

Formação e trabalho coletivo na Saúde Mental: Intersectorialidade e Sinergia

Training collective and work in Mental Health: Intersectoriality
and Synergy

Formación y trabajo colectivo en la Salud Mental: Intersectorialidad
y Sinergia

Edna Maria Goulart Joazeiro¹
Láina Jennifer Carvalho Araújo²
Lucia Cristina dos Santos Rosa³

RESUMO: O artigo apoia-se em bibliografia sobre o tema, na experiência docente no Ensino Superior e na produção discente de Trabalhos de Conclusão de Curso de Serviço Social da UFPI sobre o campo da Saúde Mental nos anos 1991-2016. O estudo analisa a questão da formação nesse campo de saber e de intervenção, considerando os aspectos inerentes ao trabalho na Saúde Mental, o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) relativo à produção do cuidado à pessoa com transtorno mental, as interfaces com as diversas políticas sociais indispensáveis à defesa da vida num espaço de trabalho, necessariamente coletivo, que precisa ser sinérgico. A experiência de vida dessa população tende a ser profundamente marcada pela desigualdade no acesso aos bens materiais, culturais e ao cuidado com a vida. A discussão é apresentada em três partes, no primeiro momento, discutimos os marcos conceituais e legais presentes na história recente desta Política no Brasil e em Teresina. Em seguida, confrontam-se as análises da produção dos formandos sobre esse campo de saber. Por último, destacam-se as narrativas na sua relação com os dispositivos de cuidado e as políticas sociais existentes no decorrer do tempo, visando discutir como o processo de compreensão do território, das políticas sociais e dos horizontes do cuidado destes dispositivos comunitários substitutivos ao hospital psiquiátrico, pode impactar e retroalimentar o processo de formação, abrindo espaço para uma compreensão ampliada do valor do trabalho coletivo em consonância com as necessidades de saúde e com as necessidades sociais desta população. **Palavras-chave:** Saúde Mental, Formação e práticas de saúde, Rede de atenção, Serviço Social. Saúde Pública.

ABSTRACT: This paper analyses the production of undergraduate theses on the field of Mental Health from the Social Service Course of the Federal University of Piauí (UFPI) during the years 1991-2016, having as background the historical timeline of the evolution of Care in Mental Health in Brazil and the State of Piauí. We investigate the training and intervention, considering the inherent aspects of work in Mental Health, the legal framework of the Unified System of Health

1 Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Linha Identidade, Cultura e Processos Sociais, UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: emgoulart@uol.com.br

2 Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, UFPI. E-mail: laina4511@gmail.com

3 Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Linha Identidade, Cultura e Processos Sociais UFPI. E-mail: luciacsrosa@gmail.com

(SUS) related to the production of care for the person with mental disorder, the interfaces with the various social policies indispensable for the defense of life in a collective work space, which must be synergistic. The life experience of this population tends to be marked by inequality in access to the material, cultural goods and care of life. The present discussion is organized into three main sections: at the first moment, it is discussed the conceptual and legal landmarks present in the recent history of this policy in Brazil and Teresina city. Then, we analyzed the bibliography production of the undergraduates in this field of knowledge. And, finally, we discuss the relationship of the narratives with the care devices and social policies existing over time. In this last part we aim to discuss how the process of understanding the territory, social policies and, horizons of care of the community devices that replace the psychiatric hospitals, can impact and feedback the training process, opening space for an expanded understanding of the value of collective work in line with the health and social needs of population with mental health disorder.

Keywords: Mental Health, Health training and practices, Social Service, Public Health.

RESUMEN: El artículo se apoya en bibliografía sobre el tema, en la experiencia docente de enseñanza superior y en la producción discente de trabajos de conclusión del curso en servicio social de la UFPI sobre el campo de la salud mental entre los años 1991-2016. El estudio analiza la cuestión de la formación en ese campo del saber y de intervención, considerando los aspectos inherentes al trabajo en la salud mental, el marco legal del Sistema Único de Salud (SUS) relativo a la producción del cuidado de la persona con trastorno mental, las interfaces con las diversas políticas sociales indispensables a la defensa de la vida en un espacio de trabajo, necesariamente colectivo que precisa ser sinérgico. La experiencia de vida de esa población tiende a ser profundamente marcada por la desigualdad en el acceso a los bienes materiales, culturales y al cuidado con la vida. La discusión es presentada en tres partes. En la primera parte discutimos los marcos conceptuales y legales presentes en la historia reciente de esta política en Brasil y en Teresina. En segundo lugar, se contrastaron los análisis producidos por los estudiantes en ese campo del saber. Por último, se destacaron las narrativas en su relación con los dispositivos de cuidado y las políticas sociales existentes con el transcurso del tiempo, buscando discutir cómo el proceso de comprensión del territorio, de las políticas sociales y de los horizontes del cuidado de estos dispositivos comunitarios substitutivos al hospital psiquiátrico, pueden impactar y retroalimentar el proceso de formación abriendo espacio para una comprensión amplia del valor del trabajo colectivo en consonancia con las necesidades de salud y con las necesidades sociales de esta población.

Palabras-clave: Salud Mental, Formación y prácticas de salud, Red de atención, Servicio Social, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o trabalho no campo da Saúde Mental, tem no horizonte o desafio de se constituir num espaço necessariamente de cuidado coletivo, sensível e resolutivo. Para tanto, o coletivo de profissionais que nele trabalham, é desafiado, diuturnamente, a construir modos de trabalho que se alicercem nos saberes do núcleo de suas respectivas profissões, marcados por seus modos de agir e de intervir na realidade social oriundas de seu próprio corpus de saber, ao mesmo tempo, que precisam construir relações de pertencimento na produção do cuidado nas múltiplas interfaces que unem e separam as diversas profissões que tem na Saúde Mental, o seu locus privilegiado de atenção à saúde e à vida do outro, pelo foco nos determinantes sociais do processo saúde doença posto pelo Sistema Único de Saúde do País e “existência sofrimento”, posto pela saúde mental.

Ceccim e Feuerwerker¹ em sua análise sobre o que os autores denominam como o quadrilátero da formação para a área da saúde, afirmam o caráter indissociável presente na dimensão do ensino, da gestão, da atenção e do controle social. Na perspectiva dos autores, afirmam que o projeto educativo extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social, à medida que contribuam para: i) a elevação da qualidade de saúde da população no que tange ao enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, ii) incluindo também os aspectos de organização da gestão setorial; iii) a estruturação do cuidado à saúde, assentado sobre o desafio da gestão pública do setor da saúde, de ordenar políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil; iv) além de incluir a atuação para o fortalecimento da dimensão do controle social em saúde¹.

Ceccim, Feuerwerker e Sena 1-2 têm assinalado que a formação dos profissionais de saúde e as instituições formadoras têm se mantido alheias às necessidades de organização da gestão setorial e dos sistemas de estruturação do cuidado e às necessidades do controle social, que ancoram o modelo de saúde brasileiro. Na perspectiva da mudança de paradigma, da institucionalização para o da desinstitucionalização 3-7, que teve lugar em diversos países a partir dos anos 1960, e no Brasil nos anos 1990, há que se considerar a importância do [re]pensar o cuidado em Saúde Mental nos diversos cenários onde ele se realiza e nas universidades. Como assinala Waidman e Elsen⁶, fortalecer o processo de desinstitucionalização pressupõe dentre outros aspectos: 1) a reformulação da relação terapêutica usuário-profissional e usuário-instituição, 2) compreender que o transtorno mental possui um caráter interdisciplinar, não podendo ser reduzido ao tratamento de um único profissional, 3) reconstituir a complexidade da vida (ou do existir), marcado pelo diagnóstico de transtorno mental, permeado pelo estigma que historicamente cercou esse segmento. Nesta perspectiva, considera-se que o cuidado se constitui o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento da pessoa com transtorno mental e sua família no seu cotidiano. Ora a mudança de um paradigma para o outro, requer e implica necessariamente que as práticas do campo da saúde mental devam ter como desafio a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, “proposta a construção coletiva do sujeito da loucura, não mais como sujeito alienado, mas como protagonista, isto é, de uma nova relação social com a loucura”⁶.

O presente artigo decorre de aprofundamento conceitual gerado no âmbito de projeto de pesquisa⁴ cuja proposta é de conhecer a produção histórica de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos formandos do bacharelado em Serviço Social da UFPI no Campo da Seguridade Social

4 Serviço Social, dinâmica da formação e memória da produção de Trabalhos de Conclusão de Curso de Serviço Social da UFPI no período de 1981-2017: Ênfase na Seguridade Social, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, na linha Identidade, Cultura e Processos Sociais.

no período de 1981-2017. Contudo, neste artigo enfatizaremos um recorte temporal especial, os anos de 1991-2016, uma vez que a análise enfatiza o campo da Saúde Mental e o faremos com vistas a compreender a natureza dessa produção ao longo do tempo e, sua articulação com o processo de formação nos marcos das mudanças em curso nesta área do saber, ao mesmo tempo, no âmbito do Serviço Social e na produção do cuidado na Saúde Mental.

SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante constitui um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivo e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da Psiquiatria”⁵, surge no cerne da Reforma Sanitária, mas ganha especificidade ao focar nos direitos civis, no cuidar em liberdade.

O processo de desinstitucionalização não se limita ao fechamento de hospícios, significa também transformar o conjunto de aparatos científicos, a legislação, a cultura e as relações de poder. Segundo Amarante⁵ a trajetória sanitária deu lugar à perspectiva da desinstitucionalização. Com a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, passa a ser constituído um novo projeto de Saúde Mental para o país, tornando necessário inventar novas formas de lidar com a loucura, algo que envolvesse as pessoas e a comunidade.

[...] a questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusiva dos médicos, administradores e técnicos da Saúde Mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições, da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas⁵ (destaques nossos).

As primeiras ações em direção à Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiram por influências do contexto internacional, quando se articulava a superação da violência asilar. A Itália foi um dos países que mais influenciou o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil com o modelo denominado de Psiquiatria Democrática. Este modelo, de crítica à Psiquiatria tradicional possuía Basaglia como principal idealizador, sustentando a noção de desinstitucionalização como um “processo que deve ser levado a cabo não apenas no hospital psiquiátrico [...] mas também no conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de Psiquiatria”⁴.

Impulsionados por essa lógica, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro ganha apoio dos movimentos sociais, com expressão significativa no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nos anos de 1978. Esse movimento foi considerado um ator e um sujeito político fundamental nas lutas em prol da Reforma Psiquiátrica brasileira.⁷

A Reforma Sanitária trouxe importantes mudanças no cenário nacional brasileiro relacionada à saúde, assim como também teve papel significativo no processo da Reforma Psiquiátrica, uma

vez que, possibilitou a esse movimento, a criação de dispositivos legais que buscavam uma quebra de paradigmas com o Modelo Psiquiátrico existente. Bravo afirma que “o texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário”⁸ e com a promulgação da Lei Federal nº 8.080⁹, de 19 de setembro de 1990, são dadas as bases para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse processo de fortalecimento da desinstitucionalização, tem-se nos anos de 1990, “um novo dinamismo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, sobretudo pelo debate legislativo em torno do Projeto de Lei nº 3.657/89”¹⁰. Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, com o financiamento de serviços comunitários, a partir dos anos 1990 associado a uma política indutora do cuidar em liberdade, apoiado na redução dos leitos manicomial, o Estado necessita dar respostas a um contingente significativo de pessoas que antes estavam circunscritas ao espaço dos hospitais psiquiátricos e que agora precisavam de um cuidado de qualidade e humanizado e cidadão.

Do ponto de vista da concepção dos novos marcos da assistência no campo da Saúde Mental, observa-se que a Portaria GM 224/1992¹¹ já estabelecia as diretrizes para: i) a organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; ii) diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; iii) garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; iv) multiprofissionalidade na prestação de serviços; v) ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; vi) definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. Define ainda as normas para o atendimento ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). Define e conceitua os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).

Nesta perspectiva, os NAPS/CAPS estavam definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população concernida definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários “entre” o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional: i) Estes podem constituir-se também em **porta de entrada da rede** de serviços para as ações relativas à saúde mental; ii) **atendem também a pacientes referenciados** de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar; iii) deverão estar integrados a uma **rede descentralizada e hierarquizada** de cuidados em saúde mental; iv) são **unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia**, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local; v) devem contar com leitos para repouso eventual.

Ora, é no ano de 2001 que ao ser sancionada a Lei nº 10.216/ 2001¹², que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que podemos dizer que consolidou-se a política de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, tendo

como um dos seus objetivos o processo de enfraquecimento do papel dos Hospitais Psiquiátricos e a expansão de criação de equipamentos comunitários e descentralizados, visando romper com o estigma que envolve a pessoa com transtorno mental, assim como integrá-la socialmente, reconhecendo-a como sujeito de direito.

A Portaria N° 336/GM¹³, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS Ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes, prioritariamente com transtornos severos e persistentes, de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

O parágrafo único dessa Portaria estabelece que atendimento intensivo é aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário. Define ainda tratamento semi-intensivo e não-intensivo, sendo o primeiro, aquele destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que não necessitam estar diariamente no CAPS; e o segundo, o tratamento não-intensivo, que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Os Centros de Atenção Psicossociais nas diversas modalidades são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características, tamanho da equipe e volume de atividades requeridas. Segundo essa Portaria o CAPS é um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território.

No ano seguinte a Lei Federal de n° 10.708/2003¹⁴ institui o Programa De Volta para Casa, também conhecido como “Bolsa-Auxílio”, responsável por assegurar recursos financeiros que incentivavam a saída de pacientes internados por um longo tempo em hospícios para as suas famílias ou comunidade.

Destaque-se importância da Portaria de n° 106/2000¹⁵, que dispõe sobre as residências terapêuticas e a Portaria de n° 336/GM/2002¹⁶, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, responsáveis pela introdução das modalidades CAPS I, II e III, CAPS i e CAPS Ad. Essa portaria ao incluir os CAPS no SUS, também reconhece a complexidade nos serviços oferecidos, assim como, sua abrangência na atuação. Essa nova perspectiva na forma de produzir cuidado ao reconstituir a complexidade do existir com o transtorno mental, para além da enfermidade e ao focar as múltiplas necessidades subjacentes à vida nessa condição, pressupõe a existência de articulação com a Rede de Saúde e da Rede Socioassistencial *do e no* território¹⁷.

Outro aspecto relevante são os serviços de atendimento às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, no Brasil, a Lei n° 11.343¹⁸, de 23 de agosto de 2006 assegura aos usuários

de crack e outras drogas o acesso universal aos serviços de saúde em que devem atender “todos os níveis de atenção, privilegiando os dispositivos extra hospitalares, como Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS Ad) e serviços de Atenção Primária”¹⁹.

A Portaria nº 4.279/2010²⁰ cria cinco redes temáticas: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Urgência e Emergência. O Decreto 7.508/2011²¹, que regulamenta a Lei 8.080/1990²² reforça a importância do Sistema Único de Saúde orientar-se pela ação em rede. Esse Decreto define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”²³. Na perspectiva da articulação das ações do cuidado em Saúde Mental, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.088/2011²⁴ institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Assim, as novas formas de produção de cuidado no campo da Saúde Mental, e principalmente o CAPS em suas diversas modalidades e como atenção psicossocial estratégica, atuam dentro da RAPS o que fortalece o cuidado no âmbito da Saúde Mental, tendo por finalidade “a criação, ampliação e 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 Sistema Único de Saúde”²⁴.

SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ E NA CAPITAL TERESINA

O Estado do Piauí, situado na região Nordeste do país, dividido administrativamente em 11 territórios de desenvolvimento, conta com 224 municípios, ocupando uma área de 251.529,186 km². O Estado tem como capital a cidade de Teresina, que concentra a maioria dos bens e serviços do Estado, inclusive os equipamentos de saúde.

O desenvolvimento da assistência psiquiátrica no Piauí se assemelha à história da assistência psiquiátrica brasileira que, como nos demais Estados do país, tem sua emergência pautada no modelo hospitalocêntrico, cujo principal ator social e político constitui a pessoa do médico. Nesse sentido, saliente Rosa que “todo desenvolvimento histórico da assistência psiquiátrica no Piauí está imbricadamente relacionada com a trajetória do Asilo dos Alienados, epicentro de inovações terapêuticas e assistenciais e do jogo político no campo psiquiátrico”¹⁰ criado em 1907, posteriormente recebe nova denominação, como Hospital Areolino de Abreu (HAA). No ano de 1954 é inaugurado em Teresina um hospital psiquiátrico privado, conveniado ao Sistema Único de Saúde, denominado Sanatório Meduna. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que “a atenção psiquiátrica se amplia, mas fica centralizada na capital do Estado e concentrada nos dois hospitais psiquiátricos.”¹⁰

Nos anos de 1968, é inaugurado o Hospital-Dia, tendo significado uma nova alternativa às

internações para o usuário da Saúde Mental. Entre os anos de 1980 e 1990 são abertos serviços ambulatoriais, contando com a presença de psiquiatras e, em Teresina, também com psicólogos. Por outro lado,

[...] 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 dias de Picos e de Parnaíba, segundo momento de descentralização de serviços, apesar de completamente tímido, frente à extensão e heterogênea realidade do território piauiense.²⁵

Apesar dos avanços, a assistência psiquiátrica no Piauí permanecia precária e caminhando de forma lenta devido à grande resistência à descentralização da assistência do hospital psiquiátrico. Nesse contexto, com recursos públicos federais assegurados para abertura de serviços comunitários, acompanhado da redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos, devido avaliações negativas dos serviços manicomiais, havia dificuldades em sintonizar a realidade estadual com a desejada pelo ente federal. Com riscos de produção de desassistência em saúde mental, um novo ator político ingressa no cenário, o Ministério Público Estadual,

[...] 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 extra-hospitalar do Estado, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.²⁵

Nesse sentido, tanto a expansão dos CAPS quanto de outros serviços alternativos ao hospital psiquiátrico aconteceram somente a partir dos anos 2004, revelando um descompasso em relação a outros Estados do Brasil. Durante os últimos anos, o Estado do Piauí tem apresentado um processo de redução dos leitos dos hospitais, tendo como marco o “fechamento do Sanatório Meduna em maio de 2010, restando apenas o Hospital Areolino de Abreu como Hospital Psiquiátrico do Estado”²⁶, com 160 leitos, o que o situa ainda como um lugar de destaque enquanto referência às necessidades de Saúde Mental no Estado.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade 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”²⁷.

Rosa e Joazeiro²⁸ afirmam que, “paradoxalmente, em 2015, em função da crise financeira do governo federal, observa-se uma tendência dos gestores municipais do Piauí de desinvestir na Saúde Mental, 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”²⁸. Todavia, 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 nacional da

implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principal dispositivo da Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja missão é redirecionar as internações integrais, atuando preponderantemente na atenção à crise e reorientando o modelo assistencial, na direção de um cuidado em liberdade, cidadão, territorial e comunitário²⁸.

Cumprir destacar que a presença contínua de profundas desigualdades sociais marca a vida de importantes contingentes populacionais do Estado, assim sendo “não bastam as normativas, há que se ativar as forças sociais para o SUS e os princípios da Reforma Psiquiátrica acontecer no cotidiano assistencial”²⁸. O diálogo intrasetorial e intersetorial também tem que ser incrementado, sobretudo entre o SUS e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que atuam no mesmo território de vida dos usuários, com múltiplas formas de vulnerabilidades.

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A análise que se segue, ancora-se no estudo que utilizou metodologia quanti-qualitativa ²⁹, ³⁰ como decorrência direta da natureza do objeto, e o fez com base no uso de fonte secundária de informação, ou seja, a produção na série histórica materializada nos Trabalhos de Conclusão de Curso de discentes de bacharelado em Serviço Social da UFPI no período de 1991-2016. O recorte temporal analisado corresponde ao momento de criação do curso até os formados do ano 2016, tendo sido localizados cinquenta de quatro Trabalhos de Conclusão de Curso sobre a temática da Saúde Mental.

A sistematização dos dados foi empreendida mediante a triangulação de fontes, articuladas e correlacionadas com a documentação institucional, a revisão de literatura sobre a temática e a produção discente nos TCCs do Curso de Serviço Social. A análise se deu após exaustiva leitura e categorização do material em consonância com os objetivos do estudo, tendo sido utilizadas planilha eletrônica de Excel® para o registro das informações para posterior análise e comparação dos resultados.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DAS NECESSIDADES EM SAÚDE ÀS NECESSIDADES SOCIAIS

É a partir desta perspectiva histórica que acabamos de delinear que nos desafiamos a analisar o processo formativo do campo do Serviço Social e o seu encontro com o trabalho *da* e *na* Saúde Mental e ao fazê-lo, buscamos analisar as escolhas de temas, o arcabouço conceitual que ancora as análises das discentes concluintes do Curso de bacharelado em Serviço Social, buscando refletir como esse processo de mudança de paradigma assistencial no campo da Saúde Mental, o paradigma da desinstitucionalização, foi apreendido pelos discentes no decorrer do processo de produção do Trabalho de Conclusão de Curso na graduação.

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho^{31,32}, tendo como objeto de sua intervenção às múltiplas expressões da “questão social”. Utilizamos aqui o conceito “questão social” apreendido na perspectiva de Yamamoto, ou seja, como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, “que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”³¹. As Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social no Brasil definem que o bacharel em Serviço Social é o profissional

[...] que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, **com capacidade de promover** o exercício pleno da cidadania e a **inserção propositiva** dos usuários do Serviço Social **no conjunto das relações sociais** e no **mercado de trabalho**.³³(destaques nossos)

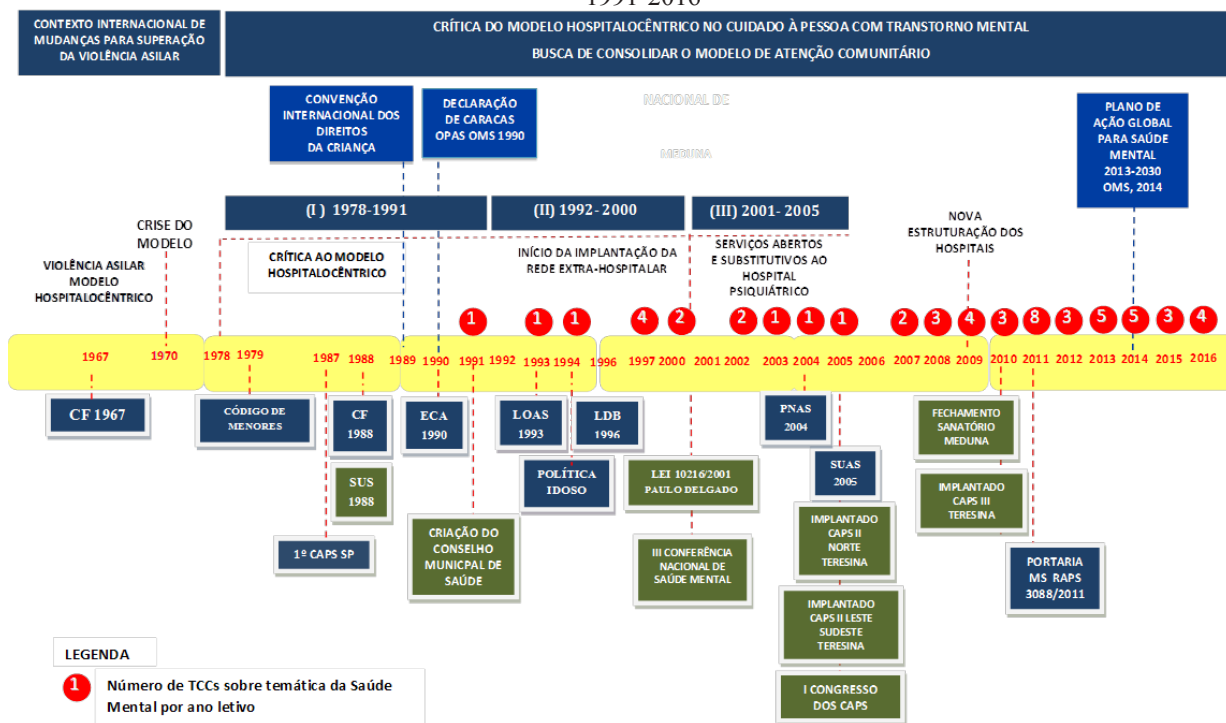
Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares do Serviço Social têm como pressuposto a “permanente construção de conteúdo (teórico-ético-políticos-culturais) para a intervenção profissional nos processos sociais que estejam organizados de forma dinâmica, flexível assegurando elevados padrões de qualidade na formação do assistente social”³⁴.

Yamamoto^{31,32}, Yazbek³⁵, Raichelis³⁶, Martinelli³⁷ têm assinalado a centralidade das expressões da questão social como matéria do Serviço Social, com destaque para a mediação fundamental das políticas sociais no exercício profissional. Segundo Yazbek³⁵,

[...] o trabalho do assistente social está profundamente condicionado pela **trama das relações vigentes na sociedade** e, sem dúvida, o atual cenário do desenvolvimento capitalista coloca para o Serviço Social contemporâneo **novas demandas e competências**, quer no **nível de conhecimentos**, quer no **plano concreto da intervenção e negociação política** no âmbito das Políticas Sociais.³⁵ (destaques nossos)

Nesta perspectiva, torna-se importante assinalar que “intervir nos processos e mecanismos ligados ao enfrentamento da questão social, em suas mais agudas manifestações” é uma das particularidades do Serviço Social como profissão e que estas se “**renovam** e se **atualizam** diante das diferentes conjunturas sociopolíticas”.³⁶ (destaques nossos)

FIGURA 1 – Linha do tempo da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, marcos legais e produção do trabalho de Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social sobre a Saúde Mental na UFPI – 1991-2016



FONTE – Produção das autoras

É esse caráter de enfrentamento das condições adversas no espaço do trabalho que acaba sendo explicitado pelos discentes que adentraram o campo da Saúde Mental nos anos 1991-2016.

Uma análise atenta à linha do tempo registrada na Figura 1 explicita que a despeito do curso de Serviço Social ter sido criado no ano 1976, é somente no ano de 1991, que o primeiro discente escolhe a temática da Saúde Mental como objeto de seu TCC. Assim sendo no período de 1976 a 2016 a incidência da escolha de escrever sobre o campo da Saúde evidencia uma gradual ampliação no interesse pela temática. (vide Figura 1)

Uma análise da distribuição dos formandos interessados neste campo do saber ao longo do contínuo do tempo revela que os discentes na narrativa acadêmica explicitam uma tripla preocupação em relação à inserção e o trabalho neste campo: i) a relação heterodeterminada de poder presente na área, com o predomínio do saber médico; ii) a inexistência de uma política social que fosse capaz de dar condição objetiva para o enfrentamento das interfaces entre as necessidades em saúde e as necessidades sociais decorrentes da desigualdade social vivenciada pela população usuária; iii) a luta cotidiana para se situar nesse cenário dado à relação frágil da profissão diante das dimensões supramencionadas. A própria percepção da relação autoritária presente no processo de cuidado à pessoa com transtorno mental consistia num aspecto muitas vezes assinalado.

A configuração tardia da implantação dos dispositivos substitutivos ao hospital Psiquiátrico

no Piauí e em Teresina (2005) parece ter influenciado a baixa incidência de escolha do campo da Saúde Mental nos anos iniciais. Contudo no período pós-implantação dos CAPS II e CAPS III, se dá um incremento na procura de discentes interessados nesta temática, tendo sido produzidos 41 TCCs entre os anos 2005-2016.

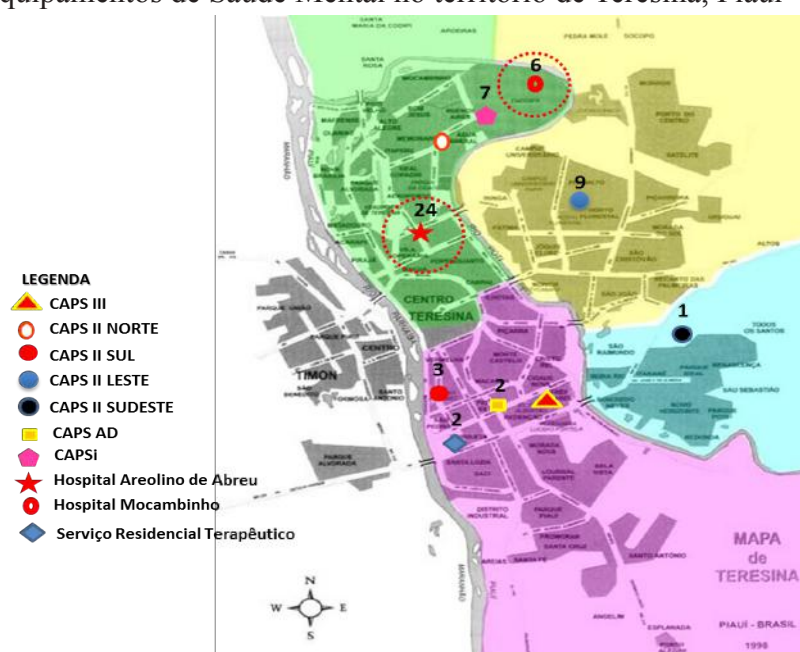
TERRITÓRIO E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL EM TERESINA

Segundo Carvalho “a vida cotidiana, esta vida de todos os dias e de todos os homens, é percebida e apresentada diversamente nas suas múltiplas cores e faces”³⁸ e na maior parte do tempo ela se configura como espaço de intervenção profissional. Enquanto práxis para a realização do trabalho do assistente social, esta se articula a um contexto de relações sociais complexas onde ocorrem as mediações entre “[...] o particular e o global, entre o singular e o coletivo.”³⁸

A prática social segundo Carvalho³⁸ é determinada por um conjunto de aspectos entre eles, os diferentes interesses e forças, a visão de mundos que orienta os indivíduos, bem como também o contexto em que essa prática será exercida, além das necessidades que os diferentes atores possuem na realidade em que se encontram. A práxis social não corresponde a um ato individual e singular, mas é movida pelos sujeitos coletivos, ou seja, o trabalho realizado pelo assistente social é feito na articulação com um coletivo, seja com grupos compostos pelos usuários dos serviços ou os grupos profissionais ou de equipes interdisciplinares das diversas instituições e políticas sociais da rede local e regional,

[...] a intersetorialidade tem sido considerada como: uma nova *lógica* de gestão, que transcende um único “setor” da política social; e/ ou uma *estratégia* política de articulação entre “setores” sociais diversos e especializados. Além disso, relacionada à sua condição de estratégia, a intersetorialidade também é entendida como: *instrumento* de otimização de saberes; *competências e relações sinérgicas*, em prol de um objetivo comum; e *prática social* compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas.³⁹ (destaques do autor)

Figura 2 – Distribuição da produção de Trabalhos de Conclusão de Curso de Serviço Social da UFPI nos equipamentos de Saúde Mental no território de Teresina, Piauí – 1991-2016



FONTE – Produção das autoras

Mas em que tipo de cenário estes profissionais se inseriram no campo da Saúde Mental no decorrer da série histórica? Ao observar a Figura 2, um olhar sobre o território de Teresina revela que os Trabalhos de Conclusão de Curso nestas décadas produziram 30 trabalhos relativos ao campo do Hospital (Areolino e Mocambinho) e 24 trabalhos de conclusão de curso ancorados nos Serviços Substitutivos ao Hospital Psiquiátrico inseridos na Rede de Atenção Psicossocial local da Saúde Mental.

Na redação dos trabalhos ao longo da série histórica, os autores, continuamente contextualizam o seu trabalho inserindo-o na trama de conceitos e de valores inerentes ao processo de construção da história da Saúde Mental, atribuindo valor ao ideário da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva, tem sido uma constante a valorização da questão intrasetorial e intersetorial colocadas como um desafio do presente a serem consolidadas e fortalecidas mediante a tessitura de uma articulação “entre” os campos da Saúde, da Assistência Social e das demais políticas sociais.

Nesta perspectiva,

[...] A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população.⁴⁰

Os saberes presentes no espaço do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, segundo as narrativas dos profissionais, ainda precisam ultrapassar em alguns momentos a dificuldade na comunicação, ou seja, exigem uma “composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam do ventre dessa pluralidade, como as dificuldades, na demarcação das fronteiras profissionais e nas assimetrias entre as disciplinas”⁴² e por isso a necessidade do incentivo ao diálogo com vistas a tornar os espaços coletivos favoráveis na produção do cuidado.

A proximidade e a densidade da produção discente nos fez compreender com maior profundidade, os desafios que perpassam a formação e a intervenção profissional, sobretudo a do assistente social, que por ser um profissional desafiado a intervir nas múltiplas expressões da questão social, necessita compreender e saber decifrar as necessidades do usuário, da instituição e, sobretudo, precisa saber dialogar com os demais núcleos constitutivos do campo da Saúde e da Saúde Mental, bem como com as demais políticas públicas com vistas a valorizar a potência do presente na busca de um futuro marcado pelo direito à vida a uma identidade positiva, cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [Internet]. 2004 June [cited 2018 Feb 06] ; 14(1): 41-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

[2] Feuerwerker LCM Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v 6, n 10, p. 37-50, fev 2002. Disponível em http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/laura_roseni.pdf

- [3] Vasconcelos EM. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental. Serviço Social & Sociedade, 1997 v XVIII, n 54, p. 132-157, 1997.
- [4] Amarante, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- [5] Amarante. P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995.
- [6] Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2005 Sep [cited 2018 Feb 06] ; 14(3): 341-349. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300004>.
- [7] Vasconcelos EM. Breve periodização histórica, do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. In. Rosa LCS et al. (Org.). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. 5º. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 19-34.
- [8] Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, AE et al. (Orgs) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 3ª ed, São Paulo: Cortez, Brasília, DF: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2008.
- [9] 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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 de set. 2017.
- [10] Rosa LCS. Transtorno Mental e o cuidado na família. 2º. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- [11] Brasil. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=Portaria+GM+224%2F92%2C&oq=Portaria+GM+224%2F92%2C&aqs=chrome.69i57.2966j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Acesso em: 5 de dez. 2017.
- [12] Brasil. 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. Disponível em <http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 5 de dez. 2017.
- [14] Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 17 de set. 2017.
- [15] Brasil. Portaria de nº 106/200015, Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
- [16] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 5 de dez. 2017.
- [17] Santos M. O dinheiro e o território. In: Santos, M et al. Território e territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006, p. 13-21.
- [18] Brasil. Portaria. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).
- [19] Veloso JO, Fernandes MA, Ibiapina ARS, Oliveira ALCB. Produção Científica brasileira sobre os avanços, desafios e perspectivas da política de redução de danos: revisão integrativa. In: Rosa LCS, Guimarães TAA, Lisboa RCF, Cruz RSD, Macedo JPS, Sousa LEN, et al. (Org.) Experiências de cuidados Intersetoriais aos Consumidores de Substâncias Psicoativas no Piauí, p. 47-72

- [20] Brasil. Portaria nº 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- [21] Brasil. Decreto 7.508/2011. 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.
- [22] Brasil. Lei 8080/1990, 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/18080.htm
- [23] Brasil. Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília; Ministério da Saúde, 2014.
- [24] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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 (SUS). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em 5 de dez. 2017.
- [25] Macedo JPS, Cardoso FMC. Regionalização da rede de atenção psicossocial; novos desafios da Reforma Psiquiátrica Piauiense. In: Pereira SLB, Rosa LCS, Silva EKB, Maia JBD (Orgs.) A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS. Teresina: EDUFPI, 2017.
- [26] Maia JBD, Pereira SLB. 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. In: Pereira SLB, Rosa LCS, Silva EKB, Maia JBD (Orgs.) A política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS. Teresina: EDUFPI, 2017.
- [27]. Lima SGS, Santos DVS. Rede, instituições e articulação: o desafio de levar a Saúde Mental para o território. In: Pereira SLB, Rosa LCS, Silva EKB, Maia JBD (Orgs.). A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS. Teresina: EDUFPI, 2017.
- [28] Rosa LCS, Joazeiro EMG. Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: Pereira SLB, Rosa LCS, Silva EKB, Maia JBD (Orgs.) A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS. Teresina: EDUFPI, 2017
- [29] Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993
- [30] Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996
- [31] Iamamoto MV. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- [32] Iamamoto MV. Posfácio. Questão social, família e juventude. Desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: Sales MA, Matos M, LEAL MC. (Org.) Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- [33] Brasil. CNE/CES. Resolução nº 15, de 13 de março de 2002. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social
- [34] Abepss. Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. Rio de Janeiro: 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2018.
- [35] Yazbek MC. O significado sócio histórico da profissão. In: CFESS. ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 125-39.
- [36] Raichelis R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS. ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília, DF: Cfess/Abepss, 2009, p. 377-92.

- [37] Martinelli ML. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas (SP), ano X (12): p. 1-17, dez. 2011.
- [38] Carvalho MCB. O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática social. In: *Cotidiano: conhecimento crítico*. São Paulo, Cortez, 2007.
- [39] Pereira PAP A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética In. Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas (SP): *Papel Social*, 2014, p. 21-40.
- [40] Yazbek MC. Sistemas de proteção social, intersectorialidade e Integração de Políticas Sociais. In. Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas (SP): *Papel Social*, 2014, p. 77-104.
- [41] Vasconcelos EM. Breve periodização histórica, do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In. Rosa LCS, Pereira ICG, Bisneto JA. (Org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade*. 5°. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 19-34.

Artigo apresentado em 02/04/2018
Artigo aprovado em 02/04/2018
Artigo publicado no sistema em 16/04/2018