

Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Lucia Cristina dos Santos Rosa
(Organizadoras)

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:

contribuições do estágio, da pesquisa e da extensão



Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Lucia Cristina dos Santos Rosa
(Organizadoras)

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: *contribuições do estágio, da pesquisa e da extensão*



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ**

Reitor

José Arimatéia Dantas Lopes

Vice-Reitora

Nadir do Nascimento Nogueira

Superintendente de Comunicação Social

Jacqueline Lima Dourado

EDUFPI - Conselho Editorial

Ricardo Alaggjo Ribeiro (presidente)

Acácio Salvador Veras e Silva

Antonio Fonseca dos Santos Neto

Wilson Seraine da Silva Filho

Gustavo Fortes Said

Nelson Nery Costa

Viriato Campelo

Edição e projeto gráfico

Alexandre Wellington dos Santos Silva

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

Serviço de Processamento Técnico

S491 Serviço social e saúde mental : contribuições do estágio, da pesquisa e da extensão / organizadoras, Sofia Laurentino Barbosa Pereira, Lucia Cristina dos Santos Rosa. – Teresina : EDUFPI, 2020.

254 p.

ISBN: 978-65-5904-024-7

1. Estágio. 2. Extensão. 3. Pesquisa. 4. Saúde Mental. 5. Serviço Social. I. Pereira, Sofia Laurentino Barbosa. II. Rosa, Lucia Cristina dos Santos.

CDD 614.58

SUMÁRIO

PREFÁCIO (*Profª. Drª. Lucia da Silva Vilarinho*). 05
APRESENTAÇÃO (*As organizadoras*)..... 13
NOTA SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)..... 15

PARTE I - EXPERIÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL À LUZ DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

1. RACISMO E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NO CAPS II SUL (*Júlio César Paiva e Silva; Sofia Laurentino Barbosa Pereira*) ... 21

2. ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NOS LEITOS DA RAPS DA MDER: INTERVENÇÃO BREVE COMO AÇÃO SOCIOEDUCATIVA (*Amanda de Carvalho Rêgo Santos; Ellayne Karoline Bezerra da Silva; Lucia Cristina dos Santos Rosa*) 49

3. A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ROL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (*Samya Yasmin Sousa Silva; Melissa de Carvalho Soares Lima; Lúcia Cristina dos Santos Rosa*)..... 69

4. REVITALIZAÇÃO DOS GRUPOS DE USUÁRIOS E FAMILIARES/CUIDADORES: UMA ESTAGIÁRIA DE SERVIÇO SOCIAL NO CAPS II LESTE EM TERESINA-PI (*Laisla Shirley Rodrigues Maranhão; Lucia Cristina dos Santos Rosa*)..... 91

5. EDUCAÇÃO É UM ATO DE BEM-QUERER: UMA ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE (*Denise Costa de Carvalho; Lucia Cristina dos Santos Rosa*) 121

PARTE II – OLHARES DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DAS PESQUISAS DE MONOGRAFIA

6. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DA RIA SUL (*Eduarda Ketilly Martins Santos; Sofia Laurentino Barbosa Pereira*) 151

7. AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL (*Wanessa de Sousa Santos; Sofia Laurentino Barbosa Pereira*) 175

8. O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A MATERNIDADE: AS MANIFESTAÇÕES DA QUESTÃO SOCIAL QUE ATRAVESSAM A VIDA DE MULHERES EM PERÍODO GESTACIONAL/PUERPERAL QUE CONSOMEM SPA (*Maria de Fátima Moura de Porto dos Santos; Amanda de Carvalho Rêgo Santos; Lucia Cristina dos Santos Rosa*) 203

PARTE III – VIVÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

9. A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM TEMPOS DE PANDEMIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL (*Ana Maria Cunha Iêdon; Giovana Maria Fernandes de Oliveira; Sofia Laurentino Barbosa Pereira*) 231

PREFÁCIO

Profa. Dra. Lucia da Silva Vilarinho¹

Estamos vivendo um momento histórico da maior importância em que temos que assumir realmente a coragem de transformar o nosso conhecimento silencioso em conhecimento partilhado. É preciso deixar mais claro o que nós sabemos, assumir que sabemos, pois o saber que o Serviço Social domina vem de todos os seus conhecimentos teórico-metodológicos, mas vem também do conhecimento da realidade onde atuamos. A possibilidade de trabalhar no cotidiano a partir desta perspectiva é de uma riqueza ímpar, e aí se institui uma particularidade de nossa profissão, pois esta é uma profissão de natureza interventiva, com um profundo significado social (MARTINELLI, M. L., 2006, p.15).

O seletor conjunto de textos que compõe a obra *Serviço Social e Saúde Mental: Contribuições do Estágio, da Pesquisa e da Extensão*, elaborada pelas professoras Lucia Cristina dos Santos Rosa e Sofia Laurentino Barbosa Pereira, assistentes sociais de largo conhecimento da política de saúde mental e experientes pesquisadoras, oportuniza aos profissionais de Serviço Social em geral, e ao público acadêmico e da saúde em particular, a leitura de uma produção especial sobre experiências de docentes e discentes da graduação do curso de Serviço Social da

¹ Coordenadora de Estágio do Curso de Serviço Social; Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI; Gerente do Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UFPI; Contato: luvilarinho@uol.com.br

UFPI e do Programa de Pós-graduação em Políticas Pública da UFPI, de assistentes sociais supervisores de campo de estágio, coorientadoras de monografias, coordenadoras de cursos e de projetos institucionais, na saúde mental em diferentes serviços e equipamentos da RAPS/SUS em Teresina-PI, também vivenciadas no contexto da pandemia do novo coronavírus.

