proporcionam parâmetros para os modos mais apropriados de construção de programas de prevenção às drogas com os pais.

ANÁLISE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA CATI/UAJ POR FAMILIARES DE EGRESSOS

Nas informações processadas através da entrevista estruturada com familiares, em relação à pergunta 1, atendimento prestado pela equipe, obteve-se uma avaliação de 100% como ótima. As principais

explicações para a avaliação atribuída, por quatro familiares, esteve relacionada aos aspectos vinculados ao acolhimento, no seguinte sentido: “muita atenção, reuniões muito boas. Conselho, carinho, apoio, dedicação, acolhimento”; “A maneira que foi acolhido, mas houve uma dificuldade dele aceitar”; “Atenção e educação na casa” e “Organização das pessoas, tratamento prestado, comunicação entre equipe e família”. Tais justificativas sinalizam para a importância das tecnologias leves, relacionais, haja vista o desespero observado na experiência de vida dos cuidadores familiares e a sensação de desamparo que contorna as mesmas, haja vista ser uma vivência contornada pelo estigma, sentimentos de culpa e vergonha.

Duas outras entrevistas atribuíram falhas ao seu adolescente ou a si próprio, como sinalizado acima “houve uma dificuldade dele aceitar”, o que sugere pressões dos familiares para que eles possam se envolver em serviços como a CATi/UAI. Uma outra mãe informou que “Ajudou bastante, (...) foi erro meu, quando o XX saiu da casa era pra ter procurado um psicólogo e eu não procurei”. Logo, possíveis falhas são direcionadas para o próprio adolescente ou para o próprio cuidador familiar. Um familiar demonstra o sentimento de gratidão da seguinte forma “Eu tenho que agradecer. Encontrei amparo, ombro amigo”. Tal manifestação sintetiza o sentimento da não cidadania, haja vista ser um problema, comumente, vivenciado na esfera da família, no âmbito privado, haja vista o parco investimento do Estado para a efetivação dos direitos inerentes à cidadania. Observa-se a necessidade dos familiares em ter os profissionais como amigo, uma delas assim se expressando “Eu tenho que agradecer. Encontrei amparo, ombro amigo”. No mesmo sentido, no Brasil parece ser impossível incrementar o usufruto da cidadania de maneira impessoal, sem o sentimento de empatia, solidariedade e amorosidade. Deste modo, observa-se que a vivência com o exercício do direito social sempre truncado, pois o Estado é distante da vivência deste segmento, apesar de serviços como a CATi/UAI historicamente terem uma marca de serviços voltados para as crianças e adolescentes pobres, inicialmente considerados em situação irregular, com o antigo Código de Menores.

As 5 mães entrevistadas participaram das reuniões de famílias, organizadas pela equipe da CATi/UAI. Duas mães avaliam sua

participação como boa, mas, a associa aos interesses do adolescente haja vista entender, uma delas que “eu não podia faltar, pois era ruim para meu filho”. Tal envolvimento parece sinalizar como condicionalidade, talvez até mesmo para adesão do filho ao serviço. De outra maneira uma outra mãe se manifesta, argumentando que a participação estava relacionada a uma estratégia de estar mais próxima do filho “era um tempo a mais pra passar com ele”. Mas, duas mães foram enfáticas ao afirmar que nas reuniões também se divertiam, pois havia “muita brincadeira”. Tal fato aponta para a preocupação dos organizadores das reuniões em também propiciar momentos lúdicos para os familiares, muito sobrecarregados com cargas emocionais/subjetivas (BANDEIRA, 2010). Paralelamente, as reuniões também propiciavam ações socioeducativas, relacionadas à educação em saúde, o que foi reconhecido pelos familiares cuidadores em frases como as que seguem: “orientava sobre os problemas e com ajuda deles eu superei”.

Em relação à pergunta: os serviços prestados pela UAI ajudaram em algum aspecto a criança e/ou adolescente? Se sim, em que? Houve unanimidade na afirmativa. Alguns familiares ampliaram a colaboração da UAI, indo a extremos de informar que a UAI “mudou seu caráter”. Uma outra afirmou que “ele não usou mais esses tipos de drogas” e uma terceira teceu o seguinte comentário “quando ele tava em casa uma voz dizia pra ele ir pra rua. Mas quando tava na CATI a voz parava”. Dessa maneira, interpreta-se que o fato de ter um espaço seguro, com o dia a dia estruturado, que ofereça continência, pode propiciar ao adolescente desenvolver o que ele tem de melhor em si mesmo. De modo geral, houve unanimidade em relação à mudança comportamental relacionadas a diminuição da agressividade, cessação de sintomas paranoides, nervosismo, angustia, parada do consumo de certas SPA. A fala de um familiar sintetiza o que a maioria expressou “Com certeza, no sentido que ele mudou principalmente na crise, com aconselhamento e melhorou a agressividade”.

Mas, um familiar cuidador sinaliza para outros alcances das ações da UAI, na direção de atividades de geração de renda vinculadas a ações terapêuticas “ficou mais calmo. Fazia sua terapia. Aprendeu a fazer flores de garrafa pet, aprendeu muita

coisa, fez curso de informática”. Logo, as ações da UAI, na visão dos familiares projetavam os adolescentes para outros cenários, que, em havendo seguimento, poderia levar à profissionalização, na perspectiva de geração de renda.

Mas, chamou a atenção uma única familiar que ao mesmo tempo que reconheceu que as ações da UAI “ajudaram muito” acrescentou que “mas ele e eu que não quisemos nos ajudar”, o que denota sentimento de culpa por parte do familiar.

Ao ampliar a questão anterior, na direção das contribuições das ações da CATI/UAI na relação do adolescente com seu cuidador e demais familiares, igualmente as respostas afirmativas foram unânimes. A principal contribuição remete para a melhoria na qualidade das relações familiares, com maior aproximação entre os seus membros, como manifesto a seguir: “trouxe mais união da família (esposo, filho) mais carinho do pai com o acolhido”. “Sim, a se unir, pois antigamente não havia união entre sua mãe e avó” “Sim, melhorou a conversa. Brigava muito com ele, e agora nos unimos mais”, “a família ficou mais unida”.

Os aspectos que não foram alterados são, no geral, remetidos a alguma característica de algum membro em específico da família, no geral, o pai...como aponta um familiar cuidador “o pai nunca veio. É dessas pessoas de roça, que não queria ser incluído em nenhuma atividade”. Dessa forma o familiar congela uma realidade que é dinâmica. Sinaliza também que o serviço deve ir além dos participantes que são mais ativos, presentes.

Para dois familiares, um aspecto importante trazido pela CATI/UAI foi o fato de saberem que o adolescente estava num “lugar seguro, protegido” “Só eu saber que ele estava na CATI eu dormia bem, pois quando ele tava em casa vivia sumindo”. Ou seja, o serviço também tinha o mesmo significado de “internato de pobre”, oferecendo uma divisão de trabalho com um adolescente que a família se sentia sem condição de conter, de proteger de si mesmo. Neste horizonte, saber que o adolescente está em um determinado lugar, protegido, aplaca o desespero do cuidador que pode “dormir bem”, ou seja, despreocupadamente.

Com relação à pergunta, o que levou a família e/ou responsável a procurar o serviço da UAI, duas respostas figuraram como

dominantes. De um lado, o encaminhamento de algum serviço, sendo os mais citados, o CRAS/CREAS e o Conselho Tutelar, serviços da assistência social, o que sinaliza para boa articulação com a rede socioassistencial. Por outro lado, os sentimentos negativos experimentados por familiares, que se materializaram em sentimento de impotência diante do contexto, expressos em sentimentos de “aflição com a situação”; duas manifestando “desespero”, desejo de “proteger”. Apenas uma sinalizou para algo diferente, envolvendo problemas de saúde, o fato do adolescente estar debilitado em função de um câncer no saco escrotal.

Diante de toda a vivência e sentimentos experimentados, a última pergunta, se orientou para a busca de sugestões para melhoria do serviço. Uma forma de fomentar o protagonismo dos familiares. Duas informaram que não tinham sugestão, porque “tem uma ótima equipe, uma boa opção para as mães” e a outra “não tenho o que dizer, principalmente quando me convidaram para almoçar, para observar o comportamento dele, se houve melhoras”. Essas duas cuidadoras estavam muito satisfeitas, avaliando que o serviço oferecida tudo o que os adolescentes necessitavam e ainda propiciava que pudessem averiguar ao vivo, na instituição, as mudanças pelas quais estavam passando.

Dentre aquelas que ofereceram sugestões para melhoria, as mesmas se direcionaram para 3 aspectos;

- 1) Assistência - “lanche, momento com o filho. Confraternização. Ou seja, o serviço propiciar mais momentos de união familiar, intermediados pelo lanche, haja vista a força da comunhão e trocas possibilitadas pelo comer, nutrir-se conjuntamente;
- 2) Ampliação no tempo de permanência - “que os meninos passassem mais tempo na casa”. Com certeza, pelo sentimento de proteção e segurança que trouxe para os cuidadores familiares, além da divisão do cuidado, que é complexo e contornado por sentimentos ambivalentes;
- 3) Informação/rede - “área de divulgação, precisa melhorar” (...) eu vejo que não há divulgação e muitos profissionais não sabem”

Em suma, a análise processada por familiares cuidadores acerca da UAI/CATI foi sempre positiva, perpassado por um enorme sentimento de gratidão, diante de uma vivência em que encontram por parte da sociedade e da rede socioassistencial mais discriminação, risco de vida do adolescente, e sentimentos negativos (desamparo, desespero, aflição, dentre outros).

Também, ao ser fomentado o protagonismo desses familiares, observa-se que tem sugestões pertinentes, e de fácil implementação, envolvendo sobretudo tecnologias leves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procurou-se analisar os serviços prestados pela Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil aos familiares e/ ou responsáveis dos adolescentes que foram acolhidos no período de novembro de 2012 a dezembro de 2014.

No caso da análise do serviço prestado por esse dispositivo conclui-se que é de ótima qualidade, principalmente no que diz respeito a participação em grupos de informações e integrativos com as outras famílias. Porém observa-se nas falas que as famílias não percebem a dimensão da problemática do uso das substâncias psicoativas, constata-se a vulnerabilidade e fragilidade dessas famílias que pelo simples fato de acolher temporariamente os “seus\” já consideram de “grande ajuda”.

Com relação ao perfil sócio-demográfico dos adolescentes constatou-se o histórico de abandono escolar, prevalecendo o ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade, a maioria é de pardos, e chegam ao acolhimento por volta dos 16 anos. Entretanto, foi possível constatar que os adolescentes possuíam na maioria 1 ano de abandono escolar.

Quanto à idade da primeira experimentação observou-se a variação na faixa etária de 10 a 15 anos, com um tempo médio de uso da substância de 2 anos, no qual a primeira droga de experimentação foi uma droga lícita (cigarro), seguido por uma ilícita (maconha). Destaca-se ainda que no momento do acolhimento a droga com maior frequência de uso era o crack. E o tempo médio de permanência na instituição foi de dois meses, sendo

o descumprimento de regras o motivo mais citado de desligamento.

Durante as falas percebeu-se que as famílias procuram o serviço no intuito de abrigarem os seus filhos no propósito de proteção do meio externo em que vivem, pois na maioria das vezes, os adolescentes já apresentam risco de morte, devido a pequenos furtos, ameaças pelos membros da comunidade em que vivem, débitos junto à traficante. Secundariamente, o serviço é percebido como um dispositivo com possibilidade de tratamento, evidenciando a busca tardia do cuidado que deveria ocorrer logo após o conhecimento do uso problemático das drogas. A questão pode denotar interpretações culturais, haja vista o consumo entre os homens, ser visto como ritual de masculinidade.

A respeito da família constatou-se que estas pertencem à classe de baixa renda, sob responsabilidade das mães, pois são famílias em sua maioria monoparentais femininas, residentes em bairros periféricos na sua maioria.

A partir desse estudo, recomenda-se para o aprimoramento do serviço:

- 1) Maior investimento na infraestrutura do dispositivo;
- 2) Maior observância no preenchimento dos prontuários por parte dos profissionais, no que diz respeito, aos dados dos egressos e dos seus familiares;
- 3) Maior articulação entre os dispositivos da RAPS – família, escola e comunidade - que favoreça o acompanhamento do egresso e de suas famílias após a saída do serviço;
- 4) Trabalhar com maior ênfase a Política de redução de danos com a criança e/ ou adolescente e suas famílias;
- 5) Garantir a oferta de vale-transporte, a fim de favorecer uma maior participação dos familiares nas ações desenvolvidas no serviço;
- 6) A oferta de cursos profissionalizantes para egressos e familiares

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Marina et al. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **J. bras. psiquiatr.** Vol. 59, nº 4, Rio de Janeiro, 2010. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400007>, Acessado em: 19/02/2017.

BRASIL. M.S. **Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília/DF, 2003.

_____. Edital nº 003/2010/GSIPR/SENAD / MS. DOU 05 de novembro de 2010. **Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas.** Disponível em: www.saude.gov.br.

_____. **Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em: 03 setembro. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121/2012/MS.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 25 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acessado em: 29/03/2015.

_____. (2007). **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acessado em 04/09/2015.

_____. (2004). **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acessado em 04/03/2015.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS** Tecendo Redes para Garantir Direitos. Brasília, 2014.

BRUSAMARELLO, T.; SUREKI, M.; BORRILE, D.; ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) v.4 n.1 Ribeirão Preto fev. 2008

CARLINI-COTRIN, B. H. Dados sobre consumo de drogas por adolescentes no Brasil. Ver. **ABP – APAL.**, v. 9, p. 99-102, 1987.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 26, n. 1, 2004.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 19, 2011.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GRECO FILHO, Rogério. **Lei de drogas anotada: lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. Treating drug problems: a study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems. Report prepared by the Institute of Medicine, Committee for the Substance Abuse Coverage Study, Division of

Health Care Services. Washington (DC): **National Academy Press**. 1990.

KERSTENETZKY, C. L. **Estado do Bem-Estar Social e a idade da razão**. Rio de Janeiro: Campos, 2012.

MACRE, E. **Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos**. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.), Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 25-34.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. do. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 678-688, 2012.

MARSHAL, T. H. **Cidadania classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MUZA, G. M. (2000). Comportamento de risco na adolescência: a necessidade da interdisciplinaridade. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, 11(1-2),5-7

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse** 1996;31:565-79.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste Contexto**. Dissertação. 2010. (Mestrado em Políticas Sociais), Universidade Católica de Pelotas, 2010. Disponível em: Acesso em 08 outubro, 2015.

OLIVEIRA, L. G. Caracterização da cultura de crack da cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2009.

OLMO, Rosa Del. **A face oculta das drogas**. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

QUEIROZ, S. DE.; ROSENBERG, C. P. Ambiente familiar e condições de risco para o uso de drogas em estudantes universitários. **Rev. Bras. Cres. e Desenv. Hum.**, S. Paulo, 14(2), 2004.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Ver **Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANTOS, L. P. **Vulnerabilidades subjacentes ao uso nocivo de substâncias psicoativas na adolescência** – estudo de caso na Casa de Acolhimento Infantojuvenil (CATi). Universidade Federal do Piauí. Monografia de Bacharelado em Serviço Social, 2014.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspec.** v. 20. 2006. p:148-55.

SCHNEIDER, D.R. et al. **Relatório Final**: Caracterização dos Serviços de Atenção à Dependência Química da Região da Grande Florianópolis. Disponível em <http://www.psiclin.ufsc.br/Relat%F3rio%20Caracteriza%E7%E3o%20dos%20Servi%E7os.pdf> > Acesso em 30 set. 2015.

SILVA, V. A. et al. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25 n.3, 2003.

STRECK, L. L. A permanência do caráter compromissório (e dirigente) da constituição brasileira e o papel da jurisdição constitucional: uma abordagem à luz da hermenêutica filosófica. In: **Revista do Instituto de Pesquisa e Estudos**: Divisão Jurídica. Instituição Toledo de Ensino de Bauru. n. 39, p. 75-119 jan./abr. 2004.

GÊNERO E SAÚDE MENTAL: DISCUTINDO MASCULINIDADES NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSICIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Mayara Carneiro Alves Pereira⁵²

Lucia Cristina dos Santos Rosa⁵³

Pesquisar é [...] um itinerário, um caminho que trilhamos e com o qual aprendemos muito [...]. Por isso, não saímos de uma pesquisa do mesmo jeito que entramos porque, como pesquisadores, somos também atores sociais desse processo de elaboração (ZAGO, 2003, p. 308).

Este estudo trata-se de uma proposta teórico-reflexiva referente à dissertação de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e produções resultantes de disciplinas como Tópicos de Políticas de Saúde e Estado e Políticas Públicas e outras. Tem como objetivos analisar

⁵² Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) pela UFPI. E-mail: mayaracapereira@gmail.com

⁵³ Assistente social. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e do Departamento de Serviço Social da UFPI.

e problematizar as possibilidades de articulação entre gênero e saúde mental, especificamente acerca do cuidado aos homens em uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas (SPA), proporcionando maior destaque ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD).

Nesse sentido, desenvolve-se a seguinte inquietação: existe uma reflexão sobre gênero neste serviço de saúde mental em que predomina o público masculino? Reconhecendo a necessidade de articulação entre políticas transversais de saúde, ações multiprofissionais, conhecimento da cultura patriarcal mantenedora da afirmação da masculinidade e a problematização da saúde do homem diante das práticas tradicionais a partir de embasamentos teóricos e técnicos, vivências, afetos, desafios, possibilidades e implicações ético-políticas.

Esta análise parte dos aspectos sociais, políticos, históricos e culturais do Sistema Único de Saúde (SUS). E da gestação e consolidação de novos saberes e práticas assentados em uma concepção de saúde que considera suas múltiplas determinações, inclusive com uma ampliação das práticas, de modo a problematizar não somente o indivíduo, mas todo seu contexto (MENDES, 2006).

A busca por saúde, no Brasil, é permeada por um processo de lutas e conquistas materializadas a partir de 1988 com os princípios e diretrizes do SUS, como o cuidado em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção e reabilitação), humanização, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos dos homens, universalidade, equidade, integralidade, qualidade, intersetorialidade, informação e orientação à população. Enfatiza as determinações sociais, capacitação técnica de profissionais, disponibilidade de insumos e equipamentos, monitoramento e avaliação de serviços (BRASIL, 2008).

Mesmo diante das conquistas, ainda há muito que avançar, a exemplo do modelo de atenção à saúde ainda focada nos cuidados de alguns grupos populacionais (crianças, adolescentes, mulheres e idosos) e a manutenção do fator cultural excludente, que acaba não atingindo diretamente algumas parcelas da população, como os homens (BRASIL, 2008).

Estudos sinalizam que o consumo abusivo e a dependência de substâncias psicoativas predominam entre a população masculina. Mas, quando essa informação é considerada, comumente é reforçada a referência à estrutura de gênero masculina tradicionalmente concebida, em um reforço à concepção de força e virilidade como um valor da própria cultura, proporcionando maior dificuldade de reconhecimento e busca de cuidado à saúde. Tal fato converge com a imagem que se tem dos serviços como um espaço predominantemente feminino (MACHIN et al., 2011) ou mesmo biomédico, que desconsidera a pessoa em suas determinações sócio culturais.

Frente a esse cenário, uma área que merece destaque é a da saúde mental, que tanto na realidade brasileira, quanto mundial, é fortemente influenciada por aspectos sociais, políticos e históricos, representando um processo bastante complexo e de longa duração. O cuidado em saúde mental não se reduz às ações pontuais e procedimentos, mas sim representa um trabalho contínuo, complexo e permanente, com corresponsabilização entre equipes, usuário, família e comunidade. A finalidade é inserir o sujeito no contexto social e produzir autonomia frente às dificuldades proporcionadas pelo sofrimento e situações cotidianas.

Feita estas ressalvas, o presente artigo tem o intuito de colaborar para a produção de conhecimentos, discussões e pontos provocadores de reflexão para a construção de saberes, práticas e políticas condizentes/comprometidas com a realidade, uma vez que se parte da premissa que a maioria dos usuários do CAPS AD é do sexo masculino e que existe uma complexa questão cultural sobre esse gênero que deságua no autocuidado e nas práticas profissionais. Pensa-se então em desenvolver uma reflexão acerca das idiossincrasias da atenção aos homens no contexto de consumo de substâncias psicoativas (SPA) e sua conseqüente articulação com as políticas de saúde voltadas para a demanda implicada no consumo nocivo.

Desse modo, é necessário conhecer o contexto das políticas sociais⁵⁴, em especial as da saúde e a partir disso compreender os

⁵⁴ Políticas sociais representam estratégias governamentais diante da realidade de contradições do contexto capital-trabalho, tendo o contrato social grande

processos de trabalho multiprofissional acerca das necessidades dos homens, em sua pluralidade, haja vista a tendência de uma atenção centrada em um homem universal, que suprime a diversidade de vivências e minúcias de se ser homem.

Perante essas constatações, contextos e objetivos apresentados, esse estudo delinea inicialmente o processo de discussão de saúde e saúde mental, apresentando suas perspectivas mais abrangentes; discorre sobre o campo específico de álcool e outras drogas; em seguida problematiza a questão de gênero tão necessária para a compreensão da saúde do homem, abrindo assim espaço para discutir sobre os públicos masculinos e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Posteriormente finaliza com uma reflexão crítica acerca desses campos de articulação.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

A discussão em questão parte da perspectiva da saúde coletiva, onde a produção do cuidado transcende a realização de procedimentos e implica o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos multideterminados, com necessidades singulares que não devem ser homogeneizadas e que precisam ser acompanhadas de forma continuada e pluralizada. Ultrapassa-se a tradicional noção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que defende a saúde como perfeito bem-estar físico, social e psíquico, haja vista que as ações ocorrem com pessoas em contextos reais e múltiplos. Essa “saúde ideal” é muitas vezes criticada por alguns estudiosos que acreditam que essa constituição perpassa por uma formação social, necessidades, organização no espaço, relação social e territorial, desvinculando de conceitos e concepções causais e institucionalizadas (MENDES, 2006; MACHIN et al., 2011; COUTO, GOMES, 2012).

No entanto, esta concepção nem sempre esteve assim organizada, o sistema público de saúde é oriundo de intensas lutas populares pela democracia e por direitos, como o Movimento

destaque, pois age como definidor do que é excluído e incluído, orientando tanto a vida privada quanto as situações coletivas (SANTOS, 1999);

Sanitarista⁵⁵, defendendo o direito de todos os cidadãos como dever do Estado e contribuindo para concepções mais abrangentes, inclusive que compreendam os princípios da prevenção e da promoção, não se limitando às tradicionais práticas curativas (MENDES, 2006).

Dentro das possibilidades de se entender esta percepção mais abrangente, cabe enfatizar que a Constituição Federal (1988) com o artigo 196, apresenta a saúde não como um mero conceito, mas como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 117).

A compreensão do processo saúde-doença deve perpassar por muitas questões que vão além da ausência de doenças, envolvendo questões territoriais, epidemiológicas, sociais, culturais, psicológicas e de gênero. Logo, discutir saúde é uma tarefa muito complexa diante da diversidade de conceitos e práticas realizadas. Em contrapartida, o Ministério da Saúde (2008) adverte que ainda existe uma segmentação da clientela e da agenda das atividades e dos profissionais, agravando ainda mais a perspectiva da integralidade.

Deve-se buscar uma perspectiva mais abrangente e produtiva, uma vez que saúde passa a estar atrelada eminentemente ao movimento de produção de vida e possibilidades de ação, não necessariamente ligado à ausência de doença, ao equilíbrio ou ao bem-estar. Deve-se então entender a saúde como uma práxis complexa diante da diversidade de conceitos e práticas realizadas, uma coprodução em que seres humanos constroem e atribuem significados aos processos, existindo uma mútua interação.

O SUS requer uma discussão contínua voltada para os aspectos sociais, políticos e culturais de pactuação e negociação

⁵⁵ A Reforma Sanitária defende que a valorização do cuidado e da noção de território como espaço de interação social entre comunidade e serviços, produzindo práticas baseadas no cuidado, acolhimento e inserção sociocultural, política e econômicas. Ampliando as discussões sobre modelos alternativos em substituição aos tratamentos tradicionais, para além de ações curativas (AMARANTE, TORRE; 2010).

entre profissionais, usuários e comunidade. Assim como a produção e consolidação de novos saberes e práticas assentados em uma nova e abrangente concepção de saúde. Representando um âmbito de ações capazes de lidar com a diversidade das necessidades de saúde (SCHRAIBER et al., 2010).

Essas expressões de diversidades das necessidades em saúde configuram-se nas conquistas históricas de vários segmentos sociais que mostraram que as desigualdades se manifestam nos agravos em saúde/saúde mental e que contornam as políticas de saúde uma grande parcela da população, como dos negros, homens, segmento LGBTQBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), dentre outros.

Dentro desse contexto da ampla concepção de saúde e de seus agravos para diversos segmentos, deve haver uma forte reflexão sobre a saúde mental, a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica e suas novas formas de atenção psicossocial⁵⁶ para o sujeito, familiares, comunidade e o contexto sociocultural, de acordo com os princípios proposto pelo paradigma biopsicossocial, em que as ações são construídas pelo entrelaçamento de saberes e profissões que devem coproduzir ações de cuidado e promoção de saúde distantes da lógica de restituição de uma sanidade mental (AMARANTE, TORRE; 2010).

A Reforma Psiquiátrica está implicada em uma nova forma de conceber e agir frente à loucura, caracterizada como uma transição paradigmática e um processo em contraposição à visão asilar e voltada para o fortalecimento do paradigma psicossocial. A partir desta Reforma, tem-se aumentado as discussões sobre modelos substitutivos aos cuidados tradicionais, para além de ações curativas, com possibilidades de utilização no campo da saúde mental. A atenção psicossocial é uma estratégia que vem sendo cada vez mais utilizada nos cuidados ao sofrimento psíquico, buscando a inserção sociocultural, política e econômicas dos sujeitos (COSTA-ROSA, 2006).

⁵⁶ Em oposição existe o modelo asilar, que é centrado no saber exclusivamente médico e na concepção da loucura como doença tratada por meio do isolamento, em que o sujeito é destituído de voz e ação frente à transformação de sua realidade, subjugado a um poder que disciplina (AMARANTE, TORRE; 2010).

Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde tracem um perfil sociodemográfico de seus usuários, identificando: os diferentes cursos de vida a partir das faixas etárias, dimensões étnico-raciais, matrizes religiosas e orientação sexual na produção das linhas de cuidado a partir dos perfis de cada usuário e das necessidades específicas em saúde nos territórios. Com o intuito de explorar as possibilidades frente às linhas de cuidado, que buscam garantir a integralidade e otimizar/organizar a distribuição e fluxo dos serviços e processos de trabalho e dos recursos, de forma eficiente e eficaz. Como forma de atuação, busca-se a participação das equipes e gestores como forma de articulação com os demais níveis de assistência, bem como a participação dos usuários, com suas experiências, práticas, potencialidades e saberes (MALTA; MERHY, 2010).

Uma dessas propostas diz respeito aos usuários de álcool e outras drogas e para esse público foi pensado a proposta de CAPS AD, que de acordo com o Ministério da Saúde (2012), deve atuar como um serviço aberto, com base comunitária, funcionando de acordo com a lógica territorial, fornecendo atenção contínua aos indivíduos com necessidades relacionadas ao uso de álcool, crack e outras drogas, sendo referência de proteção e cuidado para familiares e usuários em situações de crise.

Este serviço deve ter disponibilidade de acolher casos novos e os já vinculados, sem qualquer barreira de acesso, deve promover a inserção, suporte de grupo e proteção aos seus usuários, organizar o processo de trabalho com a equipe multiprofissional, estabelecer profissionais de referência, adequar a oferta de serviço às necessidades, ofertar cuidados aos familiares e proporcionar a compreensão das Políticas Públicas junto aos usuários e famílias. Deve existir também orientações de acordo com os princípios da Redução de Danos⁵⁷, além da co-responsabilização pelo cuidado e

⁵⁷ A política considera a urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis, determinando ações que visem à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, disponibilizando informações, educação, aconselhamento, assistência social e saúde (BRASIL, 2005).

manejo de situações de comorbidade psiquiátrica ou clínica, dentro de suas dependências ou em parceria com outros serviços da rede de atenção em saúde, bem como produzir juntamente com usuário e familiares, um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e regular o acesso aos leitos com base em critérios clínicos e/ou psicossociais (BRASIL, 2012).

Segundo a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2011, o cuidado aos usuários é baseado na ausência de qualquer discriminação, seja ela de raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e outras. Tendo direitos como o acesso ao melhor tratamento de saúde e receber o maior número de informações sobre sua doença e seu tratamento. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde, apresentando destaque à participação principalmente da família. Complementarmente, a Lei 11.343/2006 advoga os direitos dos consumidores de substâncias psicoativas e ações pautadas na prevenção (BRASIL, 2011).

Acerca dos serviços substitutivos aos usuários de álcool e outras drogas, na realidade do Piauí, de acordo com levantamento dos serviços de saúde do estado, existe atualmente seis (06) CAPS AD no território estadual, a saber: Teresina (capital), Parnaíba, Floriano, Piripiri, Picos e Bom Jesus. Ressaltando que os três primeiros municípios são na modalidade AD III (PIAUI, 2016).

É importante frisar que a modalidade CAPS AD III, de acordo com a Portaria número 130/2012 do Ministério da Saúde, deve ser um serviço aberto 24 horas por dia em todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana, sendo referência de proteção e cuidado para usuários e familiares em situações de crise. Deve ter uma equipe composta por um médico clínico, um psiquiatra, um enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, cinco profissionais de nível superior, quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio e um profissional de nível médio para realizar tarefas de natureza administrativa.

Para os acolhimentos noturnos, a equipe mínima contará ainda com os seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 horas: um profissional de nível superior, dois técnicos de

enfermagem, um profissional de nível médio ou fundamental para tarefas de natureza administrativa. No período diurno, aos finais de semana e feriados, a equipe mínima deverá contar, em plantões de 12 horas, com: um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um profissional de nível médio ou fundamental para realizar tarefas administrativas (BRASIL, 2012).

REFLEXÕES SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), cerca de 10% da população dos grandes centros urbanos, em nível internacional, consome álcool e outras drogas de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, instrução e poder aquisitivo, podendo ocasionar consequências negativas e repercussões familiares e sociais. Especificamente sobre o uso prejudicial de álcool, estima-se uma prevalência mundial de aproximadamente 2,8% para o sexo masculino e 0,5% para o feminino (OMS, 2001; BRASIL, 2004).

Deve-se então estar atento à diferença sexual/gênero, como o crescimento do consumo de SPA entre mulheres. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) de 2012, 39% das mulheres ingerem bebida alcoólica frequentemente no Brasil. Destacando também que elas fazem maior uso de drogas lícitas, principalmente anfetamínicos e benzodiazepínicos e que apesar das taxas de consumo de SPA se aproximarem cada vez mais dos homens, elas ainda bebem menos que eles.

Esta mesma pesquisa (2012) constatou que quase dois (02) a cada dez (10) dos entrevistados se dizem “bebedores”, sendo que 17% apresentaram critérios para abuso e/ou dependência de álcool. Em relação ao gênero, 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relataram consumir álcool regularmente, ou seja, pelo menos uma vez por semana.

No que se refere aos efeitos prejudiciais da bebida alcoólica, 32% dos adultos referiram já não ter sido capaz de conseguir parar depois de começar a beber, 10% dos entrevistados colocou que

alguém já se machucou em consequência do seu consumo. Um total de 8% dos entrevistados admitem que o uso desta substância teve efeito prejudicial no seu trabalho, 4,9% deles já perdeu o emprego devido ao consumo. Acerca das questões relacionais, 9% admitem que o uso de álcool repercutiu prejudicialmente na sua família ou outros tipos de relacionamento e 5% já tentou o suicídio, dentre estes, 24% relataram ser relacionados ao consumo de álcool. Destaca ainda que existe uma forte associação entre depressão e abuso de álcool, pois duas (02) a cada dez (10) tentativas de suicídio está relacionada com o uso de álcool (LENAD, 2012).

No que diz respeito ao público masculino, este se apresenta numericamente como o maior dependente de álcool (19,5%) comparado com 6,9% de dependência feminina. Apesar da sinalização do aumento crescente de consumo de SPA entre as mulheres, os determinantes sociais de vulnerabilidade do gênero masculino, no que se refere ao uso abusivo de álcool e outras drogas, tornam-se condição de necessidade para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento (BRASIL, 2008).

O predomínio da dependência entre homens e mulheres tem uma dimensão cultural. Para elas pode-se perceber que o início do uso está, muitas vezes, associado a um mecanismo de enfrentamento da timidez, ansiedade e baixa autoestima, influenciadas pela mídia que associa o consumo de algumas substâncias à beleza e riqueza. Para o contexto dos homens, há uma busca por afirmação da masculinidade, fomentadas pela visão patriarcal. No Brasil, faz parte da sociabilidade o consumo moderado de substâncias psicoativas, mas há rechaço da dependência (CFP, 2010).

Uma possibilidade de atuação e de cuidado a esses usuários é a problematização da percepção distorcida sobre eles e das práticas de saúde predominantemente psiquiátrica que pouco contribuem para a inserção social e familiar do usuário. Alguns tratamentos muitas vezes são segregadores, pontuais e baseados na associação entre drogas e comportamentos antissociais (álcool) ou comportamentos criminosos (drogas ilícitas), tendo como principal objetivo a abstinência. Porém, muitos dos usuários não compartilham desse desejo e acabam abandonando os serviços,

outros sequer os procuram, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, as práticas de prevenção, promoção e adesão ao tratamento são limitadas (BRASIL, 2003).

Atento às ações moralizantes e às possibilidades de tratamento compulsório/forçado direcionados para a lógica da higienização (retirada do sujeito do meio social), o SUS inseriu oficialmente a Política de Redução de Danos nas ações envolvendo os usuários de substâncias psicoativas injetáveis. Esta proposta busca respeitar a liberdade de escolha, inclusão social, temporalidade e a cidadania dos usuários, frente a seus contextos de vida, com um modo de atuar clínico e com efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004).

A materialização dessa preocupação foi expressa na Portaria do Ministério da Saúde nº 816, de 30 de abril de 2002, visando ampliar a oferta de atendimento e incentivar práticas de detecção precoce e prevenção dos danos causados pelo uso abusivo de SPA. Defende ainda uma visão holística e ampliação da discussão sobre esta temática como problema de saúde pública a partir de medidas que não sejam moralistas e/ou repressivas, entendendo-a na perspectiva do protagonismo dos usuários dos serviços e baseada na redução de danos (SOUSA; RONZANI, 2012).

Em função do reconhecimento de sua expressividade enquanto saúde pública, esta demanda tem sido considerada como um dos dez problemas a ser priorizado pelos serviços de saúde. Contudo, nota-se a pouca ênfase dada para estudos e intervenções nos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, principalmente aos indivíduos do sexo masculino. Essas ações, quando existentes, são mais direcionadas às mulheres gestantes (BRASIL, 2003; CRP, 2011).

Percebe-se ao longo de vivências empíricas e relatos, que os CAPS AD, sobretudo no Piauí, têm implementado ações mesclando a abordagem proibicionista com a redução de danos, pendendo mais para a primeira, predominando em sua atuação ações de cunho curativas. Deste modo, existe a necessidade do conhecimento e ativação de práticas preventivas, de tratamento e educação intra-setoriais aos diversos programas públicos, buscando um cuidado sem julgamentos, integral e articulado afim de prevenir, tratar, reabilitar os usuários dentro de suas singularidades, possibilidades e potencialidades, sempre estimulando a participação dos atores envolvidos.

Realçando a importância de práticas biopsicossociais, que representam uma nova forma de trabalhar a partir de espaços de sociabilidade, com vivências para além dos muros e da rigidez institucional, possibilitam uma nova maneira de experienciar e superar os inúmeros preconceitos e discriminações presentes não somente na sociedade, mas muitas vezes na própria equipe (AMARANTE; TORRE, 2010).

GÊNERO

Falar sobre gênero não é somente apresentar as contradições e justaposições das concepções que envolvem os papéis, não devendo ser reduzido a uma identidade sexual ou étnica de registros biológicos. Pensar em gênero é discutir um longo processo histórico, permeado por lutas e mudanças que primeiramente tiveram destaque com o movimento feminista, suas lutas e conquistas. Em suma, as concepções de gênero diferem não somente entre as sociedades ou momentos históricos, mas no interior de determinada sociedade, ao se considerar os diversos grupos que a constituem (LOURO, 2010).

Gênero deixa de ser apenas uma condição social e histórica predeterminada de vulnerabilidade e de desigualdades entre os sexos, e passa a ser visto como uma categoria atravessada por questionamentos sobre classe social, raça, etnia, cultura, gerações e outros. Assim sendo, gênero é um construto que condiciona a percepção do mundo e uma forma de reprodução do que pertence ao masculino e ao feminino, problematização a oposição e dualismo existente no âmbito da percepção, pensamento e/ou ação (MACHIN et al., 2011).

A discussão de gênero perpassa muitos aspectos, inclusive a raiz patriarcal tão presente no Brasil, onde:

(...) as mulheres são educadas e adestradas para o espaço privado, ou seja, para exercer as tarefas domésticas (...) ser dócil, submissa, terna, cautelosa, prudente, dependente do homem. Já o homem é educado e adestrado para a esfera pública, ou seja, para ser empreendedor, viril, racional, agressivo (...). Isso é perceptível em diversas esferas da vida, seja de ordem econômica, política, cultural e/ou social. As

mulheres ocupam os postos menos qualificados do mercado de trabalho, ainda são predominantes nas universidades nas áreas de humanidades, enquanto os homens prevalecem nas ciências exatas e biológicas, ou seja, as consideradas ciências duras (GURALDELLI; ENGLER, 2008, p. 253-254).

Cabe destacar, segundo esses mesmos autores (2008), que a mulher não se constitui em um sujeito passivo, passando a reivindicar seu espaço na vida social, mediante suas diversas inserções sociais e conquistas feministas. Proporcionando também uma reflexão para o masculino, que pode ser percebido em um contexto onde gênero resulta nas “relações de poder construídas historicamente na sociedade. Como na sociedade Ocidental as pessoas do sexo masculino tornaram dominantes em todos os sentidos, inclusive no estabelecimento de leis/normas” (ROSA, 2015, p.33).

Villela e Pereira (2012) esclarecem que a categoria gênero surgiu nas discussões das mulheres que buscaram questionar sobre as vantagens masculinas percebidas nas diferenças de relações de poder entre os sexos. O reconhecimento do caráter histórico do sexo permitiu afirmar que este é resultado de um conjunto de práticas e hábitos corporais que delimitam o sujeito. Mas, como formular políticas sem limitar masculinidades e feminilidades dentro de identidades fixas, que são produtos históricos e sociais? Como desenvolver políticas públicas que não caiam na oposição tradicional e binária entre “homem” e “mulher”?

Uma das possibilidades que torna visível essa desigualdade de gênero é a politização da intervenção técnico-científica da ação profissional, já que a invisibilidade é fruto também da cultura biomédica reducionista. Dessa forma, as práticas de saúde arraigadas nessa cultura biomédica podem ter, como um de seus efeitos, o agravamento de processos de exclusão social. Em contrapartida, se essa mudança na perspectiva técnica não for realizada, a “visibilidade” que é destinada aos gêneros pode resultar em um esvaziamento ético e político deste conceito (SCHRAIBER, 2012).

Um forte exemplo é o gênero masculino, que mesmo representando um “sexo dominante”, esteve por muito tempo ausente da agenda de saúde pública do Brasil, pois muitas das

ações eram destinadas às mulheres, principalmente às gestantes e seus filhos, devido aos elevados índices de mortalidade materna e infantil. Deste modo, o público masculino só teve seu espaço nas políticas públicas de saúde no ano de 2008 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008).

A construção social de masculino(s) deve ser percebida também como um aspecto de grande importância no padrão dos riscos de saúde dos homens e na forma como eles percebem e usam seus corpos. Com a condição da perspectiva de gênero, a maioria das doenças passa a ser entendida como parte de uma combinação entre causas biológicas e socioculturais, uma vez que os processos sociais que dizem respeito ao gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade e proteção à saúde masculina e feminina. Percebendo-se assim que as discussões das políticas públicas acerca desta perspectiva representam um movimento a favor tanto da cidadania e direitos humanos, como das políticas e identidades (SCHRAIBER et al., 2010).

Frente à perspectiva de gênero deve haver uma atenção integral à saúde, que considere os diversos marcadores sociais que expressam as desigualdades nos agravos e acesso à saúde, tais como classe social, dimensões étnico raciais, orientações sexuais. Diversidades que retratam os modos de ser e identidades que representam os distintos modos de viver a vida dos usuários do SUS, resultando em ampliações de discussões dos movimentos sociais, políticas públicas e pesquisas científicas. Analisar programas governamentais e políticas públicas a partir da perspectiva de gênero, é muito mais que identificar políticas e programas, é na verdade adotar um amplo conceito de gênero, focando a construção social e histórica dos papéis feminino e masculino marcados por uma forte assimetria (COUTO, GOMES, 2012).

Além de não receber destaque nos serviços de saúde, o público masculino tem sofrido discriminação e preconceito decorrente dos aspectos sócio-histórico-culturais de virilidade, força e invulnerabilidade. O que reflete uma desvalorização do autocuidado e preocupação incipiente com a saúde, contribuindo por um lado para uma menor procura aos serviços de saúde e por outro pela pouca ênfase das ações dos profissionais (PEREIRA;

BARROS, 2015). Nesse horizonte, os homens são homogeneizados, desconsiderando, as multiplicidades de “ser homem”.

AS MASCULINIDADES

Discutir saúde do homem é inicialmente compreender o conceito de “masculinidade hegemônica” que diz respeito ao grupo cujas representações e práticas constituem a referência socialmente legitimada para a vivência do masculino, ou seja, representa uma forma de reproduzir esta organização social, considerada como uma importante referência nos estudos sobre gênero e sexualidade, interferindo nas teorias e práticas sociais cotidianas. Torna-se evidente pensar sobre uma sociedade na qual se destaca a forma hegemônica de masculinidade, em que prevalece a cultura patriarcal (MACHIN et al., 2011).

E refletir sobre as dificuldades enfrentadas pelo público masculino e não somente os vitimizandos ou culpabilizados, Schraiber (2012) acrescenta que os homens retardam ao máximo a busca por assistência à saúde, alegando não terem tempo, reclamando da constante ausência dos membros da equipe, longas filas de espera, falta de medicamentos, baixa qualificação e escasso atendimento por parte dos profissionais, ocasionando os adiamentos de consultas, exames e outros procedimentos. Além de acreditarem na invulnerabilidade e superioridade diante dos problemas de saúde, principal causa do baixo autocuidado. Destacando também que a maioria dos serviços de saúde não funciona em horários compatíveis aos horários de trabalho dos homens, dificultando o acesso a ações preventivas.

O Ministério da Saúde (2008) afirmou que homens morrem mais precocemente quando comparado com as mulheres, mas ainda assim se consideram invulneráveis e conseqüentemente não se cuidam adequadamente, contribuindo para uma maior probabilidade de doenças que poderiam ser evitadas. Como afirmaram Machin et al. (2011), a imagem masculina de sujeito “forte” pode resultar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando-os mais vulneráveis a diversas situações.

Deste modo, trabalhar com a perspectiva de saúde dos públicos masculinos requer maior envolvimento com as demandas

e necessidades em consonância com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Presume, além disso, o reconhecimento das potencialidades dos diversos equipamentos da saúde e do próprio território na efetivação das ações de cuidado e do trabalho em rede com os demais serviços e políticas públicas (SCHRAIBER et al., 2010).

Diante do tradicional perfil masculino, os profissionais de saúde devem trabalhar com a perspectiva de ações preventivas e com maior envolvimento sobre as demandas e necessidades desse público, reconhecimento das potencialidades do próprio território na efetivação das ações e do trabalho em rede com os demais serviços, como saúde, educação e assistência social (FIGUEIREDO, 2005).

A saúde dos públicos masculinos representa uma proposta extremamente necessária e bastante condizente com a realidade contemporânea e necessitando sintonia com as conquistas dos diversos movimentos sociais nas ações em saúde no Brasil. Frente a este crescente olhar, a Política de Saúde do Homem foi pensada a partir dos comportamentos masculinos, dentro de crenças culturais, como o baixo autocuidado, a negação da vulnerabilidade e da possibilidade de fraqueza e a pequena procura por qualquer tipo de ajuda em relação a questões de saúde. Representando assim um desafio para as políticas de saúde que buscam uma melhoria nesse aspecto (COUTO et al., 2010).

Apesar da nitidez dessa consideração, por muitos anos, a população masculina ficou sem visibilidade nas políticas de saúde. Contudo, no ano de 2008, o Ministério da Saúde lançou a PNAISH, com a finalidade principal de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos diversos serviços de saúde. Essa ação demonstra que os agravos que acometem os homens constituem um problema de saúde pública também para os serviços de baixa e média complexidade, não somente os de alta complexidade, como os hospitais (BRASIL, 2008).

A PNAISH contempla os homens com idade entre 25 e 59 anos, correspondendo a 41,3 % da população masculina brasileira, com o intuito de efetivar os princípios da equidade, igualdade, participação comunitária, humanização, redes de ações e outros. Buscando a promoção e prevenção de saúde através do acesso e do vínculo aos

usuários e um trabalho contínuo via Projeto Terapêutico Singular. Defendendo uma ótica integrada da pessoa e uma dupla atuação de sensibilização, tanto para os homens, com ênfase na prevenção de doenças; quanto para as equipes, que devem ter uma maior percepção em relação às necessidades masculinas, com atenção integral aos indivíduos e trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a PNAISH foi construída e é atualmente desenvolvida com indicadores demográficos e com as minúcias do público masculino, como violência, população privada de liberdade, drogas lícitas e ilícitas, deficiências, direitos sexuais e reprodutivos a partir de indicadores de morbimortalidade. Com objetivos de promover a melhoria das condições de saúde através do enfrentamento dos fatores de risco, organizar e humanizar a atenção integral à saúde do homem, ampliar o acesso às ações preventivas, dentre outros.

Assim, a PNAISH preconiza o rompimento dos obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde, a baixa ou nula adesão aos tratamentos, estimular o autocuidado, o reconhecimento dos direitos sociais e de cidadania, humanização e qualidade da atenção e compromisso de corresponsabilização. Atuando para além da cultura do cuidado masculino, buscando a articulação com diversas instituições e serviços, visando modos de atuação como educação, lazer, segurança, saúde mental e outros. Já para os profissionais, ela visa uma maior capacitação técnica, disponibilidade de possibilidades de atuação e equipamentos disponíveis, atuação ética, entre outras posturas (BRASIL, 2008).

Frente a esses propósitos, os homens passaram a ser percebidos pelos sistemas de saúde de acordo com sua singularidade enquanto sujeitos sociais envolvidos no processo de saúde e doença a partir de uma perspectiva relacional de gênero e não somente como mero organismo do sexo masculino. Este processo representa um dos grandes desafios para a saúde coletiva, pois há pouca visibilidade no que se refere a homens e saúde no campo das políticas, uma vez que as particularidades dos gêneros devem ser consideradas (COUTO; GOMES, 2012).

Nesse horizonte, o cuidado aos consumidores de SPA necessita de uma análise situacional da saúde dos homens em cada

território e equipamento de saúde, requerendo a multiplicação de suas identidades, envolvendo classe social, marcadores étnicos e a diversidade de experiências com as diferentes masculinidades. Ou seja, uma proposta interseccional que agregue diversos marcadores sociais, que apresente como as categorias de diferenciação podem produzir efeitos distintos em diferentes contextos e que destaque a importância em se trabalhar/estudar *classe, gênero e etnia* de forma articulada e contextualizada, a fim de compreender os processos de interlocução, dificuldades e alternativas entre essas categorias (KENER, 2012).

Assim, quanto mais identidades socialmente desvalorizadas e agregadas em um mesmo sujeito, mais amplia suas possibilidades de vulnerabilidades. Mas, os serviços de saúde mental, parecem ainda distantes desse entendimento, o que requer outros olhares e intervenções, para além do corpo masculino homogeneizado e da concepção tradicional e até mesmo excludente do uso de substâncias psicoativas.

Nesta perspectiva, entra a importância em se discutir e contextualizar a cerca da interseccionalidade, que busca explicar como normas, valores, ideologias, discursos, estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente. Compreendendo também o nível das representações simbólicas com o intuito de perceber a dinâmica da dominação social injusta que se expressa nos diferentes agravos à saúde. Deste modo, diz respeito a um símbolo para as diversas formas possíveis de combinações e entrelaçamentos de inúmeras formas de poder “(...) expressas por categorias de diferença e de diversidade, sobretudo as de ‘raça’, etnia, gênero, sexualidade, classe/camada social, bem como, eventualmente, as de religião, idade e deficiências” (KENER, 2012, p. 55).

E a partir dessa reflexão, compreender que o conceito de equidade diz respeito a um dos princípios doutrinários do SUS e tem relação direta com os ideais de igualdade e justiça. A equidade pode ser defendida nas políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos e agindo para reduzir o impacto dos determinantes sociais. Percebida nas ações dos serviços por meio do cuidado aos indivíduos de acordo com suas necessidades, proporcionando mais a quem mais requer e menos a quem menos precisa cuidados, reconhecendo

assim as idiosincrasias das condições/ necessidades de vida e saúde das pessoas. Frente a essas necessidades, deve haver programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando todos os segmentos da população (MENDES, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir saúde implica enfrentar questões das interrelações entre os gêneros e cultura com repercussão nas práticas de prevenção e principalmente na promoção à saúde, desviando-se das concepções individualizantes, ressaltando as ligações entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Além disso, deve-se considerar o caráter relacional das problemáticas de saúde, o caráter social do adoecimento e as perspectivas de gênero como forma da relação entre saúde e sociedade. Porém, para que se concretize, é necessário, dentre outros aspectos, uma formação que proporcione discussões e ampliações dessas possibilidades de reflexão. É imprescindível conhecer o processo de construção das políticas sociais, suas características e desdobramentos, para então investigar mais na saúde e, de acordo com o foco deste estudo, no público masculino e da demanda do usuário de substâncias psicoativas, que são fortemente permeados por significados socialmente construídos.

Assim, é crucial compreender tais discussões, suas características e desdobramentos, para então poder contribuir para o campo reflexivo e na não manutenção da ordem tradicional, buscando contribuir com questionamentos e orientações para outras pesquisas que visem investigar a relação entre saúde desses públicos e as políticas sociais a partir de outros olhares.

A partir dessas reflexões, espera-se o fortalecimento das políticas de saúde junto com as demais políticas sociais, atuando no desenvolvimento e avaliação de políticas referentes às necessidades sociais distintas a partir de diversos marcadores sociais. Deste modo, deve-se pensar acerca da importância de reconhecer a diferença e questionar os conceitos homogêneos, estáveis e permanentes que excluem o/a diferente. Sendo necessário desconstruir, pluralizar, ressignificar, reinventar identidades e subjetividades, saberes,

valores e convicções. Ou seja, antes de tolerar, respeitar e admitir a diferença é preciso explicar como essa diferença é produzida e quais são jogos de poder estabelecidos.

Além dos aspectos teóricos, práticos e pessoais, é de suma importância destacar que esta pesquisa é imprescindível, pois representa uma combinação de temáticas periféricas e com discussões acerca de saúde do homem, especificamente dos que estão em uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. Fomentando discussões em virtude da constatação das ações nesse âmbito, que muitas vezes não se realizarem de forma integralizada, nem tão pouco atenderem o seguimento desde a promoção, prevenção, reabilitação e cura de forma articulada, o que ocasiona em poucas ações nesse âmbito. Havendo assim uma maior necessidade e até mesmo urgência em se pesquisar esta temática

Frente a essas constatações, cabe frisar que essa temática se revela desafiadora para as práticas profissionais e estudos científicos, tendo este texto como recomendação para a ampliação das discussões e problematizações sobre esta proposta na tentativa de ampliar o campo das possibilidades e potencialidades, objetivando contribuir para este campo de saber e intervenção. Espera-se assim, contribuir para a maior capilaridade da formação (educação permanente) e das ações profissionais na perspectiva de homens pluralizados, reconstituídos em suas múltiplas e conjugadas identidades e marcadores sociais, conformando os CAPS AD em serviços que reflitam sobre as dimensões de classe social, gênero e etnias de seu público alvo majoritário e minoritário.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 02 set. 2016.

_____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2011 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 02 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf >. Acesso em: 12 de set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Princípios e Diretrizes, 2008. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130/2012 redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (**CAPS AD III**) e os respectivos incentivos financeiro. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 13 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028/2005 regulamenta as ações destinadas à **Redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov>>.

br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf>. Acesso em: 12 de set. 2016.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras** – Brasília, 128 p, 2010. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/06/AlcoolDrogas_novas_alteracoes.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante, P. (org.). Ensaio: Subjetividade, Saúde mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 361p. 2006.

COUTO M. T.; GOMES R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, pp. 2569-2578, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/05.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2016.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 set. 2016.

CRP. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - São Paulo. **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. Disponível em: <<http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/livro-alcool-drogas/crp-alcool-e-outras-drogas.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2016.

FIGUEIREDO, W. DOSS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 01, pp. 7-17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de set. 2016.

GUIRALDELLI, R.; ENGLER, H. B. R. As categorias gênero e raça/etnia como evidências da questão social: uma reflexão no âmbito do serviço social. **Serviço Social & Realidade**. Franca, SP: v. 17, n. 1, p. 248-267, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/12/77>>. Acesso em: 22 de set. 2016.

KERNER, I. Tudo é interseccional? Sobre a relação entre racismo e sexismo. Traduzido por Bianca Tayolari. **Revista Estudos Novos – CEBRAP**, n.93, pp.45-58, 2012. ISSN 0.101-3.300. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000200005>>. Acesso em: 10 de set. 2016.

LENAD - **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Org. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

LOURO, L. G. **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. 3ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. DA; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. DOS S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, pp. 4503-4512, 2011. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 24 de set. 2016.

MENDES, E.V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV, organizador. **Uma agenda para a saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança, 2001. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf >. Acesso em: 10 de set. 2016.

PEREIRA, M. C. A.; BARROS, J. P. P. Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 03, pp. 587-598, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-7182&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de set. 2016.

PIAUI. Portal da Saúde. Secretaria do Estado do Piauí. Rede Psicossocial. S/D. Disponível em: < <http://www.saude.pi.gov.br> >. Acesso em: 15 set. 2016.

ROSA, L. C. S. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. IN: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). **Os sentidos da democracia**: Políticas do dissenso e hegemonia global. Rio de Janeiro: Vozes. 1999.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, pp. 2635-2644, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf >. Acesso em: 15 set. 2016.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, F. P.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N. DA; VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária aos cuidados dos homens. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 05, pp. 961-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722012000200007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 de set. 2016.

VILLELA, W. V.; PEREIRA, P. P. G. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, pp.2579-2588, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000006&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2016.

ZAGO, N. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N. et al. (Orgs.) **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em psicologia da educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003, p. 287-309.

QUESTÕES DE GÊNERO NO TERRITÓRIO DA SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS

*Tahiana Meneses Alves*⁵⁸

Este artigo⁵⁹ tem por objetivo evidenciar, através de uma revisão de literatura, algumas interfaces entre a categoria gênero e o território da saúde mental. Falar sobre gênero é falar sobre as imagens femininas e masculinas, construídas historicamente (SAFFIOTI, 2008). Representa o que o mundo social espera quanto a valores, condutas, comportamentos, etc. de homens e mulheres. Em outras palavras, a sociedade oferece modelos de masculinidade e feminilidade a serem seguidos pelas pessoas. Enquanto um marcador sociocultural, gênero expressa diferenças/assimetrias entre homens e mulheres em variadas esferas da vida, incluindo a saúde mental.

De uma maneira paulatina, um olhar de gênero tem sido adotado para compreender melhor o panorama da saúde mental.

⁵⁸ Assistente Social (UFPI). Doutoranda em Sociologia pela Universidade do Minho. E-mail: menesestahiana@gmail.com

⁵⁹ Tem base no projeto de doutoramento “As experiências de homens e mulheres diagnosticados/as com a doença mental” (referência SFRH/BD/96628/2013), apoiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Isto significa romper com um modelo que tradicionalmente explica e trata o “mental” exclusivamente a partir dos seus fatores biológicos. Por exemplo, a própria Organização Mundial de Saúde, hoje em dia, contesta um modelo de explicação biologizante e reconhece o peso de fatores sociais como gênero, raça/etnia, classe social, entre outros, na configuração dos processos “saúde-doença”. Neste caso, admite que as iniquidades entre homens e mulheres, decorrentes das relações de gênero, podem ter impactos negativos sobre a saúde.

No entanto, no território da saúde mental, há outras dimensões sobre as quais as relações de gênero exercem influência. Ocorre que nem sempre elas são notadas. Assim, gênero também está presente: nos dados epidemiológicos psiquiátricos que mostram, de maneira global, uma sobrerrepresentação feminina nas estatísticas e dispositivos de saúde mental; na semiologia e na diversidade dos diagnósticos que elencam sintomas e transtornos mais comuns para mulheres (como a ansiedade, a depressão ou transtornos alimentares como a anorexia nervosa ou a bulimia nervosa) ou para homens (transtornos devido ao uso nocivo de substâncias psicoativas); na formulação e execução de políticas públicas de saúde mental; nas ações de indústrias farmacêuticas; nas experiências subjetivas das pessoas com o próprio transtorno mental.

GÊNERO: ALGUNS ASPECTOS PARA O DEBATE

No debate sobre gênero, consideramos importante levar em conta alguns aspectos. O primeiro deles é que gênero deve ser analisado para além de binarismos, dualismos, essencialismos. Um caso onde isto costuma acontecer – e onde o gênero surge como um dos pólos de um binário – é quando a sua definição é feita por meio de uma distinção radical face ao sexo. Ainda são frequentes as aceções sobre sexo e gênero que os consideram como pertencentes ao domínio da natureza e da cultura, respectivamente. Isto envolve implicitamente uma distinção “corpo-consciência” de um tipo racionalista ou cartesiano, onde o corpo/sexo aparece como categoria neutra ou passiva (BUSFIELD, 1996), como se tivesse relação apenas com a biologia/natureza.

Acontece que a própria diferença biológica (entre “macho” e “fêmea”) é construída socioculturalmente⁶⁰, contrariando a ideia não apenas de um determinismo mas de um fundacionalismo biológico (NICHOLSON, 2000). Como afirma Brandão (2010), o sexo sempre foi alvo de regulação social e possui uma história. Ele “sustenta, igualmente, um sistema de classificação e ordenação da realidade cuja compreensão plena requer a sua contextualização nas relações de gênero vigentes” (idem, p. 9). Sob esta perspectiva, o sexo é “um construto a explicar, em vez de factor explicativo” (AMÂNCIO, 2003, p. 687).

Se considerado algo restrito à natureza, o sexo não dá conta de definir quem pode ser considerado homem e mulher (vide o caso de pessoas transexuais ou intersexo). Assim, concordamos com Saffioti (2008), que afirma ser possível trilhar caminhos para eliminar este dualismo investindo na postura de se assumir que sexo e gênero são, na realidade, uma unidade, já que não existe uma “sexualidade biológica” que seja independente do contexto social em que é exercida. Tampouco o uso do conceito de gênero pode negligenciar o caráter biológico que constitui o ser social.

Além do dualismo entre sexo e gênero, há também uma concepção binarista que envolve o próprio conceito de gênero. É aquela que o concebe enquanto uma maneira de definir categórica e invariavelmente noções de masculino e feminino. É fato que existem posições hegemônicas a respeito de como deve ser um homem ou uma mulher, mas elas não são as únicas possíveis. E como atenta Scott (1995, p. 87), é preciso derrubar estas noções fixas e perceber o gênero como uma dimensão ou graus contínuos de masculinidades ou feminilidades com as mais extremas formas colocadas em cada extremidade.

Um segundo aspecto que merece destaque é conceber que gênero não é apenas um critério de diferenciação e classificação dos

⁶⁰ Nicholson (2000) sobre a polarização “vagina x pênis”: faz uma crítica ao fundacionismo biológico porque este se baseia nos órgãos sexuais feminino/masculino, no que mulheres e homens “têm em comum” ... mas e o caso das travestis? Por sua vez, Scott (1995) afirma que o pênis e a vagina existem, mas só têm sentido na sociedade quando compreendidos a partir de um olhar que é cultural.

seres e das coisas, mas, sobretudo, um sistema de desigualdade, de assimetria, um sistema hierárquico, que representa o estado das relações de poder entre homens e mulheres (BRANDÃO, 2010). O espaço social dos gêneros não estabelece diferenças ingênuas, mas hierarquias entre homens e mulheres, onde geralmente prevalece o masculino “hegemônico” (homem, branco, classe média, heterossexual). Viver como homem ou mulher implica não somente ter de aprender/representar distintos papéis, valores, crenças, atitudes, mas ter acesso a posições e recursos desiguais. Envolve desigualdades que vão desde dimensões simbólicas até materiais.

Um terceiro aspecto é que o conceito de gênero não pode ocultar que as próprias disparidades entre homens e mulheres são cruzadas e potencializadas por outras formas de desigualdades sociais e econômicas, como as de classe, raciais, étnicas, de geração ou capacidade (ALVES E CORRÊA, 2009). Neste sentido, gênero é um *linking concept* (Connell citado por BUSFIELD, 1996) porque permeia a vida social juntamente com a classe social, a raça/etnia, da geração, a orientação sexual, entre outras. Em suma, entende-se que não se pode falar em “mulher” ou “homem”, mas em mulheres e homens. Tanto o reconhecimento do gênero enquanto categoria não binária quanto a sua articulação com outras categorias como a raça/etnia, classe e etc afastam a ideia de uma identidade global “feminina” ou “masculina”. As diferenças e desigualdades não existem apenas entre homens e mulheres, mas entre os próprios homens e as próprias mulheres.

Dito isto, convém superar ideias binaristas e essencialistas sobre o gênero não apenas no plano teórico, mas nas realidades culturais, sociais e políticas dos contextos. Como Alves e Corrêa (2009) chamam a atenção, as demandas por serviços e direitos que se fazem hoje evidentes demonstram que é inviável e inadequado continuar a pensar a agenda de gênero, políticas públicas e direitos humanos a partir de uma perspectiva reducionista. Isto é de fundamental importância numa releitura guiada por lentes de gênero no campo da saúde mental.

GÊNERO E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS INTERFACES

Como dito, as distintas/assimétricas/contraditórias formas de ser e estar no mundo direcionadas para os gêneros influenciam variados aspectos da vida – individual e social –, incluindo a saúde mental. Mas isto ocorre a partir de inúmeras interfaces, umas mais evidentes que outras. Apresentemos algumas delas.

Gênero enquanto determinante social do adoecimento

A interface, por assim dizer, mais “óbvia” evidencia o peso de fatores sociais como o gênero sobre a saúde mental. Nesta linha, em 2001, a OMS contrariou um modelo de explicação predominantemente biológico e reconheceu a importância de aspectos sociais (“diferenças entre os sexos”) na configuração dos processos saúde-doença mental. Antes disso, em 2000, atestou que a discussão dos determinantes de saúde mental para as mulheres deveria se mover do foco no estilo de vida individual para o reconhecimento de sua interação com fatores ambientais, legais, econômicos mais amplos e relacionados às diferenças de gênero que afetam a saúde feminina (WHO, 2000). Em 2008, afirmou que iniquidades de gênero influenciam a saúde através de padrões discriminatórios, da violência contra a mulher, da falta de acesso a recursos e oportunidades, da falta de poder de decisão sobre a própria saúde, entre outros fatores (WHO, 2008). O adoecimento também é produzido socialmente e isto é particularmente visível a partir de uma vulnerabilidade social feminina.

Igualmente, Kadri e Alami (2009) chamam a atenção para o peso dos fatores sociais na etiologia de certas doenças, principalmente para as mulheres. Claro que as condições femininas diferem dependendo do país, de sua política e de seu grau de abertura para valores humanos universais. Varia também num mesmo país dependendo se é uma zona rural ou urbana, e pode mudar ainda numa mesma cidade, se é um bairro ou outro. Acontece que, no geral, as mulheres têm um *status* social mais baixo que os homens, apesar da sua maior participação em esferas como a da família, tarefas comunitárias, na reprodução e na procriação (idem,

p 46). E isto acontece em escalas globais, em países do ocidente ou não. As autoras mencionam alguns aspectos relacionados às questões de gênero que repercutem negativamente na saúde mental das mulheres: os múltiplos papéis, em especial os que agregam maternidade + trabalho doméstico + trabalho assalariado; o *status* marital (que pode ser fator protetivo ou não da saúde mental para ambos os gêneros) e o número de filhos; os impactos da violência física e sexual, inclusive aquelas que ocorrem no âmbito da família; o analfabetismo, principalmente em áreas rurais de diversos países; os casamentos tradicionais arranjados e os efeitos da poligamia (ambos muito comuns em países árabes); a sexualidade quando fora dos quadros mais autorizados socialmente; os efeitos da circuncisão feminina (prática que prevalece em países africanos), mesmo em mulheres com nível socioeconômico mais elevado.

Mencionadas algumas condições sociais de vida das mulheres que podem afetar negativamente a sua saúde mental, é necessário pensar o mesmo com relação aos homens, ainda mais quando esta é uma temática incipiente. Pouco foi investigado sobre os determinantes que afetam negativamente a saúde mental de homens. Sobre isto, Bonino (2000, p. 1) informa que muitos problemas psicossociais vivenciados por eles em contexto ocidental – como o alcoolismo, a toxicodependência, suicídios – também têm relação com a forma pela qual são socializados. Muitos casos de sofrimento mental estão fortemente associados com um estilo de vida guiado por um modelo de masculinidade que engloba situações de violência, abuso de substâncias psicoativas, riscos, poder, entre outros.

As condições sociais de vida impostas para homens e mulheres são diferentes e, no geral, mais desfavoráveis para elas. Todavia, o peso de uma socialização de gênero pode deixar ambos vulneráveis no que diz respeito à qualidade da saúde mental.

Dados epidemiológicos psiquiátricos

Outra interface entre gênero e saúde mental pode ser observada através dos dados epidemiológicos psiquiátricos. Em séculos passados, especialmente na Europa, foi registrado um

maior número de mulheres que de homens internados em asilos e outras instituições de tratamento (BUSFIELD, 1996; CHESLER, 1972; OMS, 2001). Mas, segundo a OMS (2001: 41) informa, não se sabe ao certo se este fato ocorreu devido a uma real prevalência de transtornos mentais em mulheres ou se elas eram as que se apresentavam mais para o tratamento. Entretanto, estes dados do passado estão bastante imbuídos de questões de gênero.

No tópico acima foi visto que determinantes estruturais afetam de maneiras diferentes a saúde mental masculina e feminina. Como, no geral, as mulheres têm um *status* social mais baixo, elas podem ter uma maior vulnerabilidade (social⁶¹) a sofrer com problemas de saúde mental. Mas esta é apenas a tendência mais manifesta para compreender, a partir de uma ótica de gênero, a sobrerrepresentação feminina nas taxas epidemiológicas.

Para isto, é necessário, primeiramente, pensar além dos dados epidemiológicos em si. Tais dados frequentemente sugerem uma relação natural entre mulheres e transtorno mental. Esta ideia não é recente e, segundo Astbury (1999), tem resistido às mudanças (históricas, socioculturais) e estado presente na longa história da histeria e na crença de que mulheres têm uma tendência inata ao transtorno mental. A aceitação da ideia desse elo natural não é algo difícil de acontecer, haja vista que o próprio discurso médico, portador de grande autoridade, valida isto. Como informa Nogueira (2001), desde os textos medievais, passando pelo renascimento até a revolução iluminista, o discurso médico refere o corpo feminino como uma cópia defeituosa do corpo masculino. Sob esta lógica, não seria uma surpresa que as mulheres fossem as mais atingidas por problemas de saúde mental.

Especificamente no campo do mental, Busfield (1996) informa que, para muitos (o que inclui perspectivas do senso comum até do discurso científico), a relação “mulher x transtorno mental” ocorre por conta de duas presunções: primeiro, à de que as mulheres são

⁶¹ Devemos lembrar que o transtorno mental é um fenômeno atravessado por aspectos sociais, biológicos, psicológicos, culturais, sociais etc. Portanto, afirmar que as mulheres podem ter uma vulnerabilidade **social** maior aos transtornos mentais não significa concordar que elas têm uma disposição natural para eles.

biologicamente e psicologicamente inferiores aos homens, por isso, são mais voláteis, emocionais e irracionais; depois, à presunção de que elas são, por “natureza”, mais vulneráveis a tensões e estresses da vida cotidiana e, conseqüentemente, mais predispostas a se tornarem mentalmente doentes. Sem aderir a qualquer das possibilidades, Busfield, com quem concordamos, afirma que acreditar que o transtorno mental é naturalmente mais comum entre mulheres que entre homens é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma justificação das/para as várias diferenças entre masculino e feminino (idem: 13-14). Historicamente, a suposta natureza feminina frágil tem reservado às mulheres determinados lugares na vida social. A esfera da saúde é apenas uma delas.

Mas as crenças não estão restrita às mulheres. Desde uma visão binarista e essencializada sobre masculino e feminino, se as mulheres são sinônimo de fragilidade, os homens são sinônimo de solidez. Bonino (2000, p.1) destaca a insuficiente investigação sobre as condições masculinas de saúde mental. Para o autor, isto tem relação com o fato de o masculino e seus valores seguirem na cultura do ocidente – e também no âmbito da saúde mental – como paradigma de normalidade, maturidade, saúde, autonomia. Por isso, parecem não requerer interrogação. Se do modelo masculino derivam as “normas” e, portanto, as noções de saúde e sanidade, as suas práticas permanecem, frequentemente, inquestionadas e silenciadas por serem vistas como “normais”. Portanto, o que ocorre com as mulheres é que elas permanecem ocupando a posição oposta na dicotomia do espaço simbólico saúde-doença, a saber, a de anormalidade/patologia/insanidade (idem). Os homens, por sua vez, são associados com a norma, isto é, com a racionalidade e a razão e, por conseguinte, com a “saúde”.

Esta crença sobre os homens acaba proporcionando alguns paradoxos, conforme Bonino (2000). O primeiro é que, nos homens, o transtorno tende a se apresentar de maneira imprecisa por não ser considerado domínio de alguma teoria no campo da saúde mental e, logo, não ser alvo de estudos e tratamentos suficientes. O segundo paradoxo é que, embora as mulheres tenham sofrido os efeitos da medicalização e que vários aspectos de suas experiências de vida tenham sido “anormalizados” e “psiquiatrizados”, elas, por

este mesmo motivo, foram incorporadas ao campo da saúde mental e tiveram – ainda que de modo discutível – suas problemáticas discutidas enquanto alvos de estudos e práticas.

Parece-nos, neste ponto, interessante reafirmar que, no território da saúde mental, é indispensável realçar mais as relações entre os gêneros do que, apenas, as mulheres. Sem desconsiderar a possibilidade (e gravidade) real de sofrimento, convém investigar se não está a haver, atualmente, como afirma Maluf (2010: 26), uma medicalização do corpo e da vida e, mais ainda, do corpo e da vida das mulheres. Em vários países, como por exemplo o Brasil, este fenômeno não mais se restringe às classes médias e altas, mas agora acomete, cada vez mais, mulheres de classes populares (DIEHL, MANZINI E BECKER, 2010; HITA, 1998; SILVEIRA, 1998), rurais (COSTA, DIMENSTEIN E LEITE, 2015) e indígenas (MALUF, 2010). Também é necessário questionar se os homens, por sua vez, não estão tendo as suas experiências de sofrimento mental silenciadas e negligenciadas. Tal qual afirma Bonino (2000, p. 2), a “ilusão de normalidade” dos homens contribui para deixá-los fora das estatísticas e dos dispositivos de saúde mental.

Com isto, torna-se imperioso problematizar a sobrerrepresentação feminina e a baixa representação masculina com relação aos transtornos mentais para além da “evidência” dos dados epidemiológicos psiquiátricos porque a realidade dos mesmos é perpassada por questões de gênero. Os dados acabam sendo produtos sociais e mostram que não é sólido afirmar que haja uma ligação em particular entre transtornos mentais e mulheres e, segundo Busfield (1996), principalmente quando se confronta isto com o episódio da “feminização da loucura”, que passou a ocorrer apenas partir do século XIX. Em outras palavras, podemos afirmar que, em termos históricos, é um fenômeno relativamente “novo”, contrariando a ideia de uma “natureza feminina” predisposta à enfermidade.

Semiologia e diagnósticos mais comuns em homens e mulheres

A semiologia (o estudo dos sintomas e sinais da doença) e os diagnósticos psiquiátricos também podem expressar interfaces

entre gênero e saúde mental. Para visualizar, pensemos no sintoma “choro”. Como argumenta Zanello (2014), na nossa sociedade, percebe-se uma maior “facilidade” para chorar das mulheres em comparação aos homens. O problema é que os homens também sentem tristeza embora não expressem sempre através do choro. Entretanto, a presença/ausência do choro é um dos pontos considerados no diagnóstico da depressão e, quase que automaticamente, podem levar ao diagnóstico (para as mulheres).

Apesar de uma tendência à lógica trazida da medicina ocidental, que é a de universalizar sintomas e sinais contabilizando-os em termos de frequência na população, é possível perceber uma densa participação de estereótipos de gênero na formação dos mesmos (ZANELLO, 2014). Enquanto normalmente se atribuiria tal diferença à biologia, a variação cultural mostra que as próprias formas de medição têm valor limitado. Por isso, também é preciso pensar nos fatores sociais em ordem para entender a distribuição dos diagnósticos, incluindo as diferenças de gênero nos seus modos de expressão (BUSFIELD, 1996).

Mesmo que a psiquiatria afirme a sua neutralidade, é possível perceber que muitos diagnósticos fundamentados por pensamentos, atitudes, emoções, comportamentos (sintomas) são, na realidade, mais ou menos genderados. A ordem de gênero está presente na maneira como se enfrenta e nomeia as situações na leitura do transtorno, seja para homens ou mulheres (ZANELLO, 2014). Como afirma a autora, tal leitura desses sintomas ou análise das queixas, no interior da nossa sociedade, conduz a certos diagnósticos. Medo, ansiedade e tristeza são emoções mais comumente atribuídas ao feminino. Categorias diagnósticas são construídas em torno dessas emoções, o que pode acabar diagnosticando mais mulheres que homens (BUSFIELD, 1996; CHESLER, 1975; ZANELLO, 2014). Não é por acaso, tal qual informam Kadri e Alami (2009: 37), que mulheres são, pelo menos, duas vezes mais propensas que homens a sofrer de transtornos de ansiedade e depressão, incluindo a depressão unipolar, a distímia, o transtorno do pânico, o transtorno do stress pós-traumático, o transtorno generalizado de ansiedade, o transtorno de ansiedade social e fobias dos mais diversos tipos. Pensemos, por exemplo, em certos sintomas emocionais da

depressão (choro “imotivado”, tristeza) ou da ansiedade (medo extremo): eles coincidem com características mais associadas às mulheres que aos homens. Também não é à toa que mulheres jovens sejam as mais diagnosticadas com transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Novamente, pensemos em sintomas como sentir medo de engordar ou ficar acima do peso ideal, ter imagem corporal distorcida, não comer ou comer em demasia e logo depois ir ao banheiro: tudo isto tem vínculo com a pressão social pela eterna juventude e corpo magro sobre - não apenas, mas, sobretudo - as mulheres.

Desta forma, o modo tradicional de ser feminino comporta características similares a certos sintomas de transtornos mentais. O mesmo acontece com outros transtornos para os quais os sintomas costumam ser mais “verificados” no masculino (sintomas como agressividade, irritabilidade). Busfield (1996), entretanto, ressalta que isto é mais facilmente reconhecido na construção de categorias de neuroses e desordens comportamentais do que no caso de psicoses e transtornos mentais com bases orgânicas mais evidentes (tipo a esquizofrenia ou demências). Astbury (1999), de forma similar, observa que as diferenças mais marcantes de gênero face à prevalência surgem para os CMD (*common mental disorders*), isto é, as neuroses⁶².

Os diagnósticos são definidos a partir de uma semiologia que habitualmente “trata como signo natural algo que é da ordem do simbólico e dos valores” (ZANELLO, 2014, p. 53). Isto quer dizer que as relações de gênero se expressam não mais somente no que o paciente/usuário enxerga como problemático, mas também nos valores e ideais do próprio médico (ou seja, o profissional autorizado a diagnosticar) quanto ao que este entende sobre o que é ser um homem ou uma mulher (idem). A literatura médica costuma

⁶² Mas mesmo no caso de psicoses as questões de gênero podem ser evidenciadas. Zanello destaca falas de pacientes psiquiátricos diagnosticados/as com esquizofrenia. Mesmo no delírio, estas falas exprimem muito do que se passa na sociedade no que diz respeito às relações de gênero. Enquanto as falas das mulheres remetem para o dispositivo amoroso (empoderamento quando são amadas por homens bem sucedidos. Exemplo: “meu namorado é o Brad Pitt!”), as dos homens referem o dispositivo da eficácia laborativa e sexual (“Eu sou milionário”).

ser descritiva e, estando baseada nos manuais diagnósticos, não problematiza que a própria eleição dos sintomas que descreve já é atravessada pelo gendramento dos mesmos (sintomas). Assim, orienta o médico para aquilo que vai reafirmar os valores “na base das próprias descrições que estudou, configurando-se em uma bola de neve...” (idem, p. 53). Esta interface não é muito fácil de se perceber porque, segundo Zanello (2014), as diferenças mais marcantes entre homens e mulheres quanto aos diagnósticos são constatadas em diversos países e culturas, portanto, elas sugerem mais facilmente uma base biológica, dando força para um modelo de racionalização biológica. É necessário olhar com mais criticidade para a lógica pela qual se estabelecem sinais, sintomas e diagnósticos.

Formulação e execução de políticas públicas

Binarismos de gênero também estão presentes nos processos de formulação e execução de políticas públicas. No campo da saúde como um todo (o que inclui a saúde mental), é verificada uma propensão ao biológico mesmo nos discursos e práticas que promovem pautas tentando englobar o termo gênero.

No Brasil, por exemplo, Maluf (2010) constatou que pesquisas acadêmicas, políticas institucionais/governamentais e até movimentos sociais que atuam na área da saúde têm tentado levar em conta diferenças entre homens e mulheres. Porém, quando apreendem estas diferenças, concentram sua atenção em torno da saúde sexual e reprodutiva. A ênfase está na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/Aids, contracepção, aborto e saúde materna. A autora - com base na noção foucaultiana de biopoder, que tem como uma de suas características a utilização, por estados modernos, de práticas e técnicas que controlem a população principalmente através de seus corpos - avalia esta tendência como sendo parte da racionalização biomédica da vida subjetiva (idem). Ou seja, se por acaso diferenças são consideradas, isto ocorre guiado por uma perspectiva que prioriza os corpos (biologicamente falando) em detrimento de outros aspectos (como os socioculturais, por exemplo).

Um discurso fiscalista nas configurações em volta do gênero, da saúde e da aflição também é predominante quando surge

no contexto mais amplo da saúde mental no Brasil. Um aspecto notável diz respeito à maneira pela qual o gênero é incorporado por práticas profissionais e políticas públicas. Maluf (2010) chama a atenção para o fato de como o gênero tem sido abordado tanto nos documentos públicos institucionais (planos nacional, estadual, municipal de saúde mental ou saúde da mulher) quanto no que profissionais e agentes de saúde fazem no cotidiano do seu trabalho junto a pacientes e usuários dos serviços. Quanto às políticas públicas governamentais de saúde mental no Brasil, as mulheres são mencionadas principalmente a partir do que seriam suas situações de “vulnerabilidade” relacionadas à noção de “ciclo de vida”, ou seja, à questão de saúde reprodutiva e prevenção – muito mais direcionadas ao seu ciclo biológico que às suas condições sociais de vida. Assim, uma perspectiva de gênero que especifique as diferenças socioculturais entre homens e mulheres ainda não está substancialmente consolidada nas políticas públicas.

Quanto às práticas profissionais, pesquisas de campo revelam que a maioria das pessoas que procura os serviços públicos de saúde mental e recebe medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos é do sexo feminino. A autora concluiu que, apesar de não haver uma política consolidada de gênero na saúde mental, é possível constatar que, nos cotidianos profissionais, existe a aplicação de uma política e um discurso da diferença de gênero. Em outras palavras, há uma política sendo reproduzida, mas “uma política que implica na medicalização⁶³ e medicamentação⁶⁴ de mulheres usuárias do serviço público” (MALUF, 2010, p. 35). Pode-se afirmar, portanto, que, no Brasil, as questões de gênero e saúde mental são tratadas por uma política pública da diferença e da medicalização que aprofundam - mais que combatem - as assimetrias existentes entre homens e mulheres.

Para reverter esta imprecisão, a autora sugere alguns pontos

⁶³ Tratar acontecimentos que poderiam ser considerados “normais” ou “comuns” na vida de uma pessoa como um problema de saúde e, por conseguinte, como algo da alçada médica.

⁶⁴ No interior do contexto da medicalização, consiste na prática de usar medicamentos enquanto a alternativa mais importante do processo de reestabelecer a saúde.

a serem ponderados na formulação dessas políticas: a necessidade de se fazer um balanço crítico de práticas institucionais que acabam reforçando a desigualdade de gênero; a constatação de uma realidade de hipermedicalização e hipermedicamentação, sobretudo de mulheres, com o uso de psicofármacos; a confusão entre democracia e universalização do acesso à saúde e a distribuição em massa de medicamentos; repensar o atendimento básico em saúde mental face à necessidade de uma política terapêutica e psicoterapêutica menos medicamentosa; a necessidade de se repensar modelos de cuidado, saúde, doença, sofrimento e cura; a ruptura com um modelo de saúde mental feminina assentado na visão biologicista do ciclo da vida e das fases da vida reprodutiva delas como determinantes de mais ou menos vulnerabilidades.

Na indústria farmacêutica

Também é possível analisar uma relação entre o gênero e a indústria farmacêutica. Segundo Zanello (2014, p. 53), a indústria farmacêutica, além de reafirmar valores hegemônicos de gênero, ainda tem um interesse mercadológico do uso da epidemiologia e elabora propagandas que consistem em verdadeiras tecnologias de gênero.

Por exemplo, no Brasil, Azize (2010) verificou como a indústria farmacêutica usa tais tecnologias em suas ações de *marketing* a partir de uma etnografia realizada em uma das edições do Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O *marketing* em torno do medicamento Cymbalta⁶⁵, usado para tratar da depressão, estava direcionado para os sintomas físicos (principalmente) e emocionais e o personagem principal da propaganda era uma mulher. Nas paredes, alguns impressos mostravam uma mulher com as mãos na cabeça e destacavam a frase “estou me sentindo desanimada o tempo todo”.

⁶⁵ O evento do qual participou o autor foi o 25º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Porto Alegre, no ano de 2007. O objetivo da participação se deu a partir do interesse no marketing psico/neuro fármacos. Azize (2010) fez uma etnografia do espaço físico do evento, cujo qual possuía uma parte dedicada a estandes de laboratórios farmacêuticos que expunham variados medicamentos.

Da palavra “desanimada”, saíam traços indicando outros termos (sintomas): perda de prazer, tristeza, ansiedade, queixas dolorosas, tensão muscular e alteração do apetite. Já o impresso central mostrava uma mulher sorrindo e destacava a frase “eu posso ter a minha vida de volta”. Da palavra “vida”, surgiam os termos tempo com a família, voltar a trabalhar, ter confiança, sorrir, reencontrar amigos e caminhar (idem, p. 376).

Azize (2010) destaca o recorte de gênero do estande que expunha tal medicamento e, conseqüentemente, a ligação entre depressão e feminino. Todavia, como observa Zanello (2014), mais que o medicamento, há uma exposição de todo um mecanismo simbólico demarcador das assimetrias entre os gêneros.

Experiências subjetivas com o transtorno mental analisadas por estudos das ciências sociais

Os processos sociais de gênero não aparecem somente nos discursos e práticas médicas, políticas públicas e estudos científicos, mas também nas experiências subjetivas com o transtorno mental. Os sujeitos “experientes” têm a sua própria maneira de identificar, explicar e lidar com o sofrimento mental. São, por conseguinte, portadores de racionalidades leigas. Embora tais racionalidades não pertençam ao domínio do conhecimento científico, analisá-las e reconstruir os seus significados (inserindo-os num contexto mais amplo) pode ser de grande valia. Cada experiência traz diferentes aspectos e a sua análise é útil, primeiramente, para demistificar ideias naturalizadas sobre as pessoas que têm problemas de saúde mental.

Por mais que cada experiência subjetiva com o transtorno mental seja individual e única, todas estão impregnadas do social. Cada uma delas é enformada pelas condições objetivas de vida das pessoas. Assim, características sociais como o gênero influenciam o modo como alguém vivencia estes processos. Como afirma Astbury (1999: 4), sem o conceito de gênero, não há possibilidade de se questionar como as posições sociais díspares ocupadas por homens e mulheres afetam diferencialmente a forma como eles veem, experienciam e entendem a própria doença e o mundo. Alguns

estudos das ciências sociais analisaram esta interface. A maioria focou na condição das mulheres experientes, o que pode ser um reflexo das altas taxas femininas nas estatísticas psiquiátricas.

Silveira (1998) realizou uma abordagem antropológica do “caso dos nervos” na localidade de Campeche, cidade de Florianópolis, sul do Brasil. Através da entrevista com treze mulheres, de idades e histórias diversas, que tinham em comum o rótulo de “nervosas”, Silveira (1998) concluiu que: nervos é um problema das mulheres; constitui para elas uma linguagem social; e pode representar para elas uma forma dissimulada de exercer violência sobre outros atores nos seus cotidianos.

A pesquisa de doutorado de Silva (2008) abordou a saúde mental a partir de uma perspectiva de gênero focalizando a situação de moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), na cidade de São José, Santa Catarina, sul do Brasil. A partir de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica com seis residentes do SRT, a autora concluiu que: o SRT funciona tanto como um novo espaço social para as mulheres quanto um dispositivo de controle e poder; que o serviço representa um progresso face à situação anterior das residentes (antes, hospitalizadas), mas, em contrapeso, quanto ao gênero, a sua dinâmica propicia a reprodução de papéis femininos tradicionais; por fim, que as desigualdades de gênero estão e estiveram presentes nas trajetórias das entrevistadas, bem como na organização dos SRT femininos e masculinos.

Bastos e Dantas (2003) analisaram o discurso de uma paciente psiquiátrica com diagnóstico de transtorno bipolar do humor e atendida no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. As narrativas enunciadas pela mulher focaram na sua busca por cura e por independência financeira através do trabalho. As autoras consideram que a paciente entrevistada constrói a sua identidade a partir de práticas discursivas femininas e masculinas. No caso das masculinas, há ênfase na capacidade de produção e autonomia, rompendo com a imagem do paciente psiquiátrico descrito pela literatura e pelo próprio senso comum. Por outro lado, as práticas discursivas femininas revelam sentimentos de tristeza, oscilação entre agitação e calma e solidão.

Outros trabalhos mostram a associação entre gênero, transtorno mental e experiência subjetiva a partir dos relatos não apenas de

mulheres, mas também de homens. Nossa dissertação de mestrado analisou como se dava o processo da construção da identidade de homens em tratamento psiquiátrico numa instituição do norte de Portugal. O estudo mostrou, nas diversas formas de vivenciar o sofrimento mental, a orientação de suas vidas cotidianas ligadas às estruturas tradicionais de gênero e a um modelo hegemônico de masculinidade, especialmente quando atribuíram sentidos às “causas” e aos impactos da enfermidade (Alves, 2012). Zanello e Bukowitz (2011) analisaram como valores e estereótipos de gênero, típicos da cultura ocidental, apareceram nas experiências dos ditos “loucos” e “loucas” internados num hospital público de Brasília (Brasil). Os resultados apontaram para a prevalência de queixas relacionais (sobre a família e a vida amorosa) para as mulheres e de valorização da virilidade (sexualidade ativa, dinheiro e trabalho) para os homens. Ainda, outro estudo realizado em uma instituição geriátrica particular de Brasília, Zanello, Silva e Henderson (2015) apontaram, com base em entrevistas realizadas com idosos e idosas, para um sofrimento psíquico gerado da velhice. As idosas privilegiaram em suas narrativas as relações amorosas fiéis e monogâmicas. Também, para elas, a sexualidade tem como pré-requisito o amor e a família torna-se objeto de maior ressentimento para elas (devido ao abandono promovido pela internação institucional). Os homens, por seu turno, a atividade produtiva (trabalho) apareceu como peça fundamental em seu funcionamento identitário de “ser homem” – colocado em xeque pela velhice. Ademais, o sentido de envelhecer também evidencia a forma pela qual o corpo é percebido distintamente por idosos e idosas. Ambos relacionam a vivência corporal na velhice com perdas e regenerações, mas, para elas, a imagem e o cuidado corporal estão mais associados com um modelo de juventude e beleza, enquanto que, para eles, o corpo se vincula a motivações triviais de cuidados básicos.

Por fim, Santos (2008) analisou a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico a partir de relatos de homens e mulheres usuários de um serviço público de saúde do município de Araraquara, São Paulo, sudeste do Brasil. Através de entrevistas semi-estruturadas feitas com homens e mulheres portadores de transtorno mental severo, a autora indica o efeito

de uma clivagem entre gênero, geração e escolaridade sobre o sofrimento psíquico. As mulheres, no geral, sinalizam para o campo da afetividade e os impactos do sofrimento psíquico não as impede de realizar algumas tarefas domésticas. Entretanto, mulheres mais jovens e pertencentes às camadas médias intelectualizadas, referem importância dada à carreira profissional. Para as mulheres mais velhas e com baixa escolaridade, foi verificado que o sofrimento psíquico ocorre após o casamento e a maternidade e, nas suas narrativas, a violência de gênero foi um tema em destaque. Para os homens, no geral, o adoecimento significou uma brusca ruptura em suas trajetórias de vida que se traduz pela sua exclusão do espaço público. Ser homem e estar doente resulta em fracasso social, pouco tolerado pela família e pela sociedade. Os relatos masculinos enfatizam o estigma decorrente do adoecimento psíquico, bem como a privação do exercício de suas sexualidades e do papel tradicional de provedor da família.

Todos estes trabalhos têm em comum o distanciamento de uma abordagem voltada essencialmente para questões biológicas. Além disso, possibilitam a escuta das experiências das pessoas que passam por uma situação de sofrimento psíquico – aspecto que pode ser extremamente útil para os cuidados relativos aos itinerários terapêuticos. A sua perspectiva não binária das relações de gênero nega a naturalidade das situações para captar as peculiaridades das experiências femininas e masculinas e como estas se entrecruzam com questões de saúde mental. Tais trabalhos realçam cenas que nos parecem comuns, triviais, que muitas vezes não nos causam perplexidade, mas que podem estar no cerne da relação entre cultura e sociedade, por um lado, e saúde mental, por outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gênero perpassa o campo da saúde mental, mas este fato permanece ainda pouco notado. Um olhar de gênero serve não apenas para reconhecer as diferenças quanto à saúde mental, mas, sobretudo, questionar as disparidades e assimetrias no mundo social - não apenas entre homens e mulheres, mas entre os próprios homens e as próprias mulheres.

Embora exista uma ampla literatura sobre as relações de gênero, há, ainda, um desconhecimento grande da população sobre estas dinâmicas e, o que é mais grave, de muitos profissionais da saúde mental. De um lado, mulheres e homens recebem as mesmas intervenções como se fossem um grupo universal e indiferenciado. De outro, quando são observadas particularidades, diferenças acabam sendo “apenas diferenças” e, neste caso, quando incorporadas às intervenções sobre pessoas em sofrimento psíquico, podem simplesmente reproduzir estereótipos tradicionais sobre homens/mulheres, abafando as ações verdadeiramente necessárias. Há de se pensar ainda na particularidade de pessoas transexuais e intersexo, que frequentemente têm as suas possibilidades de ser e existir facilmente abarcadas e sufocadas por diagnósticos médicos que não levam em conta a diversidade humana para além de binarismos.

Portanto, incorporar uma perspectiva de gênero nem significa perceber todas as pessoas em sofrimento com base em um padrão universal e tampouco reduzir as experiências delas aos estereótipos tradicionais sobre homens e mulheres. Significa considerar homens e mulheres nas suas demandas específicas (mas sem vê-los como pólos opostos de uma polarização, pois o gênero mesmo não se reduz a dualismos/binômios/dicotomias) e, ainda, ponderar a heterogeneidade própria de cada uma dessas populações (fazendo a devida associação com outros marcadores sociais produtores de desigualdade como a classe social, a raça/etnia etc). Significa depreender e lidar com as diversas masculinidades e feminilidades existentes.

Uma perspectiva não binária de gênero pode ainda ajudar a todos os envolvidos com questões de saúde mental a enxergar a complexidade típica do fenômeno transtorno mental, bem como das experiências particulares de sofrimento. Serve para olhar com mais criticidade para o que é colocado como invariável por parte de certos discursos; para questionar o que há de similar ou desigual entre as pessoas, abarcando simultaneamente a diferença e a igualdade na sua universalidade e singularidade; afinal, serve para rever saberes e fazeres. Mais que rotular, “endireitar” ou restaurar o “normal”, um olhar de gênero no campo da saúde mental pode ajudar a acolher a diversidade de se ser, sentir, viver.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E.; CORRÊA, S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: **SEMINÁRIO BRASIL**, Belo Horizonte, 2009, pp. 121-231. Recuperado em 18 de maio, de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo15/Cairo15_3alvescorrea.pdf

ALVES, T. M. **“Ou sou um homem ou sou um louco”**: construção das identidades de gênero de homens diagnosticados com a doença mental. Braga, Portugal. 157f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade do Minho, UMINHO, 2012.

AMÂNCIO, L. O gênero no discurso das ciências sociais. **Análise social**, vol. XXXVIII (168), 2003, pp. 687 - 714. Recuperado em 20 de junho, de: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218791078B9rDE5id4Po89MU8.pdf>

ASTBURY, J. **Gender and mental health**. Key Centre for Women’s Health. University of Melbourne, Australia, 1999. Recuperado em 29 de maio, 2016, de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.6957&rep=rep1&type=>

AZIZE, R. “Notas de um ‘não-prescritor’: uma etnografia entre estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria”. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S.; **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

BASTOS, L.; DANTAS, M.T. Construções identitárias de gênero na fala de uma paciente psiquiátrica/artesã: em busca da cura pelo trabalho. **Trab. Ling. Aplic.**, Campinas, 41, 2003, pp. 23-37. Recuperado em 15 de junho, de: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/viewFile/8639359/6953>

BONINO, L. “Varones, género y salud mental – desconstruyendo la “normalidade” masculina”. In: SEGARRA, M; CARABÍ, A. **Nuevas masculinidades**. Barcelona: Icaria, 2000.

BRANDÃO, A.M.S.A. **E Se Tu Fosses Rapaz? Homo-erotismo Feminino e Construção Social da Identidade**. Porto: Afrontamento, 2010.

BUSFIELD, J. **Men, Women, and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder**. New York: New York University Press, 1996.

CHESLER, P. **Women and Madness**. New York: Palgrave Macmillan, 1972.

COSTA, M. G.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, 24 (1), 2015, pp. 13-29. Recuperado em 7 de junho, 2016, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100002

DIEHL, E.; MANIZINI, F.; BECKER, M. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S.; **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

HITA, M. G. “Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias”. In: ALVES, P.C.; RABELO, M.C. (orgs). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Recuperado em 2 de junho, 2016, de: <http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-11.pdf>

KADRI, N.; ALAMI, K.M. Depression and anxiety among women. In: CHANDRA, P (et al). **Contemporary topics in women’s health: global perspectives in a changing society**. Chichester, UK: John Wiley & Sons LTD, 2009.

MALUF, S. “Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais”. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S.; **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2. Florianópolis, 2000. Recuperado em 1 de junho, 2016, de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917>

NOGUEIRA, C. **Feminismo e discurso do gênero na psicologia social**. Instituto e Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2001. Recuperado em 2 de julho, 2016, de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4117/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%25C3%25A9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>

SAFFIOTI, H.. A Ontogênese do Gênero. In: STEVENS, C. e SWAIN, T. N. **A construção dos corpos? Perspectivas Feministas**. Florianópolis: Mulheres, 2008. Recuperado em 2 de junho, 2016, de: http://flacso.org.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53&dir=DESC&order=date&Itemid=137&limit=5&limitstart=5

SANTOS, A.M. **Gênero e saúde mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea**. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS Araraquara- SP. São Paulo, Brasil. 180 fls. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de São Paulo, USP, 2008.

SCOTT, J. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99.

SILVA, M. A. **Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos**. Santa Catarina, Brasil. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2008.

SILVEIRA, M. L. **Nervos e nervosas da ilha de Santa Catarina**. Santa Catarina, Brasil. 182 fls. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 1998.

ZANELLO, W. “A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica”. In: **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

ZANELLO, W.; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Revista Labrys Estudos Feministas**, v. 20-21, 2011. Recuperado em 4 de junho, 2016, de: <http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>

ZANELLO, W. SILVA. L.; HENDERSON, G. Saúde mental, gênero e velhice na instituição geriátrica. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 31, n. 4, 2015, pp- 543-550. Recuperado em 3 de junho, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n4/1806-3446-ptp-31-04-00543.pdf>

USO DE DROGAS POR MULHERES: UMA DISCUSSÃO DE GÊNERO

Indira Alves Aragão⁶⁶

Embora o uso problemático de drogas, seus impactos na sociedade atual e o aperfeiçoamento de formas de cuidado sejam assuntos de constante interesse dos profissionais e estudiosos sobre o tema, ainda temos poucas abordagens que falem sobre mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas. Além disso, a parca literatura encontrada que trata sobre o tema, vem através de um enfoque mais relacionado às patologias provenientes do uso, ciclos reprodutivos, ou diferenças entre usuários e usuárias.

O interesse por essa abordagem surgiu durante as vivências do trabalho como assistente social na Coordenadoria Estadual de Enfrentamento às Drogas – Cendrogas e no Espaço de Acolhimento e Valorização da Vida, instituição que faz o acolhimento em caráter residencial de homens e mulheres usuários de drogas.

Pretende-se, portanto, neste trabalho fazer uma concisa discussão sobre o uso de drogas por mulheres, tendo como categoria

⁶⁶ Assistente Social. Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Saúde e Assistência Social – FAR. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos usuários de SPAs - UFBA. Assistente Social do Espaço de Acolhimento e Valorização da Vida. E-mail: indira_aragao@hotmail.com

a questão de gênero e seus reflexos no processo de vivência deste uso, a partir de uma revisão de literatura sobre o tema. Tendo em vista que sua relevância consiste no fato de considerarmos a existência de uma heterogeneidade social dos usuários de drogas.

E ainda partindo de uma observação sob a perspectiva do gênero, é possível garantir o reconhecimento das mulheres como usuárias de substâncias psicoativas enquanto grupo particular a ser atendido e analisado, tendo em vista tanto as suas especificidades emergentes das demandas singularmente femininas, como também das condições socialmente construídas e atribuídas às mulheres, objetivando deste modo, a ampliação das discussões e ações voltadas para o cuidado das pessoas usuárias de drogas, em especial as mulheres.

O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Historicamente, a humanidade sempre fez uso de drogas, independente da condição social, embora inicialmente estas viessem a ter um significado diferente ao que lhes é atribuído nos dias de hoje. As drogas já participaram da organização da sociedade econômica, eram um bem coletivo e não ocasionavam qualquer problema social (ROZEK e SANTIN, 2015).

Não é um fato recente a presença das drogas na sociedade, seu uso é tão antigo quando a história da humanidade. Existem diversos registros de que as substâncias psicoativas estão há muito tempo presentes entre nós, e eram utilizadas para diversos fins, que iam desde ritos religiosos à tratamentos medicinais.

O ópio bruto extraído da planta da papoula, existe em registros de cerca de 7.000 a. C. o qual era utilizado como medicamento. Ele era também fumado pelos Faraós, e só a eles era dado este direito, pois embriagados pelos efeitos da droga, os Faraós acreditavam que estariam perto dos deuses, tendo em vista sua cultura politeísta (BOSON, 2011).

Foi apenas no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de industrialização e crescimento urbano, e no esteio da implantação de uma nova ordem, médica, que as drogas passaram a ser problematizadas e seu controle passou da

esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente. Uma das consequências disto foi que, a partir de então, o enfoque sobre a questão, que antes priorizava aspectos mais de ordem religiosa e moral, passou a se concentrar nos aspectos farmacológicos (MCRAE, 2007).

Partindo então para uma breve classificação, drogas podem ser compreendidas como aquelas substâncias produzidas fora do organismo humano, e que são capazes de provocar alterações tanto físicas, quanto psicológicas nas pessoas que as consomem. Dentre estas substâncias estão incluídas as substâncias lícitas, como álcool, tabaco e alguns medicamentos, e as substâncias consideradas ilícitas, como a maconha, cocaína, crack, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras.

Nesse trajeto, a compreensão de uso aqui abordada, é direcionada no sentido de que cada usuário interage de forma particular com a substância consumida, dentro de seu contexto social-histórico e de suas vivências, pois conforme analisa Pinheiro (2012), a forma como os indivíduos utilizam as drogas e os efeitos causados em seu organismo, não dependem apenas da substância que é utilizada, mas também das particularidades do indivíduo e do meio ambiente onde esta inserido, tornando-se importante compreender as razões que motivam o sujeito a fazer uso da droga, em quais situações ele a utiliza e quais significados tem para ele.

A partir deste ponto, temos a compreensão do uso de drogas como algo particular dos indivíduos participantes desse processo, uso esse que pode se dar de forma controlada, ou prejudicial para a vida desse sujeito, acarretando em consequências de cunho psicológicos, biológicos e sociais.

O padrão de uso controlado de drogas é pouco abordado em pesquisas, pois estas acabam por focar suas atenções em pessoas que fazem uso problemático, porém, existem situações em que o uso não assume papel central no estilo de vida desses usuários, intercalando a substância com outras atividades cotidianas (MALHEIROS, 2015).

Conforme apontam Silveira e Doering-Silveira, (2014) a dependência de drogas conforma-se em um processo que possui

sua gênese em três dimensões: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o sujeito envolvido, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e, finalmente, o contexto sociocultural no qual ocorre esse encontro entre sujeito e droga. No qual, o processo de dependência aparece no uso de forma frequente e em excesso, chegando a acarretar prejuízos ao desenvolvimento de sua vida (vínculos afetivos e sociais).

Mas então, como se chegou aos dias de hoje, no qual é vivenciada de forma tão eloquente a questão do uso problemático de drogas? Em seu texto “Por que os humanos usam drogas?”, o professor Antônio Nery Filho (2012), trás, através de uma discussão na dimensão do universo simbólico, a ideia de que o uso de drogas é indiscutivelmente uma questão humana e pelo fato de estes (humanos) se reconhecerem como tais, de maneira a lidar com o sofrimento que a própria condição humana lhes impõe.

A condição humana de vulnerabilidade às transformações e determinações sociais, biológicas e psicológicas estão no centro desta discussão, uma vez que é apresentada na atual dinâmica de sociedade a ausência de atenção às necessidades destes seres humanos.

E, como o próprio Antônio Nery (2012) destaca, não são as drogas que produzem humanos, e sim os humanos que as fazem, em função dos buracos/ausências que constituem suas histórias, pois para algumas histórias existem possibilidades, para outras não.

Assim, ao abordar o uso de substâncias psicoativas, é impossível não perceber as singularidades humanas presentes nesse processo de uso, abuso e problema. Deste modo, como já anteriormente apontado, a compreensão da existência de uma heterogeneidade social dos usuários de drogas se faz primordial na discussão sobre a temática.

GÊNERO E HETEROGENEIDADE

Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) analisam que a heterogeneidade social e cultural das(os) usuárias(os) de drogas já se dá em forma de consenso na literatura, mas ainda existe uma convergência para homogeneização destes, como se todos

fizessem parte de uma mesma categoria social e assim deveriam ser considerados com base em um único enfoque, mascarando a necessidade de ampliação em ações de cunho preventivo, educativo e de tratamento.

A compreensão das nuances que são apresentadas às mulheres num contexto de sociedade historicamente construída com base no modelo patriarcal de dominação do sexo masculino sobre o feminino, bem como de compreensão da categoria gênero presente nesta problemática, pode ser eficaz na apreensão de formas de cuidados a estas usuárias.

O patriarcado não designa o poder do pai, mas o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: 1) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e, 2) os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas; e, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas (MILLET, 1970; SCOTT, 1995, *apud* NARVAZ e KOLLER, pág. 50, 2006).

Tal compreensão das relações entre homens e mulheres sob a perspectiva de gênero, se constitui enquanto categoria como um dos eixos estruturantes da sociedade, comparado-se à raça e etnia. O conceito de gênero diz respeito a uma categoria histórica. (SAFFIOTI, 1997).

As desvantagens impostas às mulheres provenientes de modelo de sociedade patriarcal lhes atribuem atitudes e comportamentos moralmente determinados pela cultura do patriarcado, no qual seu corpo é submetido a padrões pré-definidos de maternidade, subalternidade e obediência.

Minha definição de gênero tem duas partes e várias sub-partes. Elas são ligadas entre si, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial da definição

baseia-se na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único (SCOTT, 1991, p. 21).

Segundo Saffioti (1994) o gênero normatiza as relações sociais, estas que associadas às dominações do patriarcado, passam a regular todos os sujeitos históricos. E nesse sentido, passa a ser entendido como uma categoria que não regula somente as relações entre homens e mulheres, mas ajusta também relações de homem para homem, e mulher para mulher, refletindo no fato de que ser mulher não é somente ser diferente do homem, mas ao mesmo tempo implica em inferioridade, desvalorização e opressão.

Ou seja, as concepções socialmente e historicamente constitutivas dos papéis de homens e mulheres são distintas, porém estão intrínsecas ao gênero. E é nas relações de poder historicamente construídas que serão definidos comportamentos e ideias destinadas a cada sexo.

Conforme ainda destaca Saffioti (1999), para chegar a tal compreensão, é necessário o percurso através do entendimento de que as diferenças pertencentes ao reino da natureza mesmo que historicamente preenchidas pela capacidade transformadora dos seres humanos, ainda está aquém da ideologia de gênero que naturaliza atribuições sociais, tendo por base as diferenças sexuais.

Nessa dinâmica, não é difícil perceber as implicações colocadas às mulheres que são usuárias de drogas, para as quais, além dos reflexos das amarras do patriarcado, enfrentam também um discurso socialmente moralista de comportamento desviante.

Segundo a análise de Assunção (2015), a realidade vista em um país proibicionista como o Brasil, a histórica perseguição às pessoas que fazem uso de drogas, além de cultivar a estigmatização/demonização dos usuários de drogas, também exhibe altos índices de segregação socioeconômica, principalmente nos recortes de etnia e gênero.

A relação de gênero está tão fortemente estabelecida que, de modo geral, as mulheres usuárias de drogas não chegam a ter a dimensão dos demais determinantes sociais a que estão sujeitas. Ficando enfatizada, sobretudo a fragilidade desta mulher, na qual a questão central de sua vulnerabilidade está representada pela falta de recursos para se defender (FRANCO E FIGUEREDO, 2004).

Para além dos aspectos da questão de gênero, de fato, homens e mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas estão compostos por múltiplas diferenças baseadas em uma complexa interação entre diferentes fatores, tais como: sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais. (WALTER et al., 2003, *apud* BRASILIANO, 2005). Deste modo, fica evidente a necessidade de compreensão do público feminino como grupo particular, assim como, da heterogeneidade social dos usuários de drogas psicoativas.

Um usuário de drogas dependente tem a clara necessidade de cuidado singular, e o fato dessa dependência ser por drogas lícitas ou ilícitas não deve modificar essa forma de cuidado. No entanto, no caso dos usuários de drogas ilícitas, além de todas as dificuldades inerentes à busca pela superação da dependência, ele ainda enfrenta todos os problemas relacionados ao fato de seu consumo ser ilegal, tais como: o estigma, o preconceito, uso de substâncias impuras, risco decorrentes do tráfico, dentre outros (SILVEIRA, 2015).

A complexidade aguçada pelo status marginalizado concedido a essa população tão estigmatizada por adotar um comportamento dito como socialmente desviante, reflete de forma clara a necessidade de particularizar todas as formas de abordagem terapêutica que venham ser instituídas por um serviço, adaptando-se assim a determinadas populações, como é o caso das mulheres.

Essa necessidade de particularização se dá justamente pela associação entre as condições intrínsecas à relação de gênero a que as mulheres estão submetidas e de todas as vulnerabilidades colocadas à estas enquanto usuárias de drogas.

Vulnerabilidades estas que devem ser entendidas a partir da compreensão de que o ser vulnerável é alguém para o qual não lhes são dadas condições para que possam exercer seu direito à integridade física e psicológica, como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade (ALMEIDA, 2010).

Tais vulnerabilidades podem, portanto, ser encontradas de diversas formas nas vivências das mulheres usuárias de drogas, ficando evidente a factual relação de gênero através das grandes diferenças existentes entre homens e mulheres usuários principalmente devido a relação de ilegalidade da compra.

Conforme aborda o estudo realizado pelos professores Osvaldo Fernandez e Edward Macrae (2015), ao retratar as performances de gênero e sexualidade no processo de uso de drogas ilícitas e na relação com os traficantes, foi constatada uma grande diferença entre homens e mulheres usuários, principalmente devido às ameaças de violência, roubos ou estupro, na qual, somente aquelas mulheres mais corajosas e habilidosas conseguem entrar e sair dos pontos de venda sem serem molestadas, e deste modo, as mulheres usuárias acabam por permanecerem mais dependentes economicamente e socialmente dos homens para obterem e consumirem a droga, pois geralmente é um homem fica responsável pela busca da substância.

Essa é mais uma das nuances da questão de gênero tratada por Saffioti (2004), quando esta afirma que é comum o fato de que muitas mulheres tendem a suportar as violências contra elas cometidas, pelo simples fato do poder aquisitivo do companheiro, necessário para sua manutenção: no caso aqui apresentada a manutenção do uso.

A violência é algo bastante presente nesse processo de vivência do uso de tais mulheres, nesse sentido, mais uma condição de vulnerabilidade que aparece na vida da mulher usuária é quando esta se submete a necessidade de prostituição, para as quais, acaba por se configurar como uma das estratégias para o consumo quando os recursos financeiros já não se fazem mais presentes.

Conforme afirmam Fernandez e Macrae (2015) uma vez convidadas para a condição de trocar sexo por drogas, essas mulheres são submetidas a uma situação de desigualdade econômica e ainda sofrem ameaça e violência. Encontrado por vezes a estratégia de “masculinizar-se” para conviver neste meio, utilizando essa performance de gênero como maneira efetiva de conseguirem o que desejam o que querem dos homens, ao mesmo tempo em que evitam sua violência.

Pela situação de serem usuárias de drogas ilícitas, essas mulheres também procuram possuir uma rede de uso limitada ao parceiro, amigos e familiares como uma estratégia de autoproteção contra atos de violência, principalmente abuso sexual, e discriminação por parte da comunidade e de outros usuários de drogas (OLIVEIRA e PAIVA, 2007).

O que se tem aqui, portanto, é a complexidade das relações sociais que estão subjacentes ao modo de ser mulher e consumidora de SPAs, que, uma vez associada aos papéis e padrões socialmente determinados às mulheres, acarretam a estas uma infinidade de violências cotidianamente sofridas.

CONCLUSÃO

Diante da complexidade deste tema o que está posto neste estudo é o grande desafio de se chegar à compreensão de que historicamente existe um modelo de gênero desigual, que permite a dominação masculina sobre as mulheres. Esse modelo não se afasta do processo do uso problemático de drogas, chegando às mulheres sob a forma de exclusão, estigmatização e violência.

A tendência no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, por algum tempo tem sido efetivada através de uma categorização única, incluindo todos num grupo homogêneo de características comuns (usuários de drogas), como se todas as necessidades fossem as mesmas, deixando assim de fazer jus a essa histórica diferença.

Expõe-se, portanto, a urgente necessidade de organizar os serviços e sistemas de cuidados aos usuários para que se situem nessa perspectiva de heterogeneidade dos sujeitos. Devendo com isso serem fomentadas ações que busquem a singularidade da atenção, de maneira a dirimir práticas permeadas de visões distorcidas sobre como lidar com a questão e pautadas em uma perspectiva uniformizante de cuidado. Nesse horizonte, avalia-se a pertinência da inclusão das dimensões de gênero na abordagem das mulheres consumidoras de SPA.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leonor Duarte. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética** 18.3 (2010).

ASSUNÇÃO, Leilane. Direitos Humanos e direitos das pessoas que usam drogas: história de uma assimetria político-conceitual. IN: **Drogas e Políticas Públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos** / Org. Osvaldo Francisco Ribas Lobos Fernandez, Marcelo Magalhães Andrade, Antônio Nery Filho – Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

BOSON, Plínio Almeida. **Drogas uma luta incansável: tudo que você precisa saber**. Aracaju: J. Andrade. 2011.

FERNANDEZ, Osvaldo; MACRAE, Edward. Entre carreiras, redes e circuitos: uma abordagem etnográfica dos estilos e padrões de uso de cocaína em São Paulo, 1994 a 2006. IN: **Drogas e Políticas Públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos** / Org. Osvaldo Francisco Ribas Lobos Fernandez, Marcelo Magalhães Andrade, Antônio Nery Filho – Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

FILHO, Antônio Nery. Introdução: Por que os humanos usam drogas. IN: **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** / Antonio Nery Filho, org. [et. al.] – Salvador: EDUFBA.

FRANCO, Fabiana Gaspar. FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. Aids, drogas, “ser mulher”: Relatos de mulheres com hiv/aids. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto 37: 106-116, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/484>> Acesso em: 05 fev 15.

MACRAE, Edward. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. G:\ **NEIP-Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos**. Disponível em: WWW.NEIP (2010).

MALHEIROS, Luana. Tornando-se usuário de crack. IN: **Drogas e Políticas Públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos / Org. Osvaldo Francisco Ribas Lobos Fernandez, Marcelo Magalhães Andrade, Antônio Nery Filho – Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

MILLET, K. (1970). Sexual politics. New York: Doubleday & Company. IN NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2006.

ROSEK, Marli; SANTIN, Janaina R.; Poder Local e a Drogadição de Adolescentes. IN: **Drogas e Políticas Públicas**: educação, saúde coletiva e direitos *humanos* / Org. Osvaldo Francisco Ribas Lobos Fernandez, Marcelo Magalhães Andrade, Antônio Nery Filho – Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; Evelyn, DOERING-SILVEIRA. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. IN: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas : capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014

WALTER, H., et al. Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment.” Archives of women’s mental health 6.4 (2003): 253-258. IN BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química**. 2005. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, Jeane F. PAIVA, Miriam S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc Anna Nery**, 11.4 (2007): 625-31.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do and PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc. Anna Nery**, 2007, vol.11, n.4, pp. 694-698. ISSN 1414-8145.

PINHEIRO, Ana Paula Torres. Estratégias de prevenção ao uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência. IN: NERY FILHO, Antônio, organizadores. [et al.]. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** - Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

SAFFIOTI, Heleieth IB. Violência de gênero no Brasil atual. **Estudos Feministas** (1994): 443.

_____. Violência de Gênero – lugar da práxis na construção da subjetividade. **Lutas Sociais**, nº 2, PUC/SP, 1997, pp.59-79.

_____. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo **Perspec.** [online]. 1999, vol.13, n.4, pp. 82-91. ISSN 0102-8839.

_____. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. IN: SAFFIOTI, Heleieth I. B. , organizadores [et.al.] **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Fundação Perseu Abramo, 2004

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**, v. 20, n. 2, 1991.

PARTE IV
A EXPERIÊNCIA DA REDE
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO PIAUÍ

SUPERVISÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO PIAUÍ: UM ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO DE SABERES EM SAÚDE MENTAL

Lara Emanuelli Neiva de Sousa⁶⁷

Gisele Martins do Nascimento⁶⁸

Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa

Erica Amanda dos Santos Soares

Maria do Rosário Barbosa da Silva

O texto que se segue faz parte de um rol de ações desenvolvidas pela equipe técnica da Gerência de Atenção à Saúde Mental - GASM, vinculada a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI. Dentre as atribuições da GASM/SEAPI está a supervisão e monitoramento dos dispositivos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o qual destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial -CAPS.

⁶⁷ Enfermeira do CAPS do município de Regeneração-PI. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

⁶⁸ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Gerente Estadual de Saúde Mental do Piauí. Professora do CRR da Universidade Federal do Piauí.

Essa supervisão funciona como uma ferramenta de apoio para o redimensionamento dos serviços de saúde mental de um território, fortalecendo o gerenciamento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Estado.

A supervisão é compreendida como um dispositivo transversalizante do cuidado e da gestão no território. Essa interação existente entre o cuidado e a gestão que envolve vários atores (usuários, trabalhadores, gestores e serviços), perpassa por várias políticas intersetoriais o que faz com que a RAPS experiencie movimentos na produção da saúde e da subjetividade (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2015).

Nesta perspectiva, as autoras supracitadas ressaltam que essas supervisões e monitoramentos desenvolvidos nos territórios configuram-se como uma aposta ética que acontece na zona limítrofe entre saúde mental e saúde coletiva, entre supervisão e pesquisa, entre macro e micropolítica, entre produção de saúde e produção de subjetividade, articulando os saberes entre os atores envolvidos no processo.

A trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira é marcada por muitas discussões sobre a assistência em saúde mental, o que possibilitou a construção dos Centros de Atenção Psicossocial, através da portaria nº336/2002, com o papel de organizar o cuidado em saúde mental no território e prestar acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial para o indivíduo em intenso sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

No ano de 2011 instituiu-se a portaria nº3088 que sintetiza o processo da RAPS à luz de ofertar um cuidado articulado em rede à pessoa com transtorno mental e para os consumidores de substâncias psicoativas, evidenciando assim o CAPS como um dispositivo de atenção psicossocial especializada, interligando eles a uma série de dispositivos presentes na atenção básica, na emergência, atenção hospitalar dentre outros (BRASIL, 2011).

Na operacionalização das portarias muitas dificuldades são encontradas e questionamentos feitos, dentre eles: Os CAPS são espaços da atenção psicossocial nos territórios? Eles são compreendidos apenas como espaços geográficos? As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e

inseridos nos territórios? Esses dispositivos conseguem ordenar o cuidado em saúde mental no território ativando e articulando os recursos existentes?

Com base nessas indagações as supervisões nesses dispositivos desempenham um papel disparador de análise, no sentido que juntos possam ser construídas respostas, mediante a articulação entre o trabalho clínico e à política de saúde mental. Portanto, essas perguntas nortearam esta experiência e motivaram a equipe da GASM na produção de um produto mais sistematizado acerca do seu fazer e produzir articulações.

Isto posto, este texto tem como objetivo descrever as supervisões e monitoramentos realizados pela equipe da GASM/SESAPI no período de 2015 e 2016 nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e problematizar as fragilidades e potencialidades desse dispositivo na comunidade.

DESBRAVANDO O CENÁRIO PIAUIENSE

O Estado do Piauí localiza-se a Noroeste da Região Nordeste. Limita-se com cinco Estados da federação: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia a sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste. Delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte, o Piauí tem o menor litoral do Brasil, com 66 km. Sua área é de 251. 529 km² com um clima tropical e um clima semi-árido.

Apresenta uma população de aproximadamente 3.184.165 habitantes, densidade demográfica: 13 hab/km², PIB Per capita: 7.835,75 (2011). Está dividido em 224 municípios distribuídos em 2007 em 11 Regiões de Saúde/Território de Desenvolvimento: Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Vale dos Rios Piauí e Itaueria, Alto Parnaíba, Serra da Capivara, Chapada das Mangabeiras. Teresina, Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano são os Municípios com população superior a cinquenta mil habitantes.

Em 2015 a Secretaria de Estado de Saúde propos um novo desenho de regionalização do Estado em 04 macrorregiões, considerando as características ambientais, sendo elas: Litoral (Planície Litorânea + Cocais); Meio-norte (Carnaubais + Entre

Rios); Semi-árido (Vale do Sambito+ Vale do Canindé + Vale do Rio Guaribas) e Cerrado (Vale dos Rios Piauí e Itaueira + Tabuleiro do Alto Parnaíba + Chapada das Manguabeiras + Serra da Capivara), tendo como cidades polos Parnaíba, Teresina, Picos e Floriano respectivamente. Esse novo desenho levou em consideração, os seguintes aspectos:

- Municípios com proximidade geográfica;
- Municípios que já estabelecem alguma forma de transações (comerciais, utilização do sistema de saúde, educação, feira, desmembrados, etc.);
- Municípios próximos das cidades de referência dos territórios de desenvolvimento;
- Existência de malha viária que facilite o deslocamento da população entre os municípios.

O estado do Piauí apresenta cobertura de Atenção Básica de 93,83%, considerando a Estratégia Saúde da Família com cobertura de 95,65%, sendo um aspecto bastante positivo. Conforme dados do Ministério da Saúde (2012) o Estado do Piauí em 2010 ocupava o 9º (nono) e atualmente ocupa o 6º (sexto) lugar Nacional no indicador de Cobertura de CAPS/100.000 habitantes, uma porcentagem maior que a média nacional estimada pelo Ministério da Saúde. No ano de 2015 a Secretaria de Estado da Saude evidenciou que a meta de cobertura em atenção psicossocial para o Piauí foi de 1,53, bem acima da meta estimada pelo Ministério da Saúde.

Baseado nesta realidade, atualmente no Estado existem 64 CAPS implantados, distribuídos da seguinte forma: 43 CAPS I, 11 CAPS II, 01 CAPS III, 06 CAPS AD, 02 CAPS AD III, presente em toda extensão do Estado, desde Luís Correia à Corrente.

O CAMINHO METODOLOGICO

Após a equipe técnica assumir a gestão da RAPS em janeiro de 2015 iniciou-se a fase de planejamento das supervisões e monitoramentos dos CAPS. Considerando o número de CAPS em funcionamento no Estado e a equipe de 5 profissionais de nível superior que a GASM conta, estabeleceu-se como critérios: demandas

do Ministério Público e Ministério da Saúde solicitando informações sobre o funcionamento dos serviços, bem como denúncias de usuários, familiares sobre não funcionamento adequado do serviço e quantidade de internações no hospital psiquiátrico associado à localização geográfica desses serviços de maneira a ampliar essas supervisões no território. Importante destacar que nessas supervisões não apenas o CAPS é monitorado, mas outros dispositivos da RAPS presente na comunidade, entretanto, neste relato iremos enfatizar as ações orientadas para os CAPS.

Atualmente a equipe técnica da GASM/SESAPI é composta por 01 psicóloga (gerente), 01 assistente social (coordenadora de CAPS), 01 assistente social responsável pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 01 enfermeira responsável pelos Leitos em Saúde Mental, 01 supervisora e 02 auxiliares administrativos, atuando na perspectiva de uma equipe multidisciplinar para responder as demandas que chegam à GASM, possibilitando uma gestão compartilhada.

Em seguida se fez importante discutir e construir um instrumento a ser adotado pela equipe com o objetivo de registrar as informações, impressões, olhares dos profissionais que iriam executar a supervisão. Na GASM já existia um instrumento, entretanto, após discussões técnicas visualizou-se fragilidades no mesmo, optou-se então por reformular a sua estruturação. Para isso utilizou-se como aporte teórico as **portarias nº 336/2002; nº 3088/2011; caderno de saúde mental na AB; RENAME 2010 construídos pelo Ministério da Saúde.**

O instrumento reformulado foi subdividido em 05 eixos sendo eles: **Identificação do Serviço** (CNES, endereço, nome do coordenador e contato telefônico e eletrônico, municípios do consorcio e quantidade de usuários cadastrados); **Equipe Técnica** (componentes da equipe, em conformidade com o CNES); **Estrutura Física** (Resolução RDC N° 307/2002); **Processos de Trabalho da Equipe** (reuniões técnicas, cronograma de atividades, acolhimento, abordagens adotadas, manejo ao usuário em situação de cárcere privado, atendimento em situação de crise, visitas domiciliares, ações de matriciamento na atenção básica, construção do PTS do usuário e do serviço) **Assistência Farmacêutica** (farmacêutico

responsável, localização da farmácia, lista de medicamentos psicotrópicos dispensados, acesso do usuário aos medicamentos do componente especializado). Esses eixos foram estabelecidos por serem considerados como nós críticos no funcionamento desses serviços.

Após a construção do instrumental de supervisão, definiu-se que mensalmente a equipe técnica da GASM se reunirá para elaborar a programação de viagem do mês seguinte e quais os serviços a serem supervisionados, considerando que cada supervisão deverá ser realizada pelo mínimo 02 técnicos para garantir uma diversidade de olhares e impressões. Além do preenchimento do instrumento deverá ser feito um registro fotográfico e cópias dos impressos utilizados pelas equipes dos serviços para que os demais membros da equipe conheçam a realidade do serviço supervisionado.

Em seguida do retorno do monitoramento do serviço a equipe produz um relatório técnico destacando a situação encontrada e o que dispõe a legislação do Ministério da Saúde sobre o funcionamento desses dispositivos. No caso das inconsistências encontradas é emitido um prazo para adequação do serviço e da equipe, de forma que o relatório é confeccionado em 02 cópias, uma enviada para o coordenador serviço e outra para o gestor municipal. Nesse intervalo de tempo a equipe da GASM oferece apoio técnico para que as readequações aconteçam.

Assim, no ano de 2015 foram monitorados os seguintes serviços.

Quadro 01: Quantidade de CAPS supervisionados no ano de 2015

Nº	Dispositivo	Município
01	CAPS I	Cocal da Estação
02	CAPS II; CAPS AD III	Parnaíba
03	CAPS I	Luís Correia
04	CAPS I	Piracuruca
05	CAPS II, CAPS AD	Piripiri
06	CAPS I	Batalha
07	CAPS I	Barras
08	CAPS I	Água Branca
09	CAPS I	São Pedro
10	CAPS I	Angical do Piauí
11	CAPS I	Amarante
12	CAPS II	Picos
13	CAPS I	Simões
14	CAPS I	Cocal da Estação
15	CAPS I	Campo Maior
16	CAPS II, CAPS AD III	Floriano

Fonte: Pesquisa Direta

Dessa forma, dos 64 CAPS do Estado do Piauí 16 foram supervisionados durante o ano de 2015 diretamente pela equipe da GASM-SESAP, ou seja, 25% do total, alguns sendo visitados mais de uma vez.

Aqueles que estavam fora dos critérios estabelecidos, à medida que demandavam ações da GASM a mesma procura atender por telefone.

Cabe ressaltar que na cidade de Picos houve uma substituição do Hospital Dia por um CAPS II, um avanço muito importante para a construção da Rede de Atenção Psicossocial do território Vale do Rio Guaribas. Desta forma, muitos esforços foram feitos para que essa tramitação acontecesse de maneira gradativa e com suporte técnico da GASM, de maneira que no ano de 2015 foram feitos 06 monitoramentos na cidade, até a vistoria para habilitação do serviço.

Enquanto que nas cidades de Simões e Cocal de Telha as supervisões foram destinadas para abertura do serviço, tramite necessário ao processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde, momento importante para caracterização do serviço na rede de saúde municipal e definição de fluxos assistenciais.

No ano de 2016, após uma avaliação dos monitoramentos realizados no ano anterior, verificou-se a necessidade de supervisionar os serviços localizados na Mesorregião do Cerrado (sul do Estado), visto que houve demandas dos próprios profissionais, bem como ao analisar os arquivos da GASM, constatou-se que a maioria dos serviços foram supervisionados apenas no momento de sua implantação do serviço, assim definiu-se que o primeiro semestre seria destinado os monitoramentos para esse território, até porque o sul do Estado tem por característica baixa densidade demográfica, longas distancias entre os municípios e se constituir por municípios com baixo desenvolvimento econômico.

Quadro 02: Quantidade de CAPS supervisionados no ano de 2016

Nº	Dispositivo	Município
01	CAPS I, CAPS II, CAPS AD, CAPS i	Paulistana
02	CAPS I	Rio Grande do Piauí
03	CAPS I	Canto do Buriti
04	CAPS II	São Raimundo Nonato
05	CAPS I	Uruçuí
06	CAPS I	Guadalupe
07	CAPS I, CAPS AD	Bom Jesus
08	CAPS I	Gilbués
09	CAPS I	Corrente
10	CAPS I	São João do Piauí
11	CAPS I	Simplicio Mendes
12	CAPS I	Avelino Lopes
13	CAPS I	Cristino Castro

Fonte: Pesquisa Direta

A cidade de Paulistana mesmo não fazendo parte do território do Cerrado foi contemplado mediante demanda do Ministério Público do Piauí. Numericamente o desempenho da GASM-SESAPI em termos de supervisão manteve padrão similar a 2015, o que a equipe avalia como satisfatório.

DISCUTINDO AS COSTURAS ENTRE A GESTÃO E A CLÍNICA

De maneira sucinta iremos descrever os resultados dessa experiência em 05 eixos conforme o instrumental adotado, para sistematizar melhor a discussão.

Nesse momento faz-se importante discutir que o cuidado em saúde mental deixou de ser construído com base na cura e passou a se pautar na reabilitação psicossocial e na reinserção social, fazendo-se necessários novos instrumentos de trabalho utilizando as tecnologias leves tais como: a escuta qualificada e a valorização da pessoa em sofrimento psíquico como um ser humano detentor de direitos de cidadania (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Na construção desse cuidado comunitário mudanças aconteceram a começar pelas nomenclaturas, como por exemplo, o termo usuário, inserido pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de enfatizar que o sujeito é o ator principal no processo de seu cuidado, ou seja, quando se referia a ele como paciente subentende-se que o mesmo era um indivíduo passivo e resignado a uma condição de menor poder de trocas sociais com os profissionais (KANTORSKI; GUEDES; FEIJÓ; HISSE, 2013).

Com base nesta perspectiva, os usuários necessitam ser orientados e envolvidos nos encaminhamentos, soluções e cuidados que devem ser construídos junto com a equipe, tornando-se protagonistas durante o processo terapêutico (AMARANTE, 2007).

Acreditando nesses pilares que sustentam esse cuidado comunitário a equipe da Gerencia de Atenção à Saúde Mental (GASM/SESAPI), acredita que os momentos de supervisão e monitoramentos devem ser construídos como momentos pedagógicos, uma vez que, a educação permanente permeia esse processo que visa o desenvolvimento de potencialidades humanas, preparando os indivíduos para assumirem papéis

sociais relacionados à vida coletiva, ao comportamento justo na vida pública e ao uso adequado e responsável de conhecimentos e habilidades disponíveis no tempo e nos espaços onde a vida dos indivíduos se realiza (ADORNO, 1995).

Pedrosa (2008) aponta que a educação popular em saúde, movimento que se organiza com bases nos princípios da educação popular freiriana, tem se expressado no Brasil em três dimensões: a dimensão pedagógica que produz um novo conhecimento compartilhado a partir das vivências e conhecimentos dos indivíduos; a dimensão conscientizadora e emancipadora que emerge do processo de constituição dos homens enquanto sujeitos sociais e a dimensão política, que promove a formação de atores políticos, sujeitos críticos e propositivos que participam das arenas decisórias com potencialidade para formulação.

Na fase contemporânea percebe-se que a educação configura-se como um importante elo entre a teoria e prática, resultando na construção de um saber coletivo entre o educando e o educador. Na prática da gestão em saúde mental a supervisão desponta como esse elo, possibilitando não apenas a reorganização da assistência, mas o nascimento de boas práticas em saúde mental e devem ser reproduzidas em outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

No primeiro eixo **identificação do serviço** de supervisão do serviço configura-se como um momento de aproximação entre a equipe da GASM e a equipe do CAPS, atualização de dados do dispositivo, do coordenador, uma vez que na maioria das vezes observa-se que os dispositivos mudam de endereço, coordenador e a GASM/SESAPI não é informada pelo gestor municipal, o que dificulta a troca de informações, prejudicando o andamento dos processos de trabalho de gestão em saúde. Nesse primeiro momento a equipe da GASM convida os profissionais de saúde presente no serviço não apenas para preenchimento do instrumental, mas troca de experiências e construção de novos saberes.

Outro ponto a destacar é quando o dispositivo é do tipo consorciado, de maneira que no Estado 17 CAPS são oriundos de consórcios. Desta forma, avaliamos que 95% dos municípios consorciados não contribuem para o gerenciamento do dispositivo, os usuários arcam no deslocamento e na medicação prescrita pelo

psiquiatra, uma vez que o município sede não consegue garantir o acesso e medicação a todos os usuários cadastrados no serviço.

Nesse diálogo com a gestão dos serviços recomenda-se que o gestor de cada município que utiliza o dispositivo de saúde mental garanta o transporte para garantir acesso dos usuários à sede do CAPS com frequência prevista pelo Projeto Terapêutico Singular e o fornecimento da medicação psicotrópica.

Constata-se que alguns dispositivos de saúde mental atende uma quantidade muito pequena de usuários, o que desperta na equipe da GASM, dois questionamentos: Existe uma quantidade pequena de usuários em sofrimento psíquico severo e persistente no território de cobertura do dispositivo? A equipe de saúde desse equipamento atua apenas dentro do serviço, de maneira que não existe busca ativa no território?

As respostas desses questionamentos são importantes para o planejamento e gerenciamento da RAPS, reforça-se a necessidade da existência desse equipamento de saúde mental no território, despontando para redimensionamento dos dispositivos para outros territórios, auxiliando a equipe da GASM na construção do plano estadual da RAPS.

No segundo eixo **equipe técnica** de supervisão configura-se no momento de observar se os profissionais que atuam no dispositivo estão devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - fonte legal e base de acompanhamento dos serviços de saúde existentes no território. Observa-se que na maioria das vezes esse cadastro encontra-se desatualizado, profissionais que não atuam no serviço ainda permanecem cadastrados e profissionais que atuam no dispositivo ainda não foram inseridos. **No caso em que o município é gestão plena cabe ao gestor municipal atualizar o banco de dados do CNES, enquanto nos municípios de gestão estadual devem encaminhar as informações à Diretoria de Controle Avaliação Regulação e Auditoria - DUCARA/SESAPI para atualização do CNES.**

Outro ponto analisado neste momento é como a equipe do dispositivo atua. Observa-se que poucas equipes atuam no formato itinerante e difusa, realizando acompanhamento e busca ativa dos usuários. A maioria das equipes de saúde mental atuam no formato

do modelo biomédico, enfatizando o atendimento individual dentro do serviço de saúde mental, contrariando as prerrogativas do Ministério da Saúde.

Os CAPS são a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário, que expressam o cuidado em liberdade e afirmam um novo lugar social das pessoas com sofrimento psíquico e garantem seus direitos (BRASIL, 2015). Para isso, faz-se necessário que as equipes de saúde mental tenham atuação em caráter volante, o que os possibilitam oferecer um cuidado integral ao usuário, fortalecendo assim os vínculos entre os usuários e a equipe (COIMBRA, 2007).

No terceiro eixo **estrutura física** da supervisão observa-se as dependências internas e externas dos CAPS e registra-se por meio de fotografias a estrutura física dos serviços. No Estado observa-se que a maioria dos CAPS funcionam em casas alugadas e que não apresentam condições satisfatórias para atender as demandas. A equipe da GASM/SESAPI compreende a dificuldade no interior do Estado em alugar um imóvel com infra estrutura adequada, porém, não aceita que esses serviços não atendam as prerrogativas da ANVISA, em que esses ambientes sejam limpos, ventilados, iluminados, com condições mínimas para o funcionamento. Nesse momento abre-se um espaço para diálogo com a gestão do dispositivo sobre esse eixo, afim de garantir que as normas da ANVISA sejam atendidas.

Nessa interlocução com a gestão destacamos os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas e da necessidade que esses dispositivos tenham uma estrutura física satisfatória e sejam espaços sociais no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos e ampliação da contratualidade social (BRASIL, 2015). Uma pequena quantidade de municípios no Piauí foram contemplados com incentivos financeiros para a construção definitiva de Centros de Atenção Psicossocial, seja de natureza edital ou por ementa parlamentar, sendo contemplados os municípios de Bom Jesus, Simplício Mendes e Teresina.

No quarto eixo **processos de trabalho** da supervisão analisa-se o trabalho da equipe do serviço e do coordenador. Dentro do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira os recursos em saúde mental

configura-se como um pilar bastante frágil, uma vez que a intervenção em saúde mental exige uma articulação intrasetorial de maneira a vincular o indivíduo com a realidade considerando seu histórico, sua subjetividade e o contexto social (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Segundo os Documentos do Ministério da Saúde (Relatórios de Gestão 2003- 2006 e 2007-2010) e do Ministério da Educação (Pró-Residência, Portaria Interministerial n. 1001, de 22/10/2009) evocam a insuficiência e/ou inadequação do pessoal graduado nessa área. Assim, emergem três desafios: aumentar o número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequar a formação para que o profissional reconheça a multiplicidade dos determinantes do processo saúde doença em saúde mental, o caráter intersetorial desse campo de atuação; e capacitar, treinar e supervisionar profissionais que já estão no sistema de saúde, via educação permanente.

Desta forma, analisamos o papel de atuação do coordenador do serviço, observando suas habilidades e competências para gerenciar as demandas do serviço e liderar as ações juntamente com a equipe sob a ótica da interdisciplinaridade. Constatou-se que a maioria dos coordenadores não possui experiência profissional no campo da saúde, o que dificulta a realização do exercício laboral.

Outro ponto observado foi à falta de organização de dados administrativos importantes para a gestão do serviço tais como: quantidade de usuários cadastrados no equipamento, quantidade de atendimentos individuais, coletivo, visitas domiciliares, participantes nas reuniões familiares, desconhecimento do perfil do público que frequenta o dispositivo, o que se reflete no planejamento do processo de trabalho coletivo do serviço estar baseado apenas em datas comemorativas. Verificou-se que a maioria dos mesmos não consegue desenvolver habilidade de integrar a equipe e articular as ações em saúde mental, de maneira que cada profissional desenvolva suas atividades dentro das especificidades da profissão.

Percebeu-se que, via de regra, as equipes técnicas pouco se reúnem para realizar o planejamento ou discutir casos, no máximo uma vez mensal, entretanto, não há quase registros sobre essa atividade. Uma forte fragilidade evidenciada foi que a assistência ofertada pelas equipes é pautada na lógica ambulatorial, de controle

e tutela. Ainda existe uma dificuldade na execução de atendimentos coletivos, sendo este um importante recurso que possibilita a sociabilidade, manejo com as dificuldades relacionais, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

Entretanto, observou-se, como uma das exceções, uma experiência exitosa na modalidade de atendimento supracitada que acontece em alguns CAPS é denominada como Grupo de Medicação conduzida pela equipe de enfermagem no qual se evidenciou como sendo um espaço para construção de uma relação entre usuário e a medicação que utiliza, ultrapassando apenas a dispensação desta, mas ampliando para o esclarecimento de dúvidas e responsabilização do usuário e a equipe para com o tratamento medicamentoso (KANTORSKI; GUEDES; FEIJÓ; HISSE, 2013).

No atendimento para a família, observou-se que existe uma reunião para os familiares dos usuários que frequentam o dispositivo. Na maioria dos serviços supervisionados este atendimento fica sobre a responsabilidade da assistente social, com poucos relatos de outros profissionais participando deste momento. Cabe destacar, que o atendimento destinado para os familiares é com a finalidade de acolher as demandas dos mesmos de maneira a garantir a coresponsabilização do cuidado em saúde mental, possibilitando o compartilhamento de experiências e informações (BRASIL, 2015).

Todavia, percebeu-se uma parca adesão dos familiares a participarem dessas reuniões nos discursos dos profissionais, momento então que a equipe da GASM provoca reflexões com esses trabalhadores: Qual o papel da família dentro do processo de cuidar em saúde mental? Que medidas o serviço/profissionais adotam para atrair esses familiares a frequentar o serviço CAPS? Existem atividades como geração de renda promovida pela equipe do dispositivo no qual a família possa participar?

A equipe multiprofissional dos serviços realizam visitas domiciliares, sendo uma atividade incorporada no cronograma da equipe, entretanto, em outras equipes elas acontecem para administração de medicação injetável nos usuários ou situações de crise quando acionados pela comunidade ou outro dispositivo da rede SUS ou SUAS. As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho que oferece um cuidado integral ao usuário, momento

oportuno para o trabalhador de saúde visualizar o contexto social em que o usuário se encontra, planejando assim intervenções que contemple as reais necessidades do sujeito e salientando a família como co-adjuvante neste processo (COIMBRA, 2007).

Desta forma, entende-se que nas visitas domiciliares se visualiza duas possibilidades: a primeira delas refere-se ao inesperado, pois poderá haver encontros e desencontros, exigindo que o profissional de saúde tenha habilidade para contorná-los. Segunda remete ao encontro de situações difíceis que necessitam de uma intervenção, entretanto, naquele momento não se torna viável. Todavia, não existe um manual de como executar uma visita domiciliar, mas espera-se que o trabalhador de saúde mental tenha a capacidade de acolher, desenvolver lideranças e ter criatividade (OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

Em boa parte dos serviços acontecem oficinas terapêuticas, conduzidas em sua maioria pela artesã, sendo então restrita à produção de artesanato. Essas oficinas possibilitam o encontro entre pessoas com sofrimento psíquico promovendo o exercício da cidadania e a expressão de liberdade. Elas devem ser construídas entre usuários, familiares e trabalhadores de saúde e não apenas pelas artesãs, pois estas devem adquirir um caráter de reinserção social, respeitando as singularidades de cada indivíduo e sua cultura (LAPPAN-BOTTI, 2004). Portanto, a equipe da GASM reflete e estimula os trabalhadores do serviço a participar dessas oficinas, na perspectiva de que possam ser elaboradas juntos com usuários e/ou familiares.

Nos CAPS supervisionados não existem assembleias de usuários, ou seja, a equipe não promove o fortalecimento do protagonismo dos usuários. Reflete-se com a equipe que a assembleia é uma importante estratégia para a configuração do CAPS como sendo um local de convivência e de promoção de protagonismo (BRASIL, 2015). Diante disso, a equipe da GASM evoca como estimular que a equipe possa articular os usuários e fomentar a criação de assembleias, momento impar para colher subsídios para avaliar o andamento do processo de trabalho do serviço e fomentar o controle social.

Um ponto bastante curioso visualizado nessas supervisões é que na maioria dos dispositivos não existe usuário a ser acompanhado

em caráter intensivo nesses equipamentos, reforçando a lógica ambulatorial no funcionamento desses. Outra curiosidade observada é que nos dispositivos onde existem usuários acompanhados em caráter intensivo são os mesmos desde quando o serviço foi aberto, ou seja, usuários com 05 ou 10 anos que frequentam o dispositivo e ainda são atendidos na modalidade intensivo.

Dessa conjuntura emergiram algumas perguntas: Qual o perfil de usuário para frequentar o CAPS? O que a equipe do CAPS entende por acompanhamento na modalidade intensivo? Qual a relação que existe entre os usuários e o CAPS? Quais as ações de reabilitação psicossocial que são desenvolvidas nesse serviço?

Nesse momento, a equipe da GASM revive junto com os trabalhadores o teor da portaria nº 336/2002 aponta o **dispositivo CAPS destinado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes**, portanto não se justifica a permanência de um acompanhamento intensivo a um usuário por 05 ou 10 anos (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, os CAPS supervisionados parecem figurar como CAPS burocráticos, tal como define Lancetti (2008), que no geral reproduzem a lógica manicomial.

Assim, observou-se a construção de uma relação de dependência entre o usuário e o serviço, fortalecido por grande parte das equipes, o que vai ao não encontro ao papel do CAPS como um equipamento que deve possibilitar autonomia e reinserir os usuários na comunidade a qual pertencem.

Torna-se importante que os trabalhadores entendam que o bojo das ações de reabilitação psicossocial promovem o fortalecimento dos usuários e o desenvolvimento de ações articuladas com outros dispositivos presentes na comunidade como trabalho, habitação, educação, cultura, direitos humanos de maneira a possibilitar a construção de novos projetos de vida (BRASIL, 2015).

No campo da atenção psicossocial o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um importante recurso da clínica ampliada construído em conjunto com usuário, familiares e equipe de saúde, momento em que se consideram as singularidades de cada situação, prevê ações para além de intervenções restritas ao cuidado clínico, compreendendo as diversas dimensões da vida do

sujeito para que possam viver melhor (BRASIL, 2013). Nos serviços monitorados existe uma enorme dificuldade em se construir o PTS e operacionalizar nas práticas dos profissionais, evidenciado pela não compreensão desse recurso, o que reforça outra fragilidade desses serviços.

A equipe da GASM chama atenção no ponto em que práticas dos CAPS são feitas em ambiente de portas abertas, acolhedora e que o PTS acompanha o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, implicando o envolvimento das redes de suporte social e os saberes presentes no território (BRASIL, 2015).

No tocante as ações de matriciamento das equipes dos pontos de atenção da atenção básica, observou-se que essas ações ficam restritas apenas ao encaminhamento, no qual reforçamos com a equipe de saúde mental que essas ações devem ser planejadas e executadas mediante o apoio presencial e sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos, atendimentos compartilhados e ações intersetoriais no território (BRASIL, 2015).

Nos momentos de situação em crise Barros (1994) aponta que a imagem da pessoa com transtorno mental vem associada a comportamentos agressivos e violentos, com uma forte tendência de evitar contato com ele. Contudo, surgem assim estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade do mesmo o que impede que a situação de sofrimento seja superada.

O autor supracitado esclarece que no decorrer dos séculos, os loucos intitulados de insensatos foram impedidos de participar da vida social e de exercer sua cidadania, por vincular-se a periculosidade e a improdutividade. Infelizmente, atualmente vê-se que esses pressupostos estão relacionados a pessoa em sofrimento psíquico, impedindo a sua inclusão social e a efetivação da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dessas pessoas.

Nesse quesito pergunta-se: Os CAPS têm acolhido as demandas em situação de crise? O CAPS tem diversificado suas ações e intervenções para além de estratégias de contenção física ou química? Por que os CAPS apelam para o dispositivo da internação involuntária e demais intervenções invasivas sem considerar outras estratégias com vistas à humanização do cuidado?

A literatura evoca que as crises eram compreendidas como as responsáveis por deixar o indivíduo suscetível ao adoecimento psíquico. Assim, as intervenções feitas durante as crises, a partir de 1950, passam a ser baseadas no uso de psicofarmacos e na contenção mecânica, retirando-o do convívio social. Com as tecnologias farmacológicas e leves que existe hoje, é possível equalizar o sujeito, ou seja, devolve-lo a normalidade possível (COSTA, 2007).

Apesar da mudança de paradigma assistencial, as práticas manicomiais se fazem presentes no plano local principalmente na atenção à crise da pessoa em sofrimento psíquico. Existe uma enorme dificuldade dos profissionais em saúde mental em manejar essas situações, resistência dos profissionais do SAMU em fazer esse tipo atendimento e dos hospitais gerais em acolher essa demanda. **Esses fatores reforçam que as praticas manicomiais continuem presentes, configurando a urgência e emergência do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu como sendo um ponto estratégico desse atendimento.**

É importante esclarecer que na vivência com o transtorno mental, ou na existencia do sofrimento, temos que avaliar não apenas o quadro clínico/médico, mas a historia da pessoa, seu contexto de vida, suas fontes de apoio e os diferentes transtornos. Salienta-se que a equipe do CAPS faça a mediação desse cuidado com outros atores como SAMU e os hospitais gerais.

No quinto eixo **assistência farmacêutica** da supervisão analisa-se a presença do profissional farmacêutico presente no serviço, fato este não observado na maioria dos serviços de saúde mental, da enorme dificuldade de manutenção do tratamento farmacológico, em virtude da grande demanda de usuários e elevados custos dos psicotrópicos. Esse fato se torna mais grave e gritante quando esses dispositivos são de natureza consorciados, nos quais os municípios sedes acabam sendo responsabilizados pelo fornecimento da medicação de todos os usuários cadastrados nos serviços.

Outro entrave observado é que a farmácia do CAPS muitas vezes não encontra-se em ambientes salubres, o que compromete o condicionamento dos medicamentos. Em boa parte dos dispositivos percebeu-se que essa farmácia não fica localizada nas dependências internas dos mesmos e sim na secretaria municipal de saúde, o que

dificulta o manejo do usuário principalmente em situações de crise.

Outro ponto observado nos monitoramentos é o acesso restrito dos usuários aos medicamentos do componente especializados (**risperidona 1 e 2mg; olanzapina 5 e 10mg; quetiapina e clozapina**), presente na **Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)**, evidenciado pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o programa de acesso a esses psicotrópicos de alto custo, ofertado pelo Ministério da Saúde e dispensado pelo Estado nos 10 pontos da Assistência Farmacêutica, situados nos municípios: Parnaíba, Piripiri, Campo Maior, Teresina, Floriano, Picos, Oeiras, São Raimundo Nonato, Bom Jesus e Corrente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as exposições feitas entende-se que essas supervisões contribuem de maneira positiva na consolidação da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí, de maneira que disponibiliza o espaço da fala para trabalhadores, coordenadores e gestores sobre dúvidas, dificuldades, potencialidades que envolve o cuidado em saúde mental nas diversas esferas. Contribui ainda para melhor qualificar os processos de trabalho, os direitos dos usuários e consolidar os princípios da reforma psiquiátrica no Estado do Piauí.

Observou-se que essa metodologia empregada nas supervisões e monitoramentos dos CAPS resultou na construção e sistematização do saber entre os atores envolvidos, resultados que não podem ser mensurados, calculados apenas numericamente, mas são surpreendentes o quanto dignifica ainda mais o trabalho desenvolvido pela equipe técnica da GASM/SESAPI.

Vale registrar que o outro lado da moeda é que a GASM também é supervisionada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, tendo contado em 2015/6 com a apoiadora da Rede de Atenção Psicossocial nessa tarefa de fazer acontecer um novo modelo assistencial no plano local.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T.W. **Educação e emancipação**. São Paulo: Paz & Terra, 1995.

BARROS, D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante (ed), **Psiquiatria social e a Reforma Psiquiatrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. P. 171-196.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.336, de 19 de fevereiro de 2002**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **Relatório de gestão 2007-2010**. Brasília, 2011. Disponível em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 30 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Relatório da Gestão 2003-2010**. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 30 setembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS. Disponível www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 30 setembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Mental na Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção

Psicossocial e Unidades de **Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA**. Brasília, 2015.

COSTA, M.S. Construções em torno da crise: Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividade. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, vol.59, n.1, p.94-108, 2007.

DAL POZ, M.R; LIMA, J.C.S; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, vol.22, n.2,p.621-639, 2012.

KANTORSKI, L.P; GUEDES, A.C; FEIJÓ, A.M; HISSE, C.N. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, vol.22, n.4, p.1022-1029, 2013.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, R.M.P; LOYOLA, C.M.D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery R Enferm**, vol.10, n.4, dez, p.645-51.

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI,N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol1, n.3, p.333-40, 2003.

PEDROSA, J.I.S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de saúde. **Rev. APS**, São Paulo, vol. 11, n. 3, p. 303-313, 2008.

CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE SINGULAR DO CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL DR. MARTINELLI CAVALCA: REFLEXÕES SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS

Lara Emanuelli Neiva de Sousa⁶⁹

Gisele Martins do Nascimento⁷⁰

Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa

Erica Amanda dos Santos Soares

Maria do Rosário Barbosa da Silva Sousa

No ano de 2015 uma das ações prioritárias da equipe técnica da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM) vinculada a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) foi consolidar uma nova identidade para o cuidado ofertado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto

⁶⁹ Enfermeira do CAPS do município de Regeneração-PI. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

⁷⁰ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Gerente Estadual de Saúde Mental do Piauí. Professora do CRR da Universidade Federal do Piauí.

Juvenil Dr Martinelli Cavalca – CAPSi, criado e em funcionamento desde 1997, primeiro como Instituto, Trata-se de um equipamento de saúde mental destinado a cuidar de crianças e adolescentes no Estado e está sob gerência e gestão estadual e que se encontrava inserido dentro do complexo manicomial. Desta forma, esse serviço se torna um objeto de ação desta equipe, cujas ações, avanços e desafios estão registrados nesse texto, um capítulo a mais na história do dispositivo.

Na da saúde mental, no mundo Ocidental, constata-se que existe uma defasagem na assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais e da oferta de uma rede de serviços capaz de atender as necessidades desse público (PATEL; HETRICK; MCGORRY, 2007). Essa realidade está presente no território brasileiro, bem como no cenário piauiense, que conta com 2.209 (BRASIL, 2015) Capsi distribuídos pelo País como um todo, sendo apenas 9,1% Capsi (totalizando 201 equipamentos). O Piauí conta com apenas 2 Capsi (um localizado em Teresina, outro em Paulistana implantado em 2014). A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Piauí conta ainda com o Ambulatório de psiquiatria infanto-juvenil funcionando no Hospital Areolino de Abreu no período da tarde e no Hospital do Satélite na cidade de Teresina e 01 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (Uai – gestão municipal) em Teresina, como equipamentos destinados para crianças e adolescentes com transtorno mental, ou seja, a maioria dos serviços concentrados na capital.

Observa-se, no contexto local, que atualmente temos poucos equipamentos dentro da Rede de Atenção Psicossocial destinados para essa parcela da população.

Observa-se que, predominantemente, as políticas de saúde mental existentes no Brasil, são direcionadas para as necessidades da população adulta. Desta forma, o desenvolvimento de políticas de saúde mental para a infância e adolescência deve ser encaradas como um empreendimento não apenas necessário, mas urgente. Essas políticas devem prever a ampliação de serviços, construção de dados e de informações culturalmente relevantes ao tema (BELFER; SAXENA, 2006).

Data de 2005 o texto Caminhos para uma política de saúde mental infanto juvenil, um marco na perspectiva de diretrizes para

a saúde mental infantil e juvenil compreendida como um problema de saúde pública. Paralelamente, alguns movimentos começam a acontecer dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para esse público, dentro as quais destacamos: implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, intitulados de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores como educação, assistência social, justiça e outros visando a integralidade do cuidado.

Os CAPSi foram desenhados com base nas diretrizes dos demais tipos de CAPS, presentes na portaria nº336/2002, na perspectiva de serem equipamentos de natureza territorial, financiados integralmente pelo SUS e com objetivo de prover a atenção em saúde mental na linha da clínica ampliada (BRASIL, 2002).

Com base nessa lógica o CAPSi deve fazer um levantamento das necessidades em saúde mental no território de abrangência, principalmente nos equipamentos inseridos no território tais como: escolas, conselhos tutelares, abrigos, dispositivos de saúde através de visitas técnicas e reuniões, o que configura para este serviço um caráter gestor e ordenador do cuidado em saúde mental para esse público. Outro ponto a destacar é que o CAPSi deve promover a pactuação dos fluxos pelos diversos setores visando oferecer resolutividade às diferentes demandas oriundas de diferentes atores sobretudo, escola/educação; famílias e conselho tutelar, o que caracteriza o caráter terapêutico, político, dialógico e a potência que esse equipamento deve ter, fortalecido pela constituição da RAPS, em 2011.

Com estas características esperadas e desejadas, ao fazer um recorte desse dispositivo presente no território piauiense, muitos questionamentos se fazem pertinentes, dentre eles: Qual a relação desse dispositivo com a comunidade em que está inserido? Quais as estratégias adotadas pelo serviço para ordenar o cuidado em saúde mental ativando e articulando os recursos existentes no território?

Com base nessas indagações o Capsi Dr. Martinelli Cavalca, localizado em Teresina, atendendo todas as crianças e adolescentes do Piauí como um todo e também dos estados vizinhos foi avaliado

pela equipe da Gerência de Saúde Mental-GASM, na direção de redimensionamentos do serviço, para atender as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais no contexto local. Portanto, orientadas pelas questões acima a equipe da GASM, implementou alterações para o redimensionamento do CAPSi, sob gestão estadual, para um cuidado mais potente e diversificado.

Este texto tem como objetivo descrever as ações de gestão realizadas pela equipe da GASM/SESAPI no período de 2015 e 2016 no Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Drº Martinelli Cavalca (CAPSi) e sistematizar um balanço, destacando os avanços e desafios desse dispositivo na ótica do cuidado comunitário.

RESGATANDO A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA INFANTIL PIAUIENSE

Para compreender as mudanças que foram planejadas e executadas para o CAPSi no lapso temporal citado é preciso resgatar as memórias desse dispositivo. Para isso, utilizamos como referencial teórico para esta parte do texto, o livro “Reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Martinelli Cavalca” (ROSA; COSTA; SOARES, 2008) como sendo a principal memória desse serviço de saúde mental.

Os primeiros movimentos desencadeados em prol da assistência a criança e adolescente com transtorno mental no Estado começaram na gestão do secretário de saúde que era psiquiatra e professor universitário Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco que depois de sensibilizado com a total desassistência a esse público possibilitou que as primeiras medidas fossem executadas.

Desta forma, a direção do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (HAA) foi autorizada a realizar reformas na estrutura física do Ambulatório para que assim fosse implantado o primeiro serviço de assistência psiquiátrica infantil do Estado, fato este que aconteceu em 1986. Esse serviço de caráter ambulatorial apresentava contava com uma equipe técnica: um psiquiatra infantil, uma psicóloga para atender exclusivamente crianças e outra psicóloga para atender adolescentes, uma fonoaudióloga e uma psicopedagoga e uma assistente social.

Após 10 anos de funcionamento desse ambulatório, iniciou-se uma trajetória para implantação de um serviço de psiquiatria infantil que suprisse as necessidades dos usuários. Vários fatores motivaram para que esse serviço saísse da conjuntura de sonho para a realidade, dentre os quais destacamos: aumento da demanda, demissão de alguns profissionais que atuavam no ambulatório e a falta de espaço físico, pois crianças e adolescentes compartilhavam a mesma sala de espera com adultos, muitos deles em fase aguda da enfermidade, o que afetava diretamente adesão ao tratamento.

Desta forma, no ano de 1997 ocorreu a implantação do Instituto de Psiquiatria Martinelli Cavalca, que funcionava na estrutura física projetada para abrigar o Manicômio Judiciário do Piauí, ou seja, dentro do perímetro manicomial. A equipe técnica que atuava no serviço era composto por: um psiquiatra infanto-juvenil, uma assistente social e uma psicóloga, que foram encaminhados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI) a cidade de Porto Alegre para conhecerem o serviço de psiquiatria infanto juvenil do hospital psiquiátrico daquele Estado.

Na construção desse instituto pensou-se na constituição de uma equipe técnica oriunda de concurso público e considerados qualificados para atuarem no serviço, entretanto, esse fato não ocorreu. A equipe formada por psiquiatra, enfermeira, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional foi encaminhada pela direção do Hospital Areolino de Abreu, sendo que, alguns deles, em especial os servidores de nível médio e fundamental, não possuía qualificação mínima para atuar no Instituto, todos ligados financeira e administrativamente ao hospital psiquiátrico.

No decorrer do funcionamento do Instituto uma cena lamentável acontecia rotineiramente, em decorrência de vários fatores, dentre eles: a família que tinha dificuldade, de natureza financeira, de acesso diário ao serviço; pelo poder judiciário que impunha a internação integral, pacientes passavam a noite nas enfermarias com outros adultos, algumas vezes sem acompanhamento familiar.

Todavia, com as mudanças no paradigma assistencial psiquiátrico brasileiro e com a promulgação da lei 10.216/2001 e Portaria n° 336/02, impôs-se a necessidade de adequações do

cuidado destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Assim, o Instituto de Psiquiatria Infanto Juvenil Drº Martinelli Cavalca se transforma no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Drº Martinelli Cavalca (CAPSi).

Assim, no ano de 2002 o Ministério da Saúde autoriza a implantação do CAPSi e mais movimentos são desencadeados para que esse dispositivo pudesse ter autonomia administrativa e financeira vedado a um Instituto. Todavia, mais obstáculos se impunham na trajetória desse dispositivo.

Vários fatores dificultaram a implantação e a consolidação do CAPSi como ordenador do cuidado em saúde mental para o segmento infantil, dentre as quais destacamos: primeiramente a dependência física e funcional do Hospital Areolino de Abreu; rotatividade dos profissionais de saúde; ausência de qualificação dos profissionais que atuavam neste dispositivo; organização dos processos de trabalho predominantemente no formato ambulatorial, com poucos investimentos no desenvolvimento de ações intersetoriais, o que limitava a promoção de um cuidado integral.

Um nó crítico emergiu em agosto de 2012, quando foi iniciada uma reforma da estrutura física (anexo do HAA) onde funcionava o Capsi, o que impôs seu deslocamento para outro espaço, circunscrito ao setor de terapia ocupacional do hospital, fator que limitou ainda mais as atividades no serviço à sua dimensão ambulatorial, posto a impossibilidade de uma atenção intensiva, à crise. Todavia, havia a promessa de que tal arranjo seria temporário, em torno de no máximo 9 meses, o que se estendeu por mais de 2 anos, comprometendo a potência do serviço e de sua equipe, ainda mais limitado pela estrutura manicomial e para práticas com este desenho.

Como mencionado anteriormente, a história do CAPSi e do cuidado ao segmento infanto juvenil na saúde mental no contexto local, são marcados por desafios, de maneira que a reforma ficou inconclusa e o serviço funcionou dentro do hospital psiquiátrico até agosto de 2015, um fato lamentável, o que caracteriza um profundo retrocesso na saúde mental infanto-juvenil piauiense e um desrespeito ao que estabelece o Estatuto da criança e do adolescente, que coloca este segmento como prioridade absoluta (Lei 8.069/1990).

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Após a equipe técnica assumir a gestão da RAPS no ano de 2015 iniciou-se a fase de planejamento das ações para construção de uma nova identidade para o CAPSi. Na primeira etapa, foi produzido um diagnóstico situacional do equipamento feito em uma ação conjunta da equipe técnica da GASM/SESAPI, apoiadora do Ministério da Saúde e acompanhado pelo Ministério Público.

No início de 2015 a figura do Ministério Público aparece na conjuntura do CAPSi uma vez que o serviço funcionava em dissonância das diretrizes da reforma psiquiátrica e do Ministério da Saúde, participando de maneira ativa no processo de transformação e construção dessa identidade.

Em seguida, com a consolidação do diagnóstico situacional do CAPSi, foi construído um cronograma de ações a serem implementadas pela equipe da GASM, com auxílio de outros atores. Dessa forma, as principais mudanças circunscreveram: a **definição de uma estrutura física própria para o serviço; desmembramento administrativo do hospital psiquiátrico, como: fornecimento de alimentação, material de limpeza, medicamentos e insumos de enfermagem; reestruturação da equipe técnica do serviço e reorganização dos processos de trabalho.**

Essas mudanças supracitadas foram o alvo das ações executadas pela equipe técnica GASM/SESAPI, a qual é composta por 01 psicóloga (gerente), 01 assistente social (coordenadora de CAPS), 01 assistente social responsável pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 01 enfermeira responsável pelos Leitos em Saúde Mental, 01 supervisora e dois apoios administrativos, uma equipe mínima, mas que atua na perspectiva de uma equipe multidisciplinar para construir resolutividade às demandas que chegam à GASM, possibilitando uma gestão compartilhada.

OS PERCALÇOS NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO CAPSi

O primeiro desafio enfrentado pela equipe da GASM foi definir uma sede própria do CAPSi, uma vez que o serviço não poderia funcionar dentro do hospital psiquiátrico, ferindo diretrizes

da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente. De maneira que então o secretário de Estado da Saúde (Francisco Costa) aponta que o CAPSi iria ser transferido para uma estrutura localizada no bairro Buenos Aires, uma vez que, consistia em um prédio público reformado recentemente e encontrava-se mobiliado e não estava sendo utilizado. Primeira vitória, pois poucos CAPS no Estado tem sede própria.

Após definir a nova sede, a equipe da GASM começou a trabalhar para que o serviço pudesse ser transferido, solicitando o fornecimento de água, luz, internet e uma linha telefônica, insumos básicos para que o serviço pudesse ser acolhido na nova sede. Dentro das ações que estavam sendo desenhadas para essa transferência, chegava o momento de socializar com a equipe do dispositivo.

Desta forma, a equipe da GASM se reuniu com os profissionais do serviço e apresentou as propostas de mudanças do CAPSi, visando a produção de um espaço para que outros atores fossem envolvidos nesse processo. Mas para surpresa da equipe da GASM, muitas resistências emergiram. Alguns profissionais da equipe do CAPSi não concordaram com a mudança do equipamento para o bairro Buenos Aires, optando pela transferência para outro dispositivo de saúde mental.

E, nesse contexto de resistências, dificuldades apareceram à equipe da GASM, no plano de custeio do serviço. Os recursos oriundos do Ministério da Saúde não estavam sendo repassados do fundo municipal de saúde para fundo estadual de saúde, desde 2012 até a presente data 2014, uma vez que o CAPSi está inserido dentro do território de gestão plena da capital.

Com essa informação, foi provocado, dentro de uma reunião Comissão Intergestora Bipartite (CIB) uma pauta para a saúde mental, apresentada pela gerente de saúde mental da SESAPI a solicitação de transferência de recurso de custeio do CAPSi para o fundo estadual de saúde, uma vez que o serviço é gerenciado pelo Estado. Assim, nesse espaço deliberativo de gestão do SUS, conseguiu-se que esse pleito fosse atendido, de maneira que mensalmente o recurso é transferido para o fundo estadual de saúde em 24 parcelas, para manutenção do mesmo, outra importante vitória.

Nesse contexto de mudanças que se concretizava mediante o trabalho da equipe da GASM, iniciou-se a caminhada de desmembramento administrativo do CAPSi junto ao Hospital Areolino de Abreu, o qual fornecia alimentação, material de limpeza, medicamentos e insumos de enfermagem. Assim, solicitou-se a compra dos itens mencionados, adicionado de extintores, material de terapia ocupacional e brinquedos pedagógicos pela SESAPI através do processo licitatório.

É válido ressaltar que enquanto o processo licitatório não se concluíra e os itens supracitados ficavam impedidos de ser dispensados diretamente para o CAPSi, a direção geral do Hospital auxiliou nesse processo, garantindo que o fornecimento dos mesmos seria suspenso apenas quando encerrasse o trâmite licitatório.

Outro nó dificultou o avanço de algumas mudanças no CAPSi, delimitado pela situação cadastral do CNPJ do serviço. No ano de 2012 o CNPJ do serviço foi alterado, de maneira que junto à Receita Federal o mesmo encontrava-se em situação cadastral “baixada”, o que impossibilitaria a confecção de receituários, alteração no CNES, informação da produção do serviço.

Para desatar este nó, foi necessário que a SESAPI solicitasse a ativação do CNPJ do serviço, através de um decreto do governador do Estado e para assim ser encaminhando a Receita Federal para que a situação cadastral fosse alterada. Foi um nó bastante árduo para ser desatado, mas obteve-se êxito nas ações nesse horizonte.

Diante de tantos nós e obstáculos outras pequenas vitórias foram conquistadas, como ativação do CNPJ, o que possibilitou a confecção de novas capas de prontuários, cartões de atendimento e impressos, emissão de receituários com o novo endereço do CAPSi, com timbre próprio, a identidade singular e específica do equipamento é revitalizada, sem a tutela da estrutura manicomial.

No dia 08 de setembro de 2015 o CAPSi passa a funcionar em sua nova sede, localizada na Rua Crizipio Aguiar, nº 3889, bairro Buenos Aires, na zona norte da capital do Estado. Inicia-se, o que a equipe da GASM considera o mais importante capítulo na história desse serviço, pois apesar de ter 10 anos de implantação, apenas a partir daquela data começa a dar os primeiros passos na direção

de sua maturidade, pela sua desvinculação do Hospital Areolino de Abreu, do espectro do modelo manicomial.

Os primeiros passos foram bastante difíceis, uma vez que o serviço contava apenas com a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde, presente na portaria nº 366/2002, formada por: 01 coordenadora, 01 psiquiatra, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 educador físico, 02 assistentes sociais, 03 técnicas de enfermagem 01 técnico de informática e 01 auxiliar administrativo.

Um problema emergiu mediante o funcionamento do CAPSi com essa nova roupagem, uma vez que o serviço é retaguarda para 224 municípios do Estado, precisávamos ofertar um acesso igualitário para os usuários que moram de Luís Correia à Cristalândia, principalmente, envolvendo os atendimentos psiquiátricos.

Para garantir essa igualdade de acesso, os atendimentos psiquiátricos foram ofertados via regulação ambulatorial, contrariando uma das diretrizes da PNSM que aponta como um serviço de demanda espontânea. Desta forma, orientou-se que para os atendimentos médicos os usuários poderiam fazer agendamento via Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Inicia-se em 2016 os desafios de continuar desatando nós, para que o CAPSi possa ser o principal ordenador do cuidado em saúde mental infanto-juvenil, mas para isso torna-se fundamental a ampliação da equipe técnica e organização dos processos de trabalho.

No ano mencionado o Governo do Estado faz a convocação de parte dos profissionais de saúde que foram aprovados no último concurso público, momento crucial para a ampliação da equipe do CAPSi, garantindo assim que o serviço obtivesse uma equipe própria, nó que foi desatado, outra vitória. Assim, atualmente a equipe do CAPSi é formada por: 01 coordenadora, 02 psiquiatras com experiência na área infanto-juvenil, 02 enfermeiros, 02 psicólogas, 02 assistentes sociais, 01 educador físico, 01 pedagoga, 04 técnicas de enfermagem, 02 auxiliares administrativos, 01 técnico de informática, 01 artesã e 04 auxiliares de serviços gerais.

Um ponto a destacar é que 80% da demanda atendida no serviço são munícipes de Teresina e dessa forma ficava inviável gerenciar o dispositivo sem contrapartida da Fundação Municipal

de Saúde. Assim, mediante uma audiência pública entre SESAPI e FMS mediado pelo Ministério Público ficou acordado que a medicação psicotrópica dos munícipes de Teresina seria financiada pela FMS, mais uma vitória e fato histórico. Mensalmente o CAPSi informa um relatório nominal dos usuários atendidos e quantidade de medicamentos prescritos, com a finalidade de ser incluída na rota de dispensação de medicamentos da FMS.

Simultaneamente, houve gestões, desde o início do processo, para a municipalização do equipamento pela FMS, frente ao perfil de residência da maioria dos atendidos, no que pouco se avançou, o que contraria um preceito do SUS.

A partir desse passo fundamental, amplia-se a oferta de cuidados ao público infanto juvenil e assim aumentou-se a quantidade de atendimentos individuais, grupos terapêuticos destinados para crianças, adolescentes e pais desses usuários, atenção à crise e envolvimento da comunidade no cotidiano de atividades do serviço.

Nesse contexto, os familiares participam e se engajam nas atividades do CAPSi participando das reuniões para discutir temas que eles escolhem visando atender suas demandas, de oficinas de geração de renda como: cultivo de legumes e verduras na horta; culinária; produção de material de higiene e limpeza; bazar beneficente dentre outros; na organização dos eventos do CAPSi como festas dentre outros.

Gradativamente o CAPSi vai ganhando vida construindo um cuidado mais territorial, integral e executando seu papel de ordenador de cuidados. Mais passos são dados, pois o território começa a reconhecer esse serviço como importante ator no manejo à criança e adolescente com transtorno mental e começa a receber visitantes como a escola, CRAS, CREAS e Ministério Público.

O empoderamento do público atendido nesse serviço começa a ser visualizado pela sociedade, pois muitas crianças descobriram habilidades durante as atividades físicas, oficinas de dança, arte circense dentre outros. Para exibir esse empoderamento a GASM convida um grupo de crianças e adolescentes para apresentarem um musical na abertura do I Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental do Piauí, em 2016.

Essa apresentação foi marcada pela alegria e entusiasmo das crianças e adolescentes envolvidas, orgulho das mães que presenciaram esse momento e da surpresa do público com a magnífica apresentação feita ao ritmo junino. A emoção reinou entre a plateia evidenciada pelas palmas vibrantes e uma importante lição de superação estava sendo evidenciada e para equipe da GASM uma retribuição do árduo trabalho que estava sendo feito.

Nesse contexto de construção da identidade do serviço na comunidade, outro passo dado foi a inclusão em atividades realizadas pelos demais CAPS do município de Teresina como a participação na Rede Intersetorial de Articulação (RIA), em momentos de qualificação dos profissionais da RAPS, articulando com demais dispositivos como SAMU, hospital geral, ambulatórios de psiquiatria infanto-juvenil dentre outros.

O ano de 2017 nasce com fortes desafios a serem superados no que diz respeito ao redirecionamento dos processos de trabalhos executados no sentido que as equipes possam ser atores mais ativos e estejam mergulhados nas diretrizes do CAPSi, desconstruindo a cultura manicomial presente na população brasileira, bem como direcionar suas ações para as equipes da atenção básica e a área educacional, que impõe muitos encaminhamentos para o serviço.

Nesta perspectiva é fundamental que as equipes possam atuar de maneira difusa e volante no território em que o dispositivo está inserido, não só apenas através de visitas domiciliares, mas como ordenadores do cuidado em saúde mental, promovendo a reabilitação psicossocial e contratualizando cenas da vida cotidiana dos usuários na direção da reinvenção da vida e construção de outros laços sociais com este segmento, sem a intermediação do estigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as exposições e balanços realizados, entende-se que esse processo de construção da identidade do CAPSi é processual, pois apesar dos avanços concretizados em pouco tempo, a agenda ainda é enorme, impondo outros desafios a nível de gestão e operacionalização. Todavia, ressalta-se que os atores envolvidos

nesse processo estão ativos e dispostos a continuar na promoção e consolidação de mudanças.

Percebe-se que nos últimos dois anos houve uma melhoria no acesso, de maneira que há maior equidade no cuidado da população da capital e do interior. Há ainda, participação cada vez mais ativa e protagonista de mães, pais e membros do bairro se fazem presente na relação com o CAPSi, evidenciado pelas atividades realizadas no cotidiano do serviço.

De maneira gradativa o serviço está se articulando com outros dispositivos da saúde, da assistência social, da educação, da justiça dentre outros, promovendo os primeiros diálogos e interlocuções, assumindo o seu papel no contexto do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Dessa forma, este texto é mais um capítulo na história desse serviço de saúde mental no Estado, que muito ainda precisa desabrochar acreditando que é possível proporcionar dias melhores e qualidade de vida para as crianças e adolescentes do Piauí, tornando políticas públicas uma realidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria N° 336/02/MS. Brasília: MS, 2002.

_____. SAÚDE MENTAL EM DADOS 12. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015.

BELFER M. L., SAXENA S. WHO child atlas project. The Lancet, vol. 367, p.551-552, 2006.

PATEL V, FLISHER AJ, HETRICK S, MCGORRY P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet, vol.369, n.9569, p.1302-13, 2007.

ROSA, LCS; COSTA, ME; BASTOS, R.C.S. Capsi: Reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr. Martinelli Cavalca. Teresina: EDUFPI, 2008.

A RUA COMO ESPAÇO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA DE TERESINA

Mayra Daniele Rodrigues Marques⁷¹

Com o advento do SUS e da reforma psiquiátrica, o assistente social está cada vez mais inserido em espaços da saúde e da saúde mental. Diante desse cenário de trabalho, vários desafios são postos ao profissional tanto pela complexidade das demandas que chegam, quanto pelas dificuldades de articulação da rede de serviços na resolução dessas demandas.

Dentre os cenários contemporâneos gestados com o movimento da sociedade capitalista, estão os consumidores nocivos de substâncias psicoativas e as consequências sociais do uso, apresentadas aos profissionais do Serviço Social nos mais diversos campos de atuação profissional, que a cada dia ganham destaque no noticiário policial em todo o Brasil, sobremaneira, associados à criminalidade, intensificando a difusão do estigma que associa todo usuário de substâncias psicoativas a práticas delituosas (JORGE;

⁷¹ Assistente Social da Equipe Consultório na Rua de Teresina, Piauí. E-mail: mayra.marques@live.com

CORRADI-WEBSTER, 2012), na maioria das vezes culpabilizando-o, e relacionando o uso da substância à criminalidade, às periferias, para onde foram sendo “empurrados” os sobrantes, frutos da vigente sociedade capitalista.

Objetiva-se com este trabalho explorar esse campo de atuação que se abre ao assistente social na saúde, inserindo-se nesse cenário de drogas e estigma, a atuação direta com o grupo populacional que vive em situação de rua, público das ações do Consultório na Rua que, dentre uma série de ações de saúde, atua também sobre as múltiplas expressões da questão social contornadas no consumo das substâncias psicoativas, propondo uma abordagem diferenciada e inovadora que pressupõe um olhar humanizado e acolhedor. Discute-se a temática através da aproximação da legislação vigente e de literaturas sobre o tema, bem como colocando as vivências a partir do exercício profissional de 2013 até 2016. Nesse sentido, metodologicamente, trata-se de um relato de experiência profissional de uma assistente social.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A população em situação de rua é conceituada pela Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Presidencial 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b), como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2012). Além dessa abordagem conceitual, existem diversos estigmas sócio-historicamente criados que identificam essa parcela da população, sendo os mais comuns de “vagabunda”, “louca”, “suja” e “coitadinha”, segundo Mattos e Ferreira (2004).

Neste trabalho, adota-se a concepção ampliada de Mattos e Ferreira (2005), referenciada no Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, que vai além daqueles que não têm teto, dos “sem-casa”, mas também inclui nessa categoria as pessoas que fazem da rua seu meio de sobrevivência e convívio

social, seja através das atividades profissionais ou de vivência que lhe apresentem sentido social e significado, como o público atendido pelo C na Rua, tais como profissionais do sexo, guardadores de carro, flanelinhas, pedintes, “laranjas” do tráfico que atuam nas ruas e vendedores ambulantes.

Articula-se o conceito de “questão social”, que é “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.77), como profundamente imbricada com o uso de substâncias psicoativas na atualidade, uma vez que a sociedade capitalista imprime nas pessoas o consumismo desenfreado, que o sustenta e que é acionado como busca de prazer, preenchimento de vazios, “em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias” (NERY FILHO, 2010, p. 16), vazios esses produzidos pela sociedade do “ter”, onde os que “não têm” sofrem um processo de exclusão e marginalização. Vale lembrar que em todas as classes sociais o consumo de SPA é identificado, ganhando maior visibilidade entre as camadas populares pelo consumo em espaços públicos, mais visíveis socialmente.

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), citado em matéria recente publicada na revista RADIS, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), dá conta de que existe uma relação direta entre o consumo nocivo de substâncias psicoativas e a história de violência na infância (ENSP, 2014), uma das expressões da questão social com a qual lida o assistente social nos mais diferentes campos profissionais.

A questão social reconhecida socialmente como objeto de trabalho do assistente social tem como raiz a contradição fundamental da sociedade capitalista: que tem a produção social cada vez mais coletiva, enquanto seus resultados são cada vez mais apropriados de maneira privada, por uma pequena parcela da sociedade, em geral diferente daquela que a produziu, o que resulta num abismo social de desigualdade e exclusão resistido pelos que a vivencia, aí inclusa a população em situação de rua, em suas diversas demandas e questões. As transformações recentes da sociedade brasileira repercutiram na vida da população usuária

dos serviços sociais nas mais diferentes áreas das políticas públicas. Processos sociais alteram as condições de vida dos segmentos mais subalternizados, obrigando-os a reinventar seus costumes e modos de vida, o que se reflete nas demandas apresentadas no cotidiano profissional do Assistente Social (IAMAMOTO, 2011)

CAMINHANDO PARA A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

No cenário da saúde mental, desde os anos 1990 acontecem intensas alterações, coroadas com a Lei 10.216/2001, que foi um divisor de águas na assistência a pessoas com transtorno mental ao tornar a internação integral o último recurso para pessoas com transtornos mentais, adotando uma postura de inclusão desses usuários ao meio social e à comunidade.

Alguns princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social (REIS, 2004) convergem com os princípios da reforma psiquiátrica, havendo crescente apoio dos órgãos da categoria às mudanças em curso na saúde mental. Nesse horizonte, os assistentes sociais foram reconhecidos como profissionais da saúde e se engajaram na saúde mental em vários serviços nesse campo profissional. Com o Sistema Único de Saúde (SUS) concebendo a saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde - doença - cuidado, e com o Serviço Social formado em uma perspectiva de totalidade, é fortalecido o exercício profissional.

Cabe ao assistente social desvelar a demanda que está subjacente à necessidade aparente que levou o usuário até o serviço de saúde, processo essencial à continuidade do cuidado pós-alta ou pós-consulta, pois do contrário, a passagem pelo hospital não passará de uma mera medida orgânica e paliativa que, deslocada dos determinantes sociais que envolvem a questão, não apresenta resolutividade a médio e longo prazo, uma vez que outras passagens pelos serviços de saúde tendem a acontecer sem executar grande transformação na história de vida do usuário.

Historicamente o consumo de substâncias psicoativas esteve restrito à política de segurança pública, sendo alçado a partir de 2002 a problema de saúde pública.

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política

nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi a partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República. Duarte (2010), em uma clara alusão à perspectiva proibicionista norte-americana, que postula uma política de “guerra às drogas” e “por uma sociedade sem drogas”.

Mas, com a assunção da questão como uma política de saúde, a partir de 2002 há um realinhamento da SENAD com o Ministério da Saúde em torno da redução de danos, que paulatinamente se torna uma política, orientada pelos direitos humanos e pautada na prevenção e no respeito ao percurso do consumidor.

A partir daí, surgem leis e decretos sobre o assunto, tal como a Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prevê medidas de prevenção do uso “indevido”, atenção e reinserção social de usuários de drogas e ainda estabelece normas para repressão ao tráfico de drogas e define crimes. Posteriormente, ganha visibilidade a legislação sobre álcool, com o Decreto nº 6.117/2007, que aprova a Política Nacional sobre o Álcool; a Lei nº 11.705/2008, que dentre os destaques, altera o Código de Trânsito Brasileiro para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor; e ainda nessa linha, o Decreto nº 6.488/2008, que disciplina a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito; e o Decreto nº 6.489/2008, que regulamenta a Lei nº 11.705/2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais.

Nessa direção, na busca de soluções concretas capazes de amenizar as questões e as consequências associadas ao uso de *crack* destacadas com o passar dos anos na mídia em todo o Brasil, foi lançado pelo Governo Federal em 2010, o Decreto Presidencial nº. 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e

outras Drogas (BRASIL, 2014), cria o seu Comitê Gestor e indica uma série de ações para o “enfrentamento” da questão adotando um olhar intersetorial, que perpassa diversas políticas.

O CONSULTÓRIO “NA” E “PARA” A RUA: A REALIDADE TERESINENSE

Com os olhos votados às ruas, a ideia da criação de um dispositivo de saúde voltado às particularidades de pessoas em situação de rua, tem como embrião o Banco de Rua, um projeto idealizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, da Universidade Federal da Bahia, em 1989, que funcionava através de observação participante para aproximação dos sujeitos sobre cuja realidade se propunha intervir. Mais tarde, a observação do Banco de Rua subsidiaria ações concretizadas no Consultório de Rua, que passa a oferecer serviços de saúde e orientações a pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas acerca de prevenção e redução de danos. (NERY FILHO, 2011).

A eficácia das ações desenvolvidas pelo Consultório na Bahia, o incentivo governamental e o reconhecimento desse trabalho ocorreram com o Decreto nº 7.179/ 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, que prevê a disseminação de práticas bem-sucedidas de atendimento aos usuários de *crack* e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, estando dentre elas o Consultório de Rua, que até então, realizava suas atividades apenas via CETAD / UFBA. No mesmo ano, já existiam 35 Projetos Consultório de Rua apoiados pelo Ministério da Saúde.

O Consultório de Rua desenvolve suas atividades no Piauí desde 17 de dezembro de 2010, em Teresina, após definição de instrumentais de ação e mapeamento das áreas a serem cobertas inicialmente. A configuração atual desse serviço é o Consultório na Rua, que passou a ter *status* de política pública, sendo instigado à implantação nos mais diversos cantos do Brasil onde houvesse população demandante para o serviço em questão, sendo reconhecida na Portaria 3088/2011 como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, estando situado na Atenção Básica. O novo Consultório na Rua passa a desenvolver atividades de prevenção e promoção em saúde, funcionando como uma equipe de saúde da família, incorporando as ações antes realizadas pelas ESF (Estratégia Saúde da Família) sem domicílio e continuando as atividades relacionadas especificamente à saúde mental, do antigo Consultório de Rua, passando a ser uma equipe multiprofissional itinerante para atenção integral à saúde da população em situação de rua.

Na Portaria 122/2011 (BRASIL, 2011a), na Modalidade I, existe uma exigência de pelo menos 2 profissionais de nível superior, e dentre as opções colocadas na própria legislação está o profissional de Serviço Social, reconhecidamente capacitado a enfrentar as demandas complexas que surgem no dia a dia direto na abordagem a pessoas em situação de rua. Nessa modalidade, desde 2012 um profissional de Serviço Social já compunha o projeto no Piauí, ao lado de um profissional de Enfermagem e 3 redutores de danos em consonância com a regulamentação vigente.

Na realidade teresinense, o Consultório, que anteriormente tinha como ponto de apoio e encontro as dependências da Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde, estando diretamente subordinado à Gerência de Saúde Mental, haja vista o aparato legal da época, passou a apoiar-se em Unidade Básica de Saúde, sendo escolhida a UBS “Dr. Wilson Batista”, por critérios de proximidade da região central e estar localizada na zona sul da cidade, frequentemente citada nos noticiários locais que chegam até as residências teresinenses multiplicando uma visão fragmentada e reducionista de associação do ato infracional ao uso de substâncias psicoativas, devido à alta incidência de violência e consumo de psicoativos nas vias públicas, como se o *crack* (a pedra, a substância mais em voga) fosse o grande vilão de toda a história e, portanto, como se as medidas voltadas a sua destruição resolvessem “os problemas” de imediato, esquecendo que o uso de substâncias psicoativas está relacionado à ausência ou falta nas políticas públicas básicas que deixam de suprir necessidades que acabam sendo encontradas nas substâncias psicoativas, já que o

envolvimento com essas substâncias se trata no plano imediato de busca de prazer, curiosidade e preenchimento de vazios e outros significados, envolvendo uma complexidade de questões, que estão relacionadas até mesmo com exclusão de direitos. As drogas, inclusive o *crack*, são “produtos químicos sem alma, que não falam, não pensam, não simbolizam” (NERY FILHO, 2016, p.2)

O ASSISTENTE SOCIAL NA RUA NA PERSPECTIVA DA PRODUÇÃO DE SAÚDE

Visão amplamente difundida (inclusive por profissionais que atuam na área) é a que a pessoa está em situação de rua “porque assim deseja”, uma leitura imediata e fatalista sobre a realidade e os discursos desse público. É comum que os moradores de rua afirmem que “estão na rua porque é melhor para eles”, e cabe aos profissionais que lidam com esse público transpor a “pseudoconcreticidade” (KOSIK, 2002) que está subjacente à fala. Com um projeto ético-político que tem como valor ético central a liberdade, que significa escolher entre alternativas concretas e possíveis, o assistente social deve ter o olhar crítico para identificar que subjacente a esse discurso existe uma ausência de liberdade porque dentre as múltiplas determinações que levam uma pessoa a viver na rua está a ausência de alternativas sociais, construídas (ou destruídas) por uma série de rupturas e perdas de referências: familiares, comunitárias, sociais e afetivas. O assistente social do Consultório na Rua, bem como os outros profissionais que atuam diretamente com esse público, exerce diariamente postura pedagógica de desmistificação junto à rede e à população, quando necessário, através de relatos de histórias reais e argumentos válidos, mais contundentes que o discurso vazio reproduzido sem base na realidade.

Essa população só conquistou a proteção do Estado com a Constituição Federal de 1988, o reconhecimento dos direitos sociais e a Lei Orgânica da Assistência Social, que organiza a assistência social e detalha esses direitos.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com a cooperação da UNESCO, revela diversas

nuances acerca desse grupo, dentre elas, a prevalência de doenças, cerca de 30%, sobretudo as relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias, o que não foi abordado especificamente na aludida pesquisa relacionada a enfermidades, porém foi pertinente à motivação para a permanência nas ruas (35,5%), daí também a justificativa da criação de um dispositivo de saúde específico para essa população, com atenção especial para as questões ligadas à dependência química.

Resumidamente, a população em situação de rua é predominantemente masculina, alfabetizada e que trabalha para seu sustento. Uma pequena parte possui problemas psiquiátricos/mentais (6,1%), porém, o uso de drogas, em especial do álcool, é uma questão recorrente nesse grupo (BRASIL, 2008).

Apesar da pequena porcentagem apontada na referida pesquisa, no cotidiano assistencial em Teresina tem-se observado que os casos de pessoas com transtorno mental dentro desse grupo são constantes e complexos, uma vez que envolvem duas dimensões de vulnerabilidades e uma multiplicidade de estigmas a elas associados.

Em geral, as pessoas com transtorno mental em situação de rua, atendidas pelo Consultório na Rua de Teresina, têm vínculo familiar estabelecido, porém frágil. A relação familiar é permeada de conflitos, intensificados pela cobrança da sociedade por providências, gerando sobre a família sobrecarga de afazeres e de expectativas. É preciso lembrar que a família também merece ser vista como alvo de proteção e cuidados para que consiga cumprir os papéis que lhe são socialmente atribuídos (ROSA, 2003).

Há também um forte discurso dominante por uma sociedade que reivindica do Estado a invisibilização dos moradores de rua, como uma demanda que não sendo enxergada não entra na agenda do poder público, porém, na contramão disso, a sociedade, que vê e que se incomoda e inquieta, exige providências. Quando se vê uma pessoa com possível transtorno mental nas ruas, o impacto e a cobrança por providências por parte da família e dos poderes públicos é maior, reforçando uma visão higienista. Algumas vezes, a família não consegue compreender o transtorno mental quando este é relacionado ao uso de psicoativos e chega a recusar a doença

e o usuário, no que cabe ao Consultório articular estratégias de intervenção junto ao Centro de Atenção Psicossocial- CAPS.

Demandas complexas exigem respostas igualmente complexas, e as histórias de pessoas em situação de rua nos apresentam as mais diversas situações de violação de direitos e de exclusão de cidadania. A complexidade de situações nos coloca o desafio de atuar em rede e de maneira intersetorial, mecanismo tão presente na vida profissional de assistentes sociais, sem falar na própria dinâmica da Equipe de Consultório na Rua, interdisciplinar e multiprofissional.

Suas necessidades de saúde, via de regra, são múltiplas e vão desde a falta de acesso à prevenção e promoção de saúde e serviços de atenção básica, quanto a questões sérias de saúde, resolvidas na alta complexidade e atenção hospitalar, muitas vezes por falha na atenção primária do sistema de saúde, que deixou de atendê-las antes do agravamento da situação.

O acesso à saúde acaba sendo negado à população em situação de rua em vários aspectos. Além da ausência de acesso à alimentação adequada, o acesso ao SUS é extremamente deficitário, como frequentemente relatado por pessoas que vivem nas ruas. As dificuldades mais imediatas dizem respeito à burocracia no atendimento, devido à falta de endereço residencial e de cartão SUS e à discriminação dos servidores do SUS em relação às pessoas que vivem nas ruas. Como o que pauta o acesso à saúde no Brasil é o princípio da universalidade, significa que o acesso à saúde é um direito de toda a população brasileira (GOMES; SANTOS, 2014).

A burocracia e o preconceito são enfrentados no dia a dia pela população em situação de rua na busca por serviços do SUS, de modo que o atendimento desta chega a ser considerado uma “exceção à normalidade”, um favor que a direção do serviço ou o profissional faz ao Consultório na Rua, uma vez que para garantir o primeiro atendimento é preciso, na maioria das vezes, que a equipe acompanhe o usuário, como pré-requisito para seu atendimento, ou seja, mediar o acesso ao atendimento/serviço.

O que “justifica essa postura”, além da carga de preconceito associada a seu *modus vivendi*, é a lógica capitalista que permeia os serviços oferecidos pelo SUS, que exige documentação para alimentar sua produtividade. A pessoa em situação de rua, dificilmente possui

documentos de identificação ou os tem em mãos, além de sua aparência física e seu modo de apresentação que sustenta as mais diferentes formas de discriminação que sofre dia a dia, o que faz com que os profissionais impeçam ou dificultem o seu atendimento.

Diante dessa cena, é comum que o usuário procure pelo Serviço Social por estar habituado a ser atendido apenas por intermédio deste, que barganha via argumentação através do seu conhecimento da legislação vigente que garante o acesso aos serviços de saúde, sobretudo o acesso universal e igualitário, garantido no Art. 196 pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2009a), ferido de morte, em situação como a aqui descrita.

O assistente social, muitas vezes, é visto pelo morador de rua como o “salvador” da sua vida, pelo trabalho empenhado na viabilização de seus direitos, o que pode ser um ponto perigoso de retrocesso ao conservadorismo e às relações assistencialistas. É preciso que o assistente social esteja sintonizado com os compromissos éticos constantes em seu Código de Ética (BRASIL, 2011b) e reforçados no projeto ético-político em processo de consolidação para não cair nessas armadilhas tradicionalistas.

O assistente social atua nas providências necessárias à facilitação do acesso, no provimento de condições institucionais para que o atendimento se realize, além de oferecer um suporte emocional ao usuário diante das dificuldades geradas pela fragilidade dos mesmos. (TRINDADE, 2012)

O usuário do Consultório na Rua é abordado pela equipe (e conseqüentemente pelo assistente social) em seu local de permanência que, para ele, algumas vezes tem simbologia de residência, ou se opõe a ela. A abordagem na rua é perpassada por relações subjetivas e sociais, uma vez que visa estabelecer o vínculo que determina o sucesso ou o fracasso das intervenções posteriores.

As primeiras abordagens para a construção desse vínculo (com o assistente social) geralmente são realizadas após a identificação de demandas sociais específicas, através de primeiro contato, com agentes sociais redutores de danos ou visando à identificação dessas demandas, por haver solicitação ou encaminhamento institucional, quando o profissional de serviço social realiza escuta qualificada para o conhecimento da história de vida e construção de vínculo

com o sujeito para conhecimento das questões por ele postas ou reprimidas.

As demandas mais comuns apresentadas pelo segmento são: vínculos familiares rompidos, inexistentes ou fragilizados; violência (urbana, interfamiliar); crianças ou idosos em situação de rua, contato e/ou uso de substâncias psicoativas; inexistência de documentação básica e, por conseguinte, a dificuldade de acesso a mecanismos de saúde (espaços e serviços); pouca ou nenhuma instrução sobre cidadania e direitos básicos, bem como o acesso a eles; inexistência de recursos sociais, familiares, materiais e até mesmo institucionais que sejam alternativa de acolhimento para o usuário, dada a diversidade e complexidade de suas demandas, além de toda sorte de violação de direitos.

Diante de questões tão complexas, o assistente social utiliza seus conhecimentos e habilidades profissionais para mediar possibilidades para as questões que lhe são demandadas, atua, de maneira articulada, com base nos eixos apontados pelo CFESS nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, com destaque para o atendimento direto ao usuário, que incluem ações socioassistenciais, de articulação com a equipe de saúde e socioeducativas, tais como: abordagens e atendimentos grupais ou individuais (em geral realizados no espaço da rua ou dentro do veículo utilizado para o deslocamento da equipe) para identificação de demandas e elaboração das intervenções, visando à reflexão com os usuários sobre sua participação e no conhecimento crítico da realidade e potencialização dos sujeitos para a construção de estratégias coletivas sobre as questões das pessoas em situação de rua, através do empoderamento e conhecimento de direitos e ainda para identificar recursos e fazer uso destes no atendimento e na defesa dos seus direitos (CFESS, 2010), respeitando a dinâmica social da rua e do sujeito; articulação intersetorial com a equipe e com a rede de serviços socioassistenciais e de saúde no sentido de viabilizar o atendimento integral do sujeito, o acesso aos direitos sociais e a sua democratização; visitas domiciliares, quando necessário o conhecimento dos recursos sociais, comunitários e familiares (ainda que fragilizados ou rompidos) existentes, tendo em vista a importância dos determinantes sociais para a promoção, prevenção e

recuperação da saúde considerando o seu conceito ampliado “como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CFESS, 1999, p. 1).

Além dessas atividades, também são realizadas atividades de mobilização, participação e controle social através do estímulo dos usuários e atores envolvidos com a temática em discussões sobre os direitos da população em situação de rua e em espaços democráticos de discussão ao acesso a serviços de saúde, principalmente com destaque para ouvidorias, fóruns e conselhos.

Como na grande parte dos eixos em que atua o assistente social, é extremamente necessário o contato constante com a rede socioassistencial e do SUS (com a qual atuará sempre em trabalho coletivo do qual dependerá o sucesso do desfecho das demandas) e primordial o conhecimento de políticas públicas de saúde, assistência social e direitos humanos tendo em vista a elaboração de respostas eficientes.

Para contatar o recurso institucional mais indicado, quando a resposta à demanda se faz por esta via, é necessário conhecê-lo, daí que também são parte da rotina do profissional visitas institucionais para aproximação e mobilização da rede de serviços.

Além das ações já citadas, é importante o registro multiprofissional no prontuário único do usuário, onde há informações pertinentes aos diversos campos do saber necessários para construir respostas eficientes às questões apresentadas, resguardadas as informações sigilosas que são registradas em instrumental específico (livro de registros do serviço social). O registro das intervenções profissionais é relevante para sistematizar as ações, contribuir para o acompanhamento da evolução (ou involução) dos casos e ainda possibilita reflexão do dia a dia profissional e a autoavaliação.

Dentre as informações sociais no referido prontuário, existe um tópico intitulado “Aspectos sociais e familiares” que visa assegurar o registro de informações sobre vínculos familiares consanguíneos e sociais (dentre eles, os “irmãos de rua”) e ainda sobre determinantes e relação social com o espaço da rua. Nesse mesmo tópico, também há questionamentos para classificação de vulnerabilidades e riscos. Essas informações são importantes uma vez que identificam

fragilidades e potencialidades, apontadas pelo próprio usuário, que deverão ser utilizadas pelo profissional inicialmente para conhecê-lo e, posteriormente, para o traçado dos pontos de intervenção, sendo um claro exemplo do eixo “investigação, planejamento e gestão” dos parâmetros para a atuação na saúde aqui discutidos.

Destacam-se também as ações de assessoria, qualificação e formação profissional através de supervisão de estágios, cursos, congressos, seminários e educação permanente e continuada.

Cabe ressaltar aqui que o Consultório na Rua atua sob os princípios da redução de danos, que partem do pressuposto de que o usuário de substâncias psicoativas é um sujeito de direitos, livre para realizar escolhas sobre sua vida e sua saúde. Evidencia-se a semelhança que há entre o que norteia a redução de danos e os princípios éticos que orientam o exercício profissional do assistente social. A liberdade, valor ético central do Projeto Ético-Político do Serviço Social, permeia as discussões sobre redução de danos. Não há que se falar que alguém é livre, se ainda existem posturas impositivas e cerceadoras, decisões sobre sua vida sem consulta as suas opiniões e expectativas. A postura profissional do Consultório na Rua sob a ótica da RD adota um olhar de acolhimento e respeito ao usuário, reconhecendo-o como protagonista da sua história.

DESAFIO ÉTICO: REFLEXÕES FINAIS

Desde seu reconhecimento e legitimação como profissão no Brasil, o Serviço Social vem conquistando campos profissionais diversos e nas mais diferentes áreas. Na saúde, destaca-se a atuação junto à população em situação de rua e usuária de substâncias psicoativas, público-alvo também da política de assistência social, dentro de outro viés.

A nós profissionais de Serviço Social cabe desenvolver a capacidade de perceber onde e quando intervir sem a ansiedade de querer resolver todas as questões que envolvem a vida de um morador de rua. É possível uma boa intervenção com ações aparentemente simples. E aprender a valorizar as pequenas conquistas evita que a frustração tome conta (BRASIL, 2012, p. 46).

Respeitar que o usuário é livre para construir seu projeto de vida, independente das convicções pessoais dos profissionais, atentando ao primeiro princípio geral do Código de Ética do Assistente Social de 1993, que afirma respeito à liberdade, valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, constitui o principal dilema ético do profissional de serviço social no que tange a sua atuação no Consultório na Rua.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua:** aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Meta/ MDS, 2008, p. 09-13.

_____. (Constituição 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 57/2008, pelo Decreto nº 186/ 2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009a. 512 p.

_____. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Diário Oficial da União, Seção 1, 20 set. 2011a.

_____. **Código de ética do/a assistente social.** Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento e Atenção Básica. – **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. **Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/.../D7179.htm. Acesso em: 20 maio 2014a.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 383/99.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. 29 de março de 1999.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. **A Política e a legislação brasileira sobre drogas.** IN: NERY FILHO, A. & VALÉRIO, A. L. R. [org]; Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p. : il p. 72-81.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Violência na infância, drogas na vida adulta. **RADIS:** comunicação em saúde, n. 141, jun. 2014.

GOMES, Thais Candido Stutz; SANTOS, Thais Giselle Diniz. Os invisíveis que eles querem esconder: a luta por direitos básicos, a violência, e os reflexos da copa do mundo FIFA 2014. In: **Direitos sociais e políticas públicas I** [recurso eletrônico on-line] / Organização CONPED /UFF; Coordenadores: Joaquim Leonel de Rezende Alvim... [et al.]. – Florianópolis : FUNJAB, 2012. p.450 a 479. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/uff.php>. Acesso em: 15 maio 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 20. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983.

JORGE, J. S.; CONRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. In: **Saúde & Transformação Social (Health & Social Change)**. Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

KOSIK, Karel. **A dialética do concreto**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 13-20.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 2, n. 16, 47-58, maio/ago.2004.

_____. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, jan./mar. 2005.

NERY FILHO, A. Porque os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. & VALÉRIO, A. L. R. (Orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p. : il. p. 11-16.

_____. **Por que decidi criar um blog**. Disponível em: <https://conversandocomnery.wordpress.com/tag/drogas/> Acesso em: 13 out. 2016.

REIS, Marcelo Braz Moraes dos. Notas sobre o projeto ético-político do serviço social. In: **Coletânea de leis – Cress 6ª Região –MG**, 2004.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos de trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Claudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Orgs.). **A dimensão técnico-operativa do serviço social: desafios contemporâneos.** Juiz de Fora, MG: Ed. UFJF, 2012. p. 69-102.

O CUIDADO DA EQUIPE DE ABORDAGEM NA RUA ÀS PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Satila Evely Figueiredo de Souza⁷²
Cleiana Francisca Bezerra Mesquita⁷³
Fernando Sérgio Pereira de Sousa⁷⁴

Em conformidade com a Política de Saúde Mental e a Política sobre Drogas, esse estudo é originado de uma experiência vivenciada pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) do município de Floriano, estado Piauí, na abordagem na rua sob a lógica da

⁷² Psicóloga do HDT/UFT. Bacharel em Enfermagem (FAESF). Especialista em Saúde Pública (UCAM/PROMINAS) e em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Substâncias Psicoativas (UFBA). Atuou no CAPS AD III e CAPS II Floriano-Piauí.

⁷³ Assistente Social NASF Floriano-PI. Especialista em Saúde Mental e em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Substâncias Psicoativas (UFBA).

⁷⁴ Enfermeiro. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando em Saúde Coletiva pela UECE.

Redução de Danos (RD), em detrimento da atenção integral à pessoa que faz uso de substâncias psicoativas (SPAs).

É relevante destacar, que às Políticas Públicas de Saúde, historicamente, permitiram a existência de uma lacuna assistencial, uma vez que a questão das drogas era referenciada para instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Assim, sendo o indivíduo considerado doente e incapaz de responder por suas escolhas, os modelos de tratamento tradicionais convergiam para o uso imperativo da abstinência (PASSOS; SOUZA, 2011).

Durante as últimas décadas, houve significativos avanços na Política Nacional sobre Drogas, modificações significativas na lei sobre drogas, novos dispositivos para promoção de acolhimento e cuidado, além de ações voltadas para redução de danos.

A lei federal 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crime e fez avançar um pouco mais, na medida em que afastou o uso de drogas do âmbito policial (supressão da pena de prisão para usuários de drogas), aproximando-o mais das questões da saúde (FONSÊCA, 2012).

A RD entende saúde, em seu sentido mais amplo, como saúde integral do ser humano que para esse fim, considera que a autonomia é indispensável. A pessoa que faz uso de Substâncias Psicoativas (SPAs), na perspectiva da RD, é visto como ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade como um todo (protagonista), e não relegado a um papel passivo menor como no passado. É um cidadão de direitos, e não deve perder seus direitos por fazer uso de SPAs ilícitas (SANTOS; MALHEIROS *apud* NERY FILHO; VALÉRIO, 2010).

A Equipe de Abordagem na Rua (EAR) foi criada em outubro de 2013, com o intuito de realizar atividades de redução de danos em locais, onde os usuários de SPAs se concentram. Essa equipe, inicial foi formada por uma psicóloga, um redutor de danos, uma enfermeira e um técnico em enfermagem, posteriormente foi adicionada a essa equipe uma assistente social. O local escolhido,

para início das intervenções foi o Bairro Bosque Santa Terezinha, conhecido popularmente como bosque, essa escolha se justifica devido o mesmo ser considerado com maior índice de usuários de SPAs.

Diante da implantação e efetiva ações dessa EAR, esse estudo ora elaborado tem por objetivo relatar uma experiência da equipe de abordagem na rua, do CAPS AD III, da cidade Floriano, do estado Piauí. Esse relato tem como base os relatórios mensais e o diário de campo utilizado pela equipe, que foram preenchidos pelos profissionais, após a finalização da rotina da abordagem.

O CENÁRIO EM EVIDÊNCIA

O município de Floriano está situado a 240 km da capital Teresina, localizada na região sul do Piauí, contando com uma população de aproximadamente 60 mil habitantes (IBGE, 2010), considerado polo de saúde que referência diversas cidades circunvizinhas, para uma população de 254.131 habitantes que residem no Vale dos Rios Piauí e Itaueira.

O cenário escolhido foi o Bairro Bosque, considerado de baixa renda e com concentração de pessoas que vivem em vulnerabilidade social, localizado próximo às margens do rio Parnaíba, onde há uso e comercialização frequente de substâncias psicoativas. Havendo também, outras problemáticas, dentre elas: prostituição, comercialização de objetos furtados, indivíduos em situação de rua, muitos destes, com vínculos familiares e sociais, fragilizados. Além de grande concentração de usuários de substâncias psicoativas, baseado em dados empíricos.

As atividades da equipe foram iniciadas e estabeleceram-se às sextas-feiras, como dia para realização das atividades. A proposta da equipe é trabalhar a redução de riscos e danos, no local onde o usuário faz uso frequente, desenvolvendo assim uma relação de cuidado e respeitando suas particularidades, bem como o contexto em que está inserido esse sujeito.

Eram realizadas reuniões pré-campo e pós-campo, com o intuito de discutir estratégias e planejar as ações a serem desenvolvidas. Sendo válido destacar, as principais barreiras encontradas, no início

do trabalho, dentre elas: a dificuldade na formação de vínculo com os usuários de SPAs, pôde-se perceber a questão do receio (inicial) por parte desses sujeitos, sendo questionadas as intencionalidades dos profissionais. No entanto, logo essa dificuldade foi superada, possibilitando a construção de vínculos com alguns usuários, que logo repassavam para os outros, as reais intenções da equipe.

RELATANDO O CAMINHAR DA EXPERIÊNCIA

Relato de Experiências é um novo tipo de fonte de informação dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema (BIREME, 2011).

Nesse relato de experiências pretende-se discutir a experiência vivenciada pelos profissionais da equipe de abordagem na rua (CAPS AD III, Floriano, Piauí), nos seis primeiros meses de intervenção (outubro de 2013 a março de 2014).

Os primeiros passos, dados pela equipe de abordagem na rua, se deram pela necessidade de trabalhar na perspectiva “extramuros” para promoção de cuidados direcionados, às pessoas que fazem uso de SPAs.

O modelo dessa abordagem se desenvolveu sob a ótica da Redução de Danos e foi espelhado também, na atuação do consultório na rua, devido o município em questão, não possuir população suficiente, para adesão a este dispositivo, partiu-se desses pressupostos.

O surgimento dos Consultórios de Rua, com base em uma experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, Estado da Bahia, Brasil, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial. A avaliação dessa experiência, realizada entre 1999 e 2006 foi considerada exitosa, permitindo a inclusão do Consultório de Rua, no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), e em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010).

O trabalho da equipe de abordagem na rua consistiu na prestação de cuidados, através da promoção de estratégias de RRD relacionada aos cuidados das pessoas que fazem uso de SPAs, propondo orientações e intervenções em relação à saúde e problemáticas sociais.

Sobre a RD, Nery Filho et al., (2009) coloca que é uma estratégia de trabalho que não se desenvolve em função da substância, mas das circunstâncias humanas de uso, a redução de danos tem de ser: uma estratégia permanente de proteção à vida.

Dentre as promoções de cuidado, encontravam-se o acolhimento no território, escuta terapêutica, orientações acerca da saúde, e também questões relacionadas à cidadania, como orientação sobre emissão de documentos, além alguns encaminhamentos para rede de saúde e rede socioassistencial. Em campo, também eram realizadas orientações sobre estratégias de RD (gerais e específicas para cada substância), aferição de pressão arterial, distribuição de suco (para hidratação), preservativos (masculino e feminino) e materiais informativos.

Segundo Bueno e Merhy (2002) o acolhimento na saúde, deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

Inicialmente, foi enfrentada resistência por parte do público em questão, pois a grande maioria achava que a equipe tinha alguma ligação com a polícia e/ou não entendiam o real significado do trabalho. Como exemplo, nas intervenções no campo era ofertado suco de fruta, entretanto, alguns desses sujeitos acreditavam que a equipe colocava algum fármaco no suco, e não tomavam, posteriormente, esse entrave foi superado, em decorrência da construção de vínculos.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilita entender a complexidade da vida dos usuários e a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida, implica também, colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Com o tempo, foi crescente o número de pessoas que participaram das atividades, ao longo dos meses, foi realizado

um processo de esclarecimento, sobre o trabalho que estava acontecendo, às pessoas abordadas, inicialmente, foram divulgando e aos poucos, a confiabilidade foi adquirida, é fato que não se adentrava, nos locais onde não era permitido. Somente, após algumas idas a campo, foi que o vínculo entre a equipe e essas pessoas estabeleceu-se, viabilizando assim, a melhoria na atuação.

A partir de trechos da fala dos profissionais, extraída do diário de campo destacou-se a abaixo citada, que resume o trabalho desenvolvido:

No nosso propósito é oportunizar maneiras de proteger suas vidas, possibilitando a construção de vínculos sociais e afetivos, intervindo nas situações vivenciadas pelos usuários, sob a lógica do respeito a sua subjetividade.

Em outro discurso, registrado no diário de campo, agora de uma pessoa atendida, expõe o êxito do trabalho da equipe na aproximação com os sujeitos no campo:

No início, tinha medo de vocês, achava que vocês iam me levar à força, depois vi que vocês são gente boa, e só querem ajudar.

Aos poucos, foi possível o conhecimento do território e das pessoas que circulavam por ele, inicialmente, o acesso para a EAR era apenas o começo da rua, com o passar do tempo, a equipe passa a ser convidada, para adentrar no território e foi concedida à permissão de frequentar a parte ribeirinha (onde o uso era mais frequente).

A rejeição inicial foi substituída paulatinamente pela aceitação, o receio e a desconfiança pela credibilidade, como se pode observar nos discursos dos sujeitos, a seguir:

“Passei a semana inteira esperando vocês, tenho uma coisa para perguntar;”

“É muito bonito esse trabalho de vocês, ajudar aqueles que todo mundo rejeita;”

“Esperei muito pela sexta-feira”.

Dentre as queixas mais frequentes, ouvidas pela equipe se destacam: a dificuldade em ter acesso aos serviços de saúde e assistência social, a violência policial e o estigma social. Assim, a escuta foi a principal ferramenta do trabalho, o ato de escutar em si, produz uma significativa proposta para promoção do cuidado, nessa perspectiva a escuta foi basilar, para compreensão das trajetórias e dos repertórios, que compuseram às vidas desses sujeitos, não podendo ser desprezado os contextos sociais, as situações socioeconômicas que posicionam esses sujeitos e os mais diversos, problemas sociais.

Houve a possibilidade de ouvir queixas, sonhos, anseios e desejos, possibilitando as trocas de experiências enriquecedoras, do ponto de vista profissional e também, humano.

Para Conte *et al.* (2004) a RD permite uma mobilidade, servindo de referência e ponte entre o sujeito e o laço social do qual parece apartado. Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, fundamentais para o exercício da cidadania dos usuários de drogas.

APONTAMENTOS FINAIS

A realidade encontrada em campo estava imersa em problemáticas sociais e de saúde, que circundavam a vida desses sujeitos, além de questões relacionadas aos preconceitos e estigmas, enraizados na sociedade, que por vezes, posicionam estes sujeitos em uma situação considerada “marginalizada”. Os desafios colocados aqui condicionam a necessidade de um “novo olhar”, que envolva as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, numa lógica de garantia de direitos e liberdade de escolha.

As diversas situações que apareceram no campo foram bem peculiares e muitas vezes inerentes aos sujeitos, ocasionando demandas imprevisíveis, reforçando assim a necessidade dos profissionais que compreendam a importância da subjetividade, do trabalho articulado com as redes de cuidado, alargando o olhar sobre as especificidades, que o sujeito traz consigo.

Contudo, observou-se com essa experiência, que se dispor a promover cuidado a esse público, no seio da comunidade, se faz extremamente necessário, pois muitos usuários de SPAs não procuram ou não aceitam (de certa forma) um acompanhamento

pelos dispositivos de Saúde Mental, com isso, traz à tona a possibilidade de rever as condicionalidades para implantação de alguns dispositivos nos municípios, considerando a valiosa experiência com a abordagem na rua realizada por profissionais do CAPS AD III de Floriano-PI.

É válido salientar, que a abordagem na rua ainda é incipiente e tem sua dinâmica de trabalho planejada e pautada de acordo com as legislações e às Políticas Públicas, dentre elas, à Política de Drogas.

Conclui-se, que as práticas produzidas pela a equipe de abordagem na rua, permitiram ações dinâmicas, que proporcionaram o entendimento, sobre o desafio de trabalhar no contexto extramuros. Além, da compreensão do universo particular (em que os sujeitos estão inseridos), com a finalidade de proporcionar cuidados de saúde que sejam integrais, éticos e humanizados.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que fizeram parte da Equipe de Abordagem na Rua: Enfermeira Tháise Alves Pinto, Técnico de Enfermagem Jacksiel Sousa, Redutor de Danos Francisco Pereira, Assistente Social Luanna Ribeiro e a Psicóloga Satila Evelyn (também autora desse estudo).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Consultório de Rua do SUS. Brasília**: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5ª ed. Brasília: SENAD, 2013.

BIREME/OPAS/OMS. **Guia BVS 2011**. Acesso em: Janeiro de 2016.

BUENO, W.S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. In: **10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica**. 1997. p. 96.

CONTE, M. *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 59-76, 2004.

FONSÊCA, C.J.B.D. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=220390&idtema=90&search=piaui|floriano|censo-demografico-2010-: resultados da amostra caracteristicas da populacao->>>. Acesso em 01 de abril de 2015.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S *et al.* **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, p. 29-56, 2009.

NERY FILHO, A. *et al*; **Toxicomanias Incidências clínicas e socioantropológicas**. Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho Salvador: EDUFBA: CETAD, p.295. 2009.

SANTOS, A.M.S; MALHEIRO, L. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, A; VALÉRIO, A.L.R. **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010, p. 51.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O REDIRECIONAMENTO DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO ESTADO DO PIAUÍ NO ANO DE 2014 A 2016

*Gisele Martins do Nascimento⁷⁵
Erica Amanda dos Santos Soares
Lara Emanuelli Neiva de Sousa⁷⁶*

O presente artigo tem por finalidade descrever e tecer considerações sobre o processo de redirecionamento da atenção as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, através do processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em medida de segurança internados no Hospital de Custodia Valter Alencar e Hospital Areolino de Abreu. Reforça-se que esta se deu em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, através da Lei nº 10.216, de 10 de abril

⁷⁵ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Gerente Estadual de Saúde Mental do Piauí. Professora do CRR da Universidade Federal do Piauí.

⁷⁶ Enfermeira do CAPS do município de Regeneração-PI. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

de 2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtorno mental e o redirecionamento do modelo assistencial no sentido da prioridade à atenção extra-hospitalar, e com portaria interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde o ano 2015, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) através da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM) media diálogos e ferramentas em termos de gestão com os entes governamentais a fim de efetivar e garantir a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei do Estado do Piauí.

Segundo informações do Sistema de Informações Penitenciárias (Infopen-2014), o sistema prisional brasileiro possui 813 homens e 33 mulheres com deficiência intelectual e 2.497 pessoas em cumprimento de medidas de segurança na modalidade de internação psiquiátrica. Aproximadamente 85% dessas pessoas estão em alas psiquiátricas ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, e os 15% restantes, em unidades prisionais comuns.

A desinstitucionalização propõe desmontar aparatos administrativos construídos na lógica da segregação da pessoa com transtorno mental que cometeu ilícito penal com a família e o território que estava inserido. Esta ação visa propiciar o respeito aos direitos desse segmento e trazer outros atores tais como: profissionais, usuários, familiares e comunidade para atuarem no processo de produção de medidas a serem adotadas no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, possibilitando o protagonismo do usuário (FERREIRA, 2003).

A portaria nº3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por 07 componentes, sendo as Estratégias de Desinstitucionalização um instrumento que visa garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando se sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2013).

A portaria supracitada aponta os Serviços Residenciais Terapêuticos como pontos de atenção desse componente da RAPS que se configuram como moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros (BRASIL, 2013).

Amarante (2007) evoca que para efetivar a reforma psiquiátrica brasileira na prática não basta promover transformação no paradigma assistencial, mas é necessário atingir outras esferas desse processo, tais como: teórico-conceitual, sociocultural e jurídico-política.

O Estado do Piauí no ano de 2004 reinaugurou o Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA) localizado na BR 343, anexo a Penitenciária Agrícola Major Cesar de Oliveira, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica, que prevê a desconstrução de espaços segregadores, e até pelo hibridismo que materializava tal serviço, presumidamente, ao mesmo tempo um serviço de saúde (sem ser credenciado como tal) acoplado à sua dimensão repressiva, de segurança pública.

Nesse contexto, no ano de 2012 emergiu o Núcleo de Atenção Psicossocial denominado NAPS que recebia pacientes com quadro de transtorno mental grave **em conflito com a lei**, ou seja, na contramão da reforma psiquiátrica implantada no país desde 2002.

O HPVA ocupava a vigésima primeira unidade em população dos HCTPs e das Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), o que correspondia a 1% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país e a 5% das pessoas internadas nos estabelecimentos da Região Nordeste (DINIZ, 2013).

O Código Penal de 1830 previu que os “loucos de todo gênero” não seriam responsabilizados por crimes, a não ser que ocorressem em intervalos lúcidos (RAUTER, 2003). Naquele século, os psiquiatras ampliavam suas categorias nosológicas de forma a abarcar uma gama maior de comportamentos desviantes que eram encarados apenas pelo prisma da moral, da ética e da lei (CARRARA, 1998).

Considera-se inimputável o paciente que em razão do seu transtorno mental, pratica uma conduta típica e ilícita, onde este

deverá ser absolvido por meio de uma sentença absolutória imprópria, sendo-lhe aplicada a medida de segurança (GRECO, 2012).

A Medida de segurança a qual estes pacientes são imputados prevê um tratamento psiquiátrico compulsório determinado pelo juiz ao réu que, devido o transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto, à época do cometimento de um ato tipificável, não teria como entender o caráter ilícito ou se determinar conforme esse entendimento. Observa-se que a lei penal substantiva prevê duas espécies de medida de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (reclusão) ou na falta em outro estabelecimento adequado; e a sujeição a tratamento ambulatorial (detenção) (SANTOS; SEGUNDO-SANTOS, 2014).

O tratamento disponibilizado na maioria dos Estados geralmente ainda é em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em alas psiquiátricas de presídios de origem como é o caso do Piauí, onde a maioria foi internada no Hospital Penitenciário “Valter Alencar” e Hospital Areolino de Abreu.

Os HCTPs foram chamados de manicômios judiciais até a Lei 7.210/84. Viegas (2012) criticou esta mudança de nomenclatura por entender que ela mascara a realidade dando a entender que a instituição não é mais um manicômio, prisma da moral, da ética e da lei (CARRARA, 1998).

Mediante o quadro legislativo vigente o Piauí nunca teve um HCTP, desse modo o HPVA nunca foi enquadrado como tal, configurando assim como um serviço híbrido, um misto de saúde e segurança pública, conseqüente do rechaço social que este segmento produz socialmente e por materializar a periculosidade e incapacidade que cercou historicamente o louco, a partir da sociedade moderna.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O processo de redirecionamento das ações na rede de saúde mental do Estado, com o segmento que tem transtorno mental e cometeu ilícito penal, se deu a partir da decisão da Promotoria de Justiça do Piauí da 2ª Vara Criminal de Teresina que deferiu medida liminar em incidente de excesso coletivo de execução decretando

a interdição parcial do Hospital Penitenciário Valter Alencar e da Colônia Agrícola Major César Oliveira, no ano de 2014.

A decisão proibiu novas admissões de pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, enquanto não fosse assegurada a atenção psicossocial aos internos naqueles estabelecimentos prisionais e cumpridas as medidas necessárias requeridas pelo Ministério Público. Com isso foi gerado encaminhamento de 23 pacientes internados naquele manicômio no ano de 2014 para Hospital Areolino de Abreu, o que gerou um colapso no único hospital psiquiátrico do Estado que conta 160 leitos para internação integral, sendo deste 60 leitos masculinos e 60 leitos femininos, destes 36 foram ocupados por pacientes da justiça, além do colapso em termos de vagas também foi acompanhado de resistência, estigma, medo e preconceito por parte dos profissionais e conselhos de classe como o Conselho Regional de Medicina (CRM) que não aceitaram tais direcionamentos.

Mediante o cenário caótico descrito, no ano de 2015 a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI) fomentada pela situação instalada estabeleceu parceria técnica com a Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), Tribunal de Justiça, Ministério Público, onde foram traçadas ações e metas com a finalidade de redirecionar o modelo de atenção a saúde mental destas pessoas em conflito com a lei.

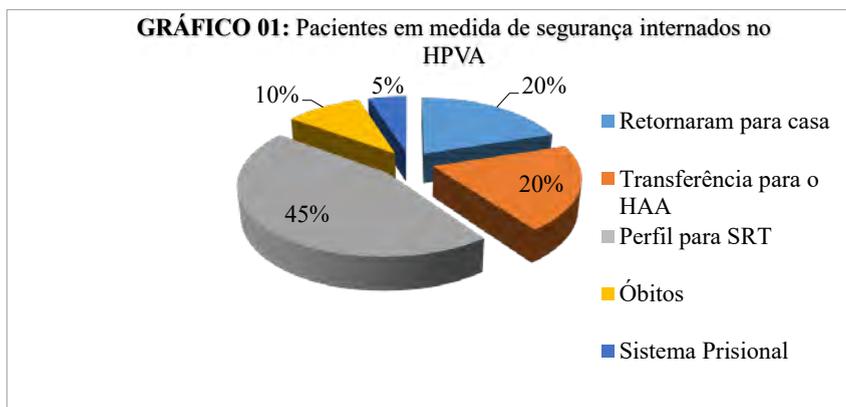
O disparador para as ações ocorreu após implantação de duas Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), como componente do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse serviço foi instituído pela portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014 e portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014 que dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do sistema único de saúde. A equipe foi formada pelos psiquiatras Ediwyrtton de Freitas Moraes de Barros, Krieger Rhelyni de Sousa Olinda; pelas assistentes sociais, Erica Amanda dos Santos Soares e Francisca Maria Soares; psicólogos Ludimila Raquel de Souza Galvão

e Nadia Silvana Sucupira Lima; enfermeiras Lara Emanuelli de Neiva Sousa e Adriana Araujo Costa Melo de Carvalho, Educador físico Carlos Alberto da Silva Lima e Gisela Maria Silva Brito, Advogado Alan Araújo Costa coordenados pela Enfermeira Agatha Zuleica e gerenciados por Gisele Martins do Nascimento.

O passo seguinte se desenvolveu a nível gestão da Gerência Estadual de Atenção a Saúde Mental, com a constituição e monitoramento das equipes técnicas para realizarem as avaliações individuais e biopsicossociais das pessoas internados no antigo HPVA (Hospital Penitenciário Valter Alencar) e no Hospital Areolino de Abreu (HAA), a qual denominou inicialmente de - censo psicossocial -, visto que **não tínhamos dados fidedignos da demanda existente no sistema penitenciário do Estado**, no que diz respeito a quantidade de pacientes com transtornos mentais provisórios judicialmente, em medida de segurança, com guia internação, procedência etc. Após este levantamento foi gerado relatório com PTS- projetos terapêuticos singulares discutidos e encaminhados ao Secretario Estadual de Saúde, secretário de Justiça e juiz Tribunal de justiça através da VEP- vara de execução penal.

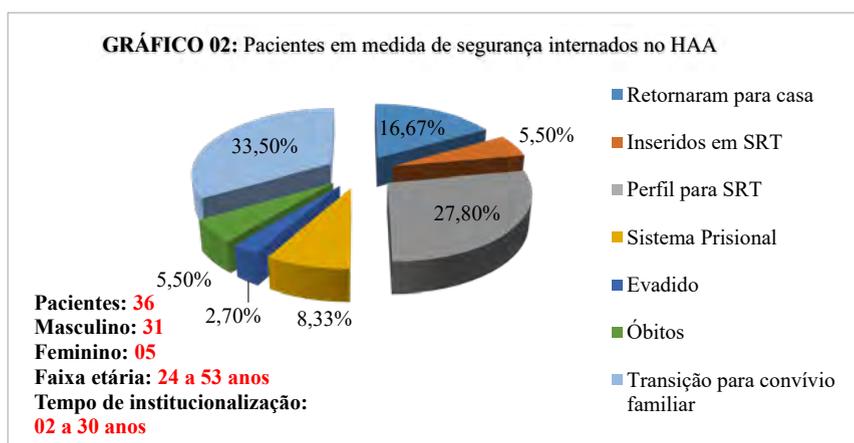
Desta forma, a seguir apresenta-se os gráficos com o demonstrativo das ações das equipes de avaliações de março 2015 à março de 2016.



Fonte: Sistematização das autoras

Os achados do levantamento do 1º gráfico permitiram identificar que todos eram do sexo masculino, com idade variando de 27 a 60 anos, ou seja, de jovens a idosos, ou seja, um segmento bastante heterogêneo. Outros estudos levaram a observar que a maioria do ilícito penal envolvia homicídio no geral perpetrado contra familiares, o que mostrou um limite para a reinserção social através dos familiares.

Ressaltamos que 5% dos pacientes em medida de segurança internados no HPVA não cessaram sua periculosidade, desta forma, foram conduzidos para o sistema prisional, local para o seguimento psiquiátrico.



Fonte: Sistematização das autoras

O gráfico 02 sinaliza para heterogeneidade do grupo, destacando apenas 8,33% dos pacientes não cessaram sua periculosidade, desta forma, retornaram ao sistema prisional para continuar o tratamento ambulatorial dentro do sistema.

Após o levantamento psicossocial do perfil sociodemográfico das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, foram implementadas ações no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde com a pactuação em CIR entre Rios (Comissão Intergestores Regional / Teresina) e CIB (Comissão Intergestores Bipartite) a criação de 03 Serviços Residencial Terapêutico, instituídos pela portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, na comunidade, destinadas a cuidar das pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2011).

A abertura inicialmente de uma residência terapêutica propiciou a inserção de 08 pessoas moradoras do antigo Hospital Penitenciário “Valter Alencar”, resultando no retorno destas pessoas ao princípio da dignidade humana, uma vez que estas passaram mais de 20 anos por diversas internações psiquiátricas, seja antigo no Hospital Psiquiátrico Meduna, Areolino de Abreu ou Hospital Penitenciário “Valter Alencar”, onde perderam suas histórias e trajetórias individuais devido ao abandono nos manicômios. Antes, destituídos da própria identidade, privados de seus direitos mais básicos de liberdade e sem a chance de possuir qualquer objeto pessoal ou benefício socioassistencial, esses sobreviventes da invisibilidade agora vivem na cidade no cenário urbano, como trabalhadores, estudantes, voluntários compondo assim novas histórias subjetivas e sociais.

Com previsão para 2017 a implantação de mais um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) destinado para 08 moradores do Hospital Areolino de Abreu em conflito com a lei.

O REDIRECIONAMENTO E IMPACTOS PARA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No âmbito da Secretaria de Justiça em março de 2016, o Hospital Penitenciário Valter Alencar, destinado a receber esse tipo de paciente, foi reformulado, sendo iniciado o processo de desinternação dessas pessoas e seu encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial, Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, Residências Terapêuticas ou a seus familiares, para receberem tratamento de saúde e reinserção social.

Com a transformação e extinção do Hospital Penitenciário “Valter Alencar” junto ao departamento Penitenciário nacional (DEPEN), criou-se a Unidade de Apoio Prisional (UAP), com intuito de efetivar a mudança de finalidade do local, fazendo cumprir a Lei

10.216/2001 - que trata da reforma psiquiátrica e torna dispensáveis os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

No âmbito do Tribunal de Justiça (TJPI), foi instituído o provimento nº 09, de 28 de abril de 2016 que disciplina o procedimento para a execução, a avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas cautelares, provisórias ou definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito da rede de atenção psicossocial, vinculada ao Sistema Único de Saúde, alterando o Código de Normas da Corregedoria-Geral de Justiça. O grupo de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário (GMF) do TJPI implantou o Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico, voltado ao atendimento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

O programa foi desenvolvido pelos profissionais da EAP, Gerência de Saúde Mental do Estado, Diretoria de Humanização da Secretaria de Justiça, profissionais Hospital Areolino de Abreu, Tribunal de Justiça e Ministério Público, que prevê soluções para um tratamento mais humano e digno dos pacientes apenados, e está alinhado ao programa “Saúde Prisional”, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com o objetivo de garantir um padrão sanitário e de assistência social mínimo às pessoas em situação de privação de liberdade.

O programa foi lançado através de uma cartilha “Saúde Prisional” que prevê a aplicação de uma série de medidas terapêuticas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e no tratamento dos dependentes de drogas e estabelece a construção de fluxos de acompanhamento dos processos de desinstitucionalização progressiva dos hospitais de custódia.

Desde o início das ações a Vara de Execuções Penais, determinou a desinternação de 27 (vinte e sete) pessoas com transtorno mental do sistema prisional entre maio de 2014 a outubro de 2016. Além destas ações a Secretaria de Estado da Saúde solicitou inclusão de 04 novos usuários no Programa de Volta para Casa, auxílio de reabilitação psicossocial para pacientes egressos de longa internação psiquiátrica, junto ao Ministério da Saúde; implantou uma coordenação de saúde no sistema prisional

na Gerência de Atenção Básica do Estado ligado a Diretoria de Unidade de Vigilância em Saúde (DUVAS); pactuação da PNAISP em 08 municípios do interior (Oeiras, Parnaíba, Picos, Floriano, Esperantina, São Raimundo Nonato, Bom Jesus e Altos) para execução da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional; monitoramento e supervisão em 29 CAPS; implantação e funcionamento de 06 leitos psicossociais em São Raimundo Nonato e 06 leitos na Maternidade Dona Evangelina Rosa; 07 leitos no Hospital da Polícia Militar e 08 no Hospital Getulio Vargas, em fase de implantação; implantação de 03 CAPS (CAPS II Picos, CAPS I Simões e CAPS I Cocal de Telha); fechamento do Hospital Dia de Teresina, que hoje funciona como Enfermaria de Tratamento Anti Crise (ETAC), contando com 16 vagas; fechamento do Hospital Dia de Picos, que tramitou para Centro de Atenção Psicossocial tipo II; qualificação dos profissionais da rede em urgência e emergência psiquiátrica; realização I Colegiado de coordenadores de CAPS para divulgação e discussão nos impactos a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial); qualificação dos cuidadores dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado; qualificação dos profissionais de saúde que atuam nos dispositivos de saúde mental localizados de Picos e Cocal de Telha para abertura dos dispositivos.

O Estado do Piauí avança na gestão prisional e de saúde mental nos moldes do que já dispõe a nossa Constituição Federal e a legislação infraconstitucional, em especial sobre as normas relativas à reforma psiquiátrica, o CNJ, o CNPCP, a RAPS. Essas medidas foram parte do planejamento do Governo do Estado no fortalecimento da rede de atenção psicossocial com vistas a desinstitucionalização, fortalecimento do protagonismo dos usuários e garantia de direitos e reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o processo de desinstitucionalização dos pacientes em medidas de segurança internados no Hospital de Custodia Valter Alencar e Hospital Areolino de Abreu, ancorados nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira não se configura como uma tarefa fácil de ser concretizada, porém muitos movimentos

foram desencadeados para que essas diretrizes se tornasse uma realidade na vida dessas pessoas.

É válido ressaltar que foi necessário o envolvimento de vários atores que foram articulados nas diversas esferas, diversos poderes, mas demonstrou-se que ações de natureza intersetorial são ferramentas importantes para a transformação de uma realidade.

Conclui-se que muitos foram os avanços foram alcançados, considerando um marco temporal de 2014 a 2016 considerado curto, mas outros desafios surgem para que as ações sejam aprimoradas. Todavia, fomentou-se no coração de cada ator envolvido nesse processo de mudança a motivação para continuar na luta de garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARROS-BRISSET, F.O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

CARRARA, S.L. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Rev. Bras. crescimento desenvol. hum.** São Paulo, vol.20, n.1, p.16-29, 1998.

DINIZ D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.29, n.11, p.2353-2354, 2013.

GRECO, R. **Curso de direito penal: parte geral**. 14 edição. Rio de Janeiro: Impetus, 2012.

JACOBINA, P.V. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Boletim dos Procuradores da República**, Brasília, n.70, 2006.

RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SANTOS, Q.G; SEGUNDO-SANTOS. Medida de segurança: (in) compatibilidades no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Rev SLRJ**, Rio de Janeiro, vol.21, n.40, p.245-267, 2014.

Foi apostando na necessidade da preservação da memória histórica de fatos marcantes na construção da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí e na importância de sistematização e registro de experiências de profissionais, gestores, pesquisadores e demais atores sociais que fazem parte dessa história, que surgiu a proposta de organização do livro “A política de saúde mental do Piauí sob a égide da RAPS”. Tendo como objetivo reunir análises e relatos de experiência a partir do desenho local da produção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, incluindo o processo de formação profissional e as diversas facetas que enveredam a temática, esta produção reúne 24 artigos de pesquisadores, docentes, técnicos e gestores da política de saúde mental piauiense.

Esperamos que esse livro contribua na produção de massa crítica à guisa de construção de indicadores para avaliar a direção dos processos de mudança paradigmática e assistencial; no reforço do papel da Universidade Federal do Piauí na produção e difusão do conhecimento acerca da RAPS; e reúna elementos para a discussão e melhor direcionamento das ações e construção de alternativas para “fazer acontecer” os princípios do Sistema Único de Saúde – principalmente a atenção integral e a equidade.

Dessa forma, convidamos o leitor para participar dessa história, lançando novos fios na construção de uma rede que mal iniciou, e se vê desafiada a se fortalecer e fazer valer direitos, novas perspectivas de leituras e processos formativos, reconstituindo vontades de fazer o diferente e construir outros marcos nessa história de produção de cidadania e novos lugares para a loucura, reafirmando que é com a democracia fortalecida que se constrói outra saúde mental para o País e, conseqüentemente, para o Piauí. Boa leitura!

As organizadoras

ISBN 978-85-509-0172-5



9 788550 190172 5