O conjunto da obra apresentada em três sessões de artigos: *Experiências na Saúde Mental à luz do Estágio Supervisionado*, *Olhares da saúde mental a partir das pesquisas de Monografia e Vivências na saúde mental na extensão universitária*, denota perfilagem de relações da formação acadêmica e o exercício profissional do assistente social na realidade estadual e em Teresina, além de revelar as intervenções de professores, estudantes e assistentes sociais em meio à crise sanitária da COVID-19, na mediação do acesso da população a direitos e serviços, à proteção social e à informação e à orientação segura, entre outras possibilidades de fortalecimento e de emancipação dos sujeitos sociais com os quais se atua, sejam eles crianças, idosos, moradores de rua, pessoas com transtorno psíquico, adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade, pessoas em privação de liberdade, usuários de substâncias psicoativas, entre outros.

A leitura das narrativas plenas de sentidos dos quatorze autores magistralmente convidados convoca o leitor ao entendimento do pensar e do agir profissional no campo da saúde mental, o que adquire centralidade frente à pandemia, considerando-se a essencialidade da assistência à saúde mental da população, os impactos da atual crise no trabalho do assistente social e o contexto sanitário e sócio-político de enfrentamento não apenas da COVID-19 como também de outras expressões de crise desencadeadas sob a alcunha de violência, preconceito, racismo, discriminação-estigma-segregação, desigualdade e de corte de gênero, abordadas nas suas mais diversas formas

de construção histórico- social e “politicamente” (grifo nosso) realçadas na e pela perspectiva governamental ultraneoliberal instalada no país.

A situação de emergência de saúde pública ocasionada pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-Cov-2), doença pouco conhecida, de rápida propagação e de fácil transmissibilidade, para a qual a comunidade científica, mundialmente, ainda busca uma solução medicamentosa e de imunização tem sido fortemente agravada pelos ataques do atual governo federal às políticas públicas e de modo especial à saúde com congelamento dos recursos destinados ao SUS pela Emenda Constitucional N°95/2016 e a tentativa de reafirmação do projeto de sub financiamento do sistema e de privatização da saúde, o que no plano operacional dificultou melhor organização dos serviços assistenciais para responder à emergência pandêmica. Situação também agravada pela conjuntura de crise político-institucional do Estado brasileiro, pelo posicionamento autoritário e conservador de resistência ao conhecimento científico pelo atual governo, pelos posicionamentos negacionistas que dificultam o acesso da população a informações seguras e pela ausência de um plano nacional de enfrentamento da pandemia (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2000).

Em meio à grave situação de crise sanitária no país que já registra mais de 5 milhões de casos da doença e mais de 150 mil mortes, o estado do Piauí já contabiliza mais de 100 mil casos da doença nos 224 municípios, com mais de 2 mil mortes. Contudo, a pandemia ressignifica o valor do SUS pela recuperação de mais de 4 milhões e meio de cidadãos brasileiros, apesar da baixa capacidade de execução orçamentária do Ministério da Saúde para o controle da pandemia nos estados e nos municípios, o que no pensamento de Adriano Massuda (2000): “Só não estamos em situação pior justamente porque

nós temos o SUS”. Por outro lado, tal cenário já demanda às autoridades sanitárias e órgãos da saúde, preocupação com a saúde mental das populações em escala global em consequência do estress pós-traumático, depressão e ansiedade ocasionados seja pela infecção pelo novo coronavírus, seja pelos efeitos do isolamento social como medida de prevenção e controle.

Como profissão inserida no âmbito das políticas sociais públicas, portanto com atuação na política de saúde e caracterizada como profissão de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) - resolução Nº218/97, e pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) - Resolução Nº383/99, o profissional de Serviço Social desenvolve o seu trabalho mediante compromisso ético-político de zelar pela saúde dos usuários e dos profissionais; contribuir para o atendimento das demandas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas; consolidar os princípios e objetivos do SUS e contribuir para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento do controle social e a ampliação dos direitos sociais.

No contexto da pandemia o trabalho também é ressignificado para desvendar as necessidades dos usuários do SUS e familiares que não são somente de assistência em saúde, mas de respostas integrais e articuladas no âmbito da saúde, da assistência e da previdência social de modo a vencer as iniquidades e as desigualdades. E mais, também de assegurar condições dignas de atendimento ao usuário e condições de trabalho aos profissionais, o que inclui equipamentos de proteção individual e coletiva, além de bem estar para a saúde mental.

Nesta mesma direção, assevera-se que a pandemia não é apenas um problema de saúde mas um fenômeno de maior proporção e que afeta a vida das pessoas em geral, as relações,

as atividades, as respostas, o governo e as instituições. Desse modo, todo este encadeamento de fatores traz repercussões ao trabalho do assistente social e imprime significados ao exercício profissional, dando visibilidade às competências profissionais, como bem destacam os artigos desta coletânea ao descreverem os processos de transformação social voltados aos interesses e necessidades da população, as práticas educativas e de acolhimento potencializadoras de protagonismo e autonomia dos sujeitos, as atividades de pesquisa e extensão de enriquecimento da formação acadêmica e da experiência dos alunos, de fortalecimento e interação dialógica entre a universidade e a comunidade (usuários, familiares e profissionais da saúde mental), promovendo a troca de saberes acadêmicos e populares, de forma a estender o conhecimento acumulado no âmbito universitário, em uma aliança com esses setores e também com movimentos sociais, associações de saúde mental e instâncias de controle social, como bem colocaram Iêdon. et al. no artigo intitulado “A extensão universitária em tempos de pandemia: a experiência do projeto participação e controle social na saúde mental”.

No âmbito da formação acadêmica de futuros assistentes sociais, na situação desafiadora da COVID-19, o departamento de Serviço Social por meio de seu corpo docente, ciente do compromisso com o ensino, a pesquisa e a extensão enquanto tripé da educação superior, desenvolve o Projeto de Extensão “Participação e Controle Social na Saúde Mental”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – UFPI, com o objetivo de contribuir com a organização e formação política em saúde mental, através do desenvolvimento de ações de mobilização, participação e controle social com usuários, familiares, profissionais e estudantes, todas realizadas na modalidade remota, metodologia alinhada aos protocolos sanitários e as diretrizes de suspensão das atividades acadêmicas presenciais na UFPI.

Uma experiência inovadora que dado o domínio e acúmulo de conhecimento das pesquisadoras na área da saúde mental resultou na organização desta compilação de nove artigos sobre as diversas experiências profissionais no campo da saúde mental com destaque para o trabalho nos CAPS, no Consultório na Rua, nos leitos psiquiátricos em maternidade, em unidade integrada de saúde e em Hospital Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas. Versam ainda sobre a atuação do assistente social na saúde mental, sob o recorte das expressões da questão social na saúde mental infanto-juvenil, o consumo de substâncias psicoativas e seu impacto na maternidade, além de apresentar o protagonismo dos docentes do departamento e discentes do curso na experiência de um Projeto de Extensão no campo da saúde mental.

Fica então o convite à fecunda leitura do e-book, produto de um desafiante trabalho de sujeitos implicados com a atuação competente e crítica de assistente social na saúde mental e que assumiram o desafio de defesa da política pública de saúde juntamente com outros sujeitos que não justificam as contrarreformas do Estado responsabilizando os usuários, ou descolando suas análises do projeto de fortalecimento do SUS e de defesa da vida.

Referências

HENRIQUES, CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA; VASCONCELOS, WAGNER. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos avançados.**, São Paulo , v. 34, n. 99, p. 25-44, Ago. 2020 . Disponível em: <<http://bit.dof/kqBh>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MARTINELLI, M. L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional.** Emancipação, Ponta Grossa, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infection Prevention and Control during Health Care When Novel Coronavirus (NCOV) Infection Is Suspected.** OMS, 2020. Disponível em: <<http://bit.dolfKqBu>>. Acesso em: 14 de setembro de 2020.

APRESENTAÇÃO

*Sofia Laurentino Barbosa Pereira
Lucia Cristina dos Santos Rosa*

A proposta do e-book “*Serviço Social e Saúde Mental: contribuições do estágio, da pesquisa e da extensão*” surgiu a partir das observações e vivências das docentes do curso de bacharelado em Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, com base em suas experiências enquanto supervisoras acadêmicas de estágio, orientadoras de monografia, iniciação científica, dissertação de mestrado e tese de doutorado, e enquanto coordenadoras de projetos, cursos e eventos de extensão no campo da saúde mental.

Essa coletânea foi motivada pela importância de dar visibilidade às produções acadêmicas, os olhares e as experiências dos discentes, egressos, supervisores de campo e docentes de Serviço Social na política de saúde mental, contribuindo também com o registro da memória histórica do curso de bacharelado em Serviço Social da UFPI, da Rede de Atenção Psicossocial e das experiências implementadas no cerne de equipamentos vinculados ao Sistema Único de Saúde, tão ameaçado no atual contexto.

A produção em tela, composta por 09 capítulos e escrita por 14 autores e autoras, que são docentes, discentes e egressos do curso de Serviço Social da UFPI, bem como por assistentes sociais supervisores de campo de estágio, está dividida em três

partes, com base no tripé da formação superior no Brasil: ensino, pesquisa e extensão.

A primeira parte, intitulada “*Experiências na Saúde Mental à luz do Estágio Supervisionado*” é composta por 05 artigos que contam acerca das vivências de discentes do curso de Serviço Social e seus supervisores em diversos serviços da saúde mental, com destaque para: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II Sul e CAPS II Leste), Consultório na Rua, Leitos de Atenção Psicossocial na Maternidade Evangelina Rosa e Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho, no Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção integral aos usuários de Álcool e outras Drogas.

A segunda parte, “*Olhares da saúde mental a partir das pesquisas de Monografia*” apresenta a intrínseca associação da produção discente com a experiência de estágio, através da contribuição dos trabalhos de conclusão de curso em Serviço Social em diferentes recortes da saúde mental, sendo composta por 03 artigos que descortinam dimensões sobre a atuação do assistente social na saúde mental, as expressões da questão social na saúde mental infantojuvenil e o consumo de substâncias psicoativas e seu impacto na maternidade.

Por fim, a terceira parte da coletânea é intitulada “*Vivências na saúde mental na extensão universitária*”, que apresenta a experiência de um Projeto de Extensão no campo da saúde mental, desenvolvido no desafiador contexto da pandemia da Covid-19.

Espera-se que as discussões, estudos e experiências trazidas neste e-book instiguem a reflexão sobre as contribuições do Serviço Social no campo da saúde mental, a partir do contexto teresinense e piauiense e estimulem a sistematização de experiências, assim como a intensificação da interlocução entre a formação e o exercício profissional.

Boa leitura!

NOTA SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)

AMANDA DE CARVALHO RÊGO SANTOS

Bacharela em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial- Faculdade Metropolitana. E-mail: *amandacarvalhors@outlook.com*

ANA MARIA CUNHA IÊDON

Discente do curso de bacharelado em Serviço Social da UFPI. Bolsista do PIBEX/UFPI no Projeto de Extensão Participação e controle social na saúde mental. E-mail: *mariaiedon@hotmail.com*

DENISE COSTA DE CARVALHO

Assistente Social do Instituto Nacional do Seguro Social. Formada pela Universidade Federal do Piauí. Pós-graduanda em Saúde do Trabalhador pelo Instituto Brasileiro de Pós Graduação e Extensão e em Gestão de Pessoas pelo Instituto de Estudos Empresariais.

EDUARDA KETILLY MARTINS SANTOS

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Realizou estágio supervisionado curricular em

Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II
Sul. E-mail: *ketilly51@hotmail.com*

ELLAYNE KAROLINE BEZERRA DA SILVA

Assistente Social da Maternidade Dona Evangelina Rosa. Especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde - UFF. Especialista em Serviço Social pelo Instituto Signorelli. Mestre em Políticas Públicas pela UFPI. Doutora em Políticas Públicas pela UFPI. Supervisora acadêmica de estágio supervisionado curricular. E-mail: *layne.karoline@hotmail.com*

GIOVANA MARIA FERNANDES DE OLIVEIRA

Discente do curso de bacharelado em Serviço Social da UFPI. Bolsista do PIBEX/UFPI no Projeto de Extensão Participação e controle social na saúde mental. E-mail: *giovana.mfo@gmail.com*

JÚLIO CÉSAR PAIVA E SILVA

Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. Bolsista no Programa de Educação Tutorial – PET Serviço Social da UFPI e estagiário no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Sul. E-mail: *juliomcps@gmail.com*

LAISLA SHIRLEY RODRIGUES MARANHÃO

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e Mestre em Políticas Públicas pela UFPI. E-mail: *lala_shirley@hotmail.com*

LUCIA CRISTINA DOS SANTOS ROSA

Docente do Departamento de Serviço Social na UFPI. Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba-SP. Especialista em educação, área de concentração ensino pela UFPI. Especialista em saúde mental pela UFRJ. Mestre em Serviço social pela UFPE. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE. Pós Doutorado em saúde coletiva pela UNICAM. E-mail: *luciacsrosa@gmail.com*

MARIA DE FÁTIMA MOURA DE PORTO DOS SANTOS

Assistente Social. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: *maria.16.moura@gmail.com*

MELISSA DE CARVALHO SOARES LIMA

Bacharelado em Serviço Social pela UFPI. Especialista em Saúde da Família pela UNAERP. Especialista em Saúde Mental pela UFRJ. Supervisora acadêmica de estágio supervisionado curricular. Assistente Social do Consultório da Rua da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. E-mail: *melissa-lima4@hotmail.com*

SAMYA YASMIN SOUSA SILVA

Discente da Graduação do Curso de Bacharelado em Serviço Social na Universidade Federal do Piauí- UFPI. Realizou estágio supervisionado curricular em Serviço Social no Consultório na Rua. Bolsista do PET-Integração pela UFPI. E-mail: *samyas7980@hotmail.com*

SOFIA LAURENTINO BARBOSA PEREIRA

Assistente Social. Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Coordenadora do Grupo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Políticas Públicas e Saúde Mental (PPSAM/UFPI/CNPq). Conselheira na Gestão “Quando criei asas, lutei” do Conselho Regional e Serviço Social 22ª região - CRESS-PI, no triênio 2020-2023. E-mail: *sofialaurentino@ufpi.edu.br*

WANESSA DE SOUSA SANTOS

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí. Realizou estágio supervisionado curricular em Serviço Social no CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. E-mail: *wanes-sasst.4@gmail.com*

PARTE I:
EXPERIÊNCIAS NA
SAÚDE MENTAL À
LUZ DO ESTÁGIO
SUPERVISIONADO

CAPÍTULO I

RACISMO E SAÚDE MENTAL:
reflexões a partir da experiência
de Estágio Supervisionado em
Serviço Social no CAPS II Sul

Júlio César Paiva e Silva

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Introdução

A sociedade brasileira foi construída por meio da exploração e desumanização de africanos e indígenas após a invasão dos portugueses nestas terras. Dessa forma, o racismo e a desigualdade social sustentaram a formação do país, tornando-se parte da estrutura do Brasil. Assim, entende-se que o racismo é estruturante e estrutural na sociedade brasileira, concordando com Gonçalves (2018, p.515) ao dizer que ele “foi o alicerce da desigual distribuição de riquezas no emergente capitalismo brasileiro”. Isto, pois, a vida dos sujeitos negros e indígenas é perpassada por diversos tipos de violência que partem tanto do Estado como da sociedade civil, muitas vezes tão complexas e aprimoradas que são capazes de fazer com que as vítimas se considerem culpadas, como se a discriminação racial sofrida fosse um falso sentimento de perseguição.

O Brasil é o país com maior número de afrodescendentes fora do continente africano, o que mais recebeu escravizados durante o sistema escravocrata e o último país das Américas a decretar a *falsa* abolição da escravidão – essa, feita de maneira tão irresponsável que, nas palavras de Abdias Nascimento (2016, p. 79) “não passou de assassinato em massa”. As particularidades da sociedade brasileira produziram um processo específico de genocídio da população negra e indígena após a abolição, e a tentativa de extermínio foi feita de forma cautelosa e sofisticada, através de processos como a política embranquecimento da população brasileira através do incentivo da imigração europeia e a difusão do mito da democracia racial, que colocava o país como suposto paraíso da miscigenação. Processos que ocorriam concomitante à perseguição aos africanos e indígenas livres, concretizada com a instituição do Código Penal; da Lei da Vadiagem; e do asilo em manicômios e prisões.

Munanga (2017) destaca que no Brasil o racismo é implícito, de forma que não chega a ser institucionalizado ou oficializado, e sempre acompanhado de alguma justificativa, tendo como característica o não dito, o silêncio, a sutileza. O autor resume o racismo brasileiro como “difuso, sutil, evasivo, camuflado, silenciados em suas expressões e manifestações, porém eficiente em seus objetivos, e algumas pessoas talvez suponham que seja mais sofisticado e inteligente do que o de outros povos” (2017, p. 41).

Esse complexo conjunto de variações do racismo estrutural – que engloba o institucional, recreativo, individual, científico, linguístico, ambiental – ligado de maneira indissociável à Questão Social e suas expressões geram consequências desastrosas na vida de uma parcela específica da sociedade enquanto garante o privilégio de outra. Essas consequências se expressam na presença majoritária da população negra nos presídios, nos manicômios, em situação de rua, em uso abu-

sivo de substâncias psicoativas, na falta de acesso ao mercado de trabalho e educação etc. Assim como os dados sobre a violência já mostram a influência da questão étnico-racial nas vítimas de assassinato, violência doméstica, violência policial, suicídio, feminicídio, nos índices de mortalidade infantil, e demonstram que esses sujeitos são os principais usuários do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), o que vai interferir direta e indiretamente na saúde física e mental da população negra e indígena.

Entende-se que o conceito de saúde ultrapassa a ideia da simples ausência de doenças, compreendendo-a de forma mais ampla, assim como exposto no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se defende saúde como direito de todos e dever do Estado, e como resultante das:

Condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, 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).

Entretanto, por muito tempo não foi essa a visão prevalente. A medicina ocidental e a psiquiatria receberam grande influência do racismo científico, convivendo com “um discurso racial, prontamente acionado quando se tratava de defender hierarquias, explicar desigualdades sociais” (SCHWARCZ, 1994, p.142), o que interferiu diretamente em suas práticas, tratamentos, processos de trabalho e análises profissionais. Nesse sentido, concorda-se com Frantz Fanon¹ na compreen-

1 Frantz Fanon (1925-1961) foi um filósofo, marxista, psiquiatra anticolonialista e militante político ao lado da Frente de Libertação Nacional da Argélia, que contribuiu de maneira crucial para as reflexões e debates acerca da relação entre colonialismo e saúde mental. Para maior aprofundamento, indica-se *Pele Negra, Mascaras Brancas* (2008) e *Condenados da Terra* (2015).

são de que a psiquiatria por muito tempo se estruturou como um poder colonial, que através dos hospícios adotava a função de controle e desumanização para a perpetuação do colonialismo (PASSOS, 2019).

O primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil foi fundado em 1841 no Rio de Janeiro e recebeu o nome de Hospício Pedro II. O modelo manicomial foi hegemônico na atenção à Saúde Mental por mais de um século, sempre fundamentando-se na ideia biologizante de que a loucura é uma doença causada por determinantes orgânicos, e que o tratamento deve ser protagonizado pela categoria médica, garantindo a supressão dos sintomas através da hospitalização e medicalização, e consequentemente causando a objetificação do usuário (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Os alvos dos hospitais psiquiátricos e manicômios nunca se restringiram às pessoas com transtornos mentais, mas reuniam um grupo repleto de sujeitos considerados incapazes e/ou indesejados para a sociedade. Nessa perspectiva, é essencial destacar que o grupo mais indesejado em uma sociedade racista sempre será a população não-branca. Dessa forma, é perceptível que entre os epiléticos, LGBTs, prostitutas, pessoas em situação de rua, e pessoas com transtornos mentais alvos dos manicômios, a maioria era composta por negros e indígenas. É nesse sentido que concordamos com Passos (2018, p. 19) que “os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência”.

O processo de Reforma Psiquiátrica propôs um modelo capaz de compreender os fatores políticos, culturais e biopsicossociais como determinantes no sofrimento psíquico, buscando uma ruptura com o modelo de controle de corpos. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil configura-se

como importante marco para a (re)construção da cidadania das pessoas com transtorno mental, priorizando a desinstitucionalização e o protagonismo dos usuários para garantir fortalecimento de vínculo familiar, social e comunitário.

Nesse sentido, indaga-se: Como o Movimento Antimanicomial pautou a questão étnico-racial no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira? É possível romper com o modelo manicomial sem adotar uma práxis antirracista? Se a Reforma Psiquiátrica propõe um modelo que considera os fatores biopsicossociais como determinantes no sofrimento psíquico, de que forma os determinantes sociais como classe, raça e gênero influenciam na sociabilidade da pessoa com transtorno mental e como são percebidos na atenção à Saúde Mental? Como a questão étnico-racial aparece na atuação do assistente social em um Centro de Atenção Psicossocial?

Desse modo, o presente artigo objetiva discutir sobre a relação entre racismo e saúde mental na sociedade brasileira, analisando como esse fenômeno se manifesta no cotidiano e no exercício profissional do assistente social no serviço de saúde mental. O artigo surge a partir de reflexões realizadas durante a experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – principal ferramenta de desinstitucionalização da Reforma psiquiátrica – tipo II na cidade de Teresina no ano 2019, e tem como motivação as situações observadas pelo estagiário no cotidiano institucional, assim como a perceptível invisibilização da questão étnico-racial, tanto na formação profissional dos assistentes sociais, como na política de saúde mental.

Utiliza-se como metodologia a pesquisa bibliográfica, que possibilita “explicar um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos e [...] conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre um determinado assunto ou problema” (CERVO;

BERVIAN, 1983, p. 55); a pesquisa documental, através de análises nos documentos da instituição, como prontuários e relatórios; e observação participante, que “contribui com as investigações, proporcionando uma visão ampla e detalhada de uma realidade, resultante da interação do pesquisador com o meio” (QUEIROZ et. al, 2007, p.281).

Questão étnico-racial e saúde mental no contexto brasileiro

O sofrimento psíquico e os transtornos mentais acompanham a população negra desde que os primeiros africanos foram sequestrados e trazidos para o Brasil em condições sub-humanas nos navios negreiros. A proximidade entre as costas brasileiras e o continente africano foi um grande facilitador para o comércio escravo no país. Isso fez com que o contingente de escravizados no Brasil fosse facilmente ampliado, gerando uma redução no preço desses sujeitos. Dessa forma, os escravocratas consideravam muito mais rentável conseguir novos escravizados do que cuidar e alimentá-los de maneira adequada. Assim, quando um africano ou indígena escravizado era considerado “imprestável” devido às consequências causadas pelos diversos tipos de violência e tortura do trabalho escravo, era facilmente substituído e deixado para morrer (NASCIMENTO, 2016).

Muito antes de saber o que era depressão, os africanos já sofriam com os sintomas dessa doença, entretanto o nome utilizado para denominar a enfermidade era Banzo. “O africano era afetado por uma patética paralisação da vontade de viver, uma perda definitiva de toda e qualquer esperança. Falavam-lhe as energias, e assim ele, silencioso no seu desespero recente ia morrendo aos poucos, se acabando lentamente” (NASCIMENTO, 2016, p. 71). Com isso pode-se evidenciar

o quão duradoura é a relação da população negra com o sofrimento psíquico e transtornos mentais decorrentes do racismo, e como essas violências “produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo” (SILVA, 2005, p. 130), repercutindo nas condições de vida dos sujeitos, tanto nas relações interpessoais, como institucionais e estruturais.

Para melhor ilustrar esse entendimento, resgata-se as palavras de Cuti (2017, p.198):

Um assaltante que invade a sua casa com armas possantes, mata seus familiares, estupra, transmite doença, rouba seus pertencentes, faz você trabalhar para ele, obedecer às suas ordens, pode, se for fisicamente diferente de você, atribuir à diferença à superioridade que sente, acreditar nisso e até fazer você crer nesses argumentos. Ele pode, ainda, escrever livros e mais livros, produzir filmes e mais filmes, e ensinar para as gerações futuras, por vários meios, que você é inferior e ele é superior, em virtude das diferenças fenotípicas. Racismo é isso, associado a consequências inimagináveis de violência, tortura, morte e perversa exclusão.

O racismo não se materializa apenas nas práticas visíveis das relações interpessoais, ou seja, este fenômeno é mais complexo e ultrapassa insultos raciais que ainda são comuns no cotidiano. Apesar do Estado brasileiro não ter adotado medidas formais e institucionalizadas de segregação racial após a abolição, como as Leis de Jim Crow nos Estados Unidos ou o *Apartheid* na África do Sul, esse fenômeno não ocorre de forma branda no país. Nogueira (2017) aponta o complexo arranjo semântico, histórico, político e econômico que envolve o sujeito negro, e destaca o conceito “*Apartheid* Psíquico” como um tipo de racismo presente no Brasil, que apesar de não haver uma segregação social entre negros e brancos no sistema político brasileiro e o racismo ser considerado crime

desde 1989, instaurou-se e manteve-se uma separação tão eficiente na psique do negro, que estes sujeitos vivenciam uma segregação silenciosa, que:

Por muito tempo funcionou como se tivéssemos um sentimento persecutório, uma vez que o preconceito era negado. Sentíamos uma perseguição sem razão. [...] Embora juridicamente capazes de ocupar um espaço na sociedade, os negros foram, na prática, dela excluídos e impedidos de desfrutar de qualquer benefício social. Foram marginalizados, estigmatizados, marcados pela cor que os diferenciavam e discriminados por tudo quanto essa marca pudesse representar (NOGUEIRA, 2017, p. 122).

Dessa forma, o cidadão negro brasileiro sofre um golpe contínuo, onde “o presente e o passado entram em duríssima comunicação” (FILHO, 2017 p. 145), pois as violências cometidas contra os ancestrais dos afrodescendentes são perpetuadas até os dias atuais. Assim, o sujeito negro vive com uma angustia e tensão fixadas no cotidiano, com a contínua preocupação de possíveis ataques que podem vir de qualquer lugar, a qualquer momento (NOGUEIRA, 2017; FILHO, 2017). O racismo e as múltiplas violências cotidianas são determinantes no surgimento de diversos transtornos físicos e psíquicos na população negra, “incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros (SILVA, 2005, p. 130).

Entretanto, de onde deveria vir o cuidado, o que surge é o controle de corpos. Moreira e Passos (2018, p.188) afirmam que “historicamente o hospital psiquiátrico sempre foi um instrumento de controle social”. As teorias deterministas e eugenistas fundamentaram as práticas médicas no final do

século XIX e início do século XX, servindo de pilar para o controle dos corpos negros pela Psiquiatria em asilos e manicômios. Nesse contexto, surge em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, que apoiada no projeto de eugenia, trabalhava em função do suposto melhoramento da raça brasileira, alegando certos temas como prioritários para garantir a defesa da mentalidade da raça, como:

Combate ao alcoolismo e aos “vícios sociais”; imigração; seleção e orientação profissional; controle dos casamentos (para prevenir as uniões indesejáveis, bem como incentivar as eugenicamente desejáveis); esterilização compulsória dos ditos degenerados; atenção para um desenvolvimento mental sadio e eugênico (REIS, 1994, p. 56-57).

Entende-se, então, que desde seu surgimento o modelo manicomial tem como componente “a naturalização da violência institucional sobre os corpos negros” (PASSOS, 2018, p.13). Logo, além da segregação social presente na experiência da loucura, também são reproduzidas várias formas de opressões dentro dos manicômios, como o machismo, LGBTQfobia, xenofobia, racismo, fazendo com que esses sujeitos sofram um acúmulo de estigmas que influenciam diretamente na saúde e no bem-estar (PASSOS, 2019).

Angela Davis (2018) destaca a relação entre o encarceramento em massa e as instituições psiquiátricas, apontando como a naturalização da violência e controle sobre os corpos negros são exercidos pelos manicômios e prisões. Os sujeitos aprisionados nessas instituições são destituídos de todos os seus direitos, colocados novamente no lugar de desumanos, sendo que quando encarcerados, o único direito que deveria ser retirado é o da liberdade, permanecendo o direito de receber um tratamento digno e sem violência. O cenário é ainda mais crítico quando estão sob a tutela do Estado em manicô-

mios, onde o propósito deveria ser o cuidado e atenção a saúde dos usuários, mas as situações se assemelham àquelas vivenciadas pelos sujeitos considerados criminosos. Dessa forma, a prisão e o manicômio se configuram como dois braços do mesmo corpo, que tem o objetivo de exterminar a população negra.

O Estado brasileiro fomenta o discurso de que os indivíduos negros são perigosos, fortalecendo estereótipos e nutrindo um sentimento de medo, sendo assim, sujeitos à repressão. Esse discurso, aplicado através da mídia e políticas de segurança pública, faz com que a sociedade civil aceite e incentive a violência, a tortura e o genocídio (BORGES, 2019). Se o sujeito com sofrimento psíquico, considerado “louco”, é tratado como perigoso, o sujeito negro com algum transtorno mental sofrerá uma intensificação e acumulação de estigmas que influenciará diretamente no sofrimento, na violência e opressão.

Apesar da escassa existência de dados desagregados pela raça/cor/etnia relacionados aos sujeitos internados em manicômios, pode-se resgatar alguns documentos que comprovam a majoritária presença dos sujeitos negros nas instituições de controle. Diniz (2013) ao tratar sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos do Brasil – manicômios judiciários – evidencia que os pretos e pardos somam 44% dos internados, seguidos por 38% de brancos, 0,2% amarelos e 0,2% indígenas, sendo que 16% sequer haviam o registro de raça/cor/etnia. Ramos (2018) realiza uma pesquisa sobre as mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei no Estado do Rio de Janeiro e detecta que a presença das mulheres pretas e pardas alcança o índice de 83%.

O livro-reportagem elaborado por Daniela Arbex (2017) apresenta evidências fotográficas da presença predominante de negros no Hospício de Barbacena, um grande Hospital Psiquiátrico de Minas Gerais. Ao observar as fotografias presentes no livro, é perceptível a superlotação na instituição, onde mui-

tos não possuíam sequer peças de roupas para vestir ou camas e lençóis para dormir, sobrevivendo amontoados nos pátios, sem alimentação e esquecidos pela sociedade. Devido a falta de assistência, era comum se alimentarem de ratos e outros animais, além beberem urina ou esgoto para amenizar a sede. As mortes eram frequentes no local, e ocorriam por diversos motivos: fome, frio, brigas entre os internados, violência por parte dos funcionários, infecções, doenças negligenciadas. E depois de mortos continuavam gerando lucro para a Indústria da Loucura, visto que os corpos eram vendidos para faculdades de medicina, ultrapassando o número de 1800 corpos comercializados.

Depois que as faculdades não tinham mais interesse em adquirir os corpos das vítimas fatais do modelo manicomial, deu-se início a outro processo para gerar lucro ao Hospital e terror aos pacientes, com o procedimento de decomposição dos corpos com ácido. Todo o processo era realizado nos pátios super lotados, em frente aos sujeitos que ainda estavam vivos. sempre com o objetivo obter lucro em cima daqueles corpos, pois com a decomposição podiam vender as ossadas (ARBEX, 2017). É nesse sentido que Passos (2018) aponta que as práticas manicomiais estão ligadas muito mais ao colonialismo do que ao holocausto. Por isso, a autora defende a necessidade de reconstruirmos as análises e percursos antimanicomiais para reconhecer que nas particularidades da formação social brasileira, os hospitais psiquiátricos aproximam-se estreitamente dos navios negreiros.

Nesse sentido, afirma-se que a luta antimanicomial necessita estar interligada de maneira indissociável à luta antirracista para possibilitar uma verdadeira ruptura com o modelo manicomial.

As articulações para a realização de transformações no campo da saúde mental iniciaram na década de 1970 com a

criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, após o episódio conhecido como crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde mental no país, após mobilizações dos bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos com denúncias sobre: precárias condições de trabalho; casos de agressão; estupro; trabalho escravo; e mortes não esclarecidas. Assim, as ações do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciaram-se em torno da busca por melhorias das condições de trabalho, com reivindicações relacionadas ao aumento de salário, número de consultas realizadas por turnos, denúncias de tratamentos violentos com uso de eletrochoque, entre outros (AMARANTE, 1998).

Logo, essas discussões foram ampliadas com a inserção da participação de outros segmentos da sociedade civil, agora propondo possibilidades de substituição ao modelo hospitalocêntrico para (re)construir a cidadania e a autonomia da pessoa com transtorno mental. Nessa perspectiva, é realizado em 1987 o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, onde é destacada a necessidade de um projeto ético-político que supere o modelo manicomial, tanto na esfera da política de saúde mental como na sociedade civil. Dessa forma, o encontro, propondo uma transformação social, “representou (e representa) o principal marco do direcionamento ético-político da luta antimanicomial no Brasil e contribuiu, não só no âmbito da luta pela saúde mental, como também pelos direitos humanos e pela transformação radical desta sociedade” (PASSOS; MOREIRA, 2017, p. 341-342).

Um dos produtos resultantes do encontro foi a elaboração da Carta de Bauru, onde evidenciam a relação entre os mecanismos de opressão do sistema capitalista com as situações vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental, destacando a necessidade da incorporação da luta pelos direitos da PTM

às lutas dos trabalhadores. Nesse sentido, fixam a direção política do Movimento Antimanicomial e da reforma psiquiátrica, afirmando que:

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (CARTA DE BAURU, 1987).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamentou-se na experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, considerando a influência das condições sociais no processo saúde-doença-cuidado, e propondo a desinstitucionalização para alcançar a autonomia e emancipação dos usuários, que deveria ocorrer concomitante ao fortalecimento da formação político-social dos sujeitos. Dessa forma, Franco Basaglia – precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana – caracterizou-se como grande inspiração para o processo de reforma no Brasil, compreendendo o modelo manicomial como componente de um sistema hierárquico-punitivo e uma instituição de violência.

Passos (2019, p.80) destaca que “Franco Basaglia foi fortemente influenciado pelas publicações e pensamentos de Goffman, Foucault e Fanon, bem como pelo materialismo histórico dialético”, porém, tanto nas primeiras décadas do processo de reforma psiquiátrica brasileira como atualmente, pouco se discute sobre a importância de Frantz Fanon para o pensamento antimanicomial de Basaglia, mesmo Fanon sendo essencial para essa perspectiva, pois “teria fornecido os

elementos identitário da inspiração revolucionária” (GOU-LART, 2007, p. 42), escolhendo romper com esse modelo de opressão e colonização.

Desse modo, observa-se que:

Nos percursos da experiência brasileira não identificamos qualquer menção sobre a contribuição de Fanon para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, o que demonstra um afastamento do debate étnico-racial, em especial, sobre o colonialismo e seus efeitos sobre a constituição da subjetividade (PASSOS, 2018, p. 14).

Contudo, essa invisibilização das pautas étnico-raciais não são restritas apenas ao campo da Saúde Mental, estendendo-se à toda a Política de Saúde, mesmo com as particularidades da sociedade brasileira que tem no racismo e na exploração de um grupo étnico-racial sobre outros o seu pilar fundador, e sendo a população negra a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ultrapassando o índice de 70%. Destaca-se que, apesar dessa invisibilização por parte das instituições e dos profissionais de saúde, as reivindicações da população negra por melhor acesso ao sistema de saúde ocorrem desde o período pós-abolição (WERNECK, 2016).

Nesse sentido, é essencial destacar um importante ganho do Movimento Negro organizado, com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pela portaria nº 992 em 2009, reconhecendo oficialmente a necessidade de combater a discriminação e o racismo existente no sistema de saúde, e propondo um enfrentamento ao racismo institucional com a articulação entre saberes científicos e tradicionais de matriz africana para potencializar o alcance da promoção de saúde. Dessa forma, a PNSIPN tem como seu principal elemento constituinte o “reconhecimento do racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde

experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida” (WERNECK, 2016, p. 540).

A partir disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aponta a necessidade de ações e estratégias direcionadas à saúde mental que proporcionem o:

Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social; [...] fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009).

Portanto, entende-se que “o manicômio estrutura-se para além de uma edificação” (PASSOS, 2018, p.13), ultrapassando as estruturas físicas das instituições, e o racismo apresenta-se como basilar para a perpetuação desse modelo em outras variedades. Dessa forma, apesar da tentativa de distanciamento do modelo manicomial com a diminuição dos hospitais psiquiátricos, considerados instituições totais, a conservação dos manicômios pode ocorrer de outras formas, em outras expressões, como através das chamadas práticas totais, que silenciam, objetificam e “desconsideram o exercício dos papéis sociais vivenciados pelos usuários, deslegitimando diferentes formas de subjetivação” (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014, p. 693).

Por isso, concorda-se com Moura (1983) que é essencial considerar os efeitos dos vários séculos de escravidão e do racismo no Brasil para compreender a estrutura da realidade brasileira em sua totalidade, e não fazê-la significa produzir

leituras falseadas sobre a realidade social e dar continuidade às diversas formas de opressão contra a população negra. Então, afirma-se que “para garantirmos o cuidado em saúde mental realmente antimanicomial, é necessário considerarmos a questão racial em todas as dimensões do campo da atenção psicossocial” (PASSOS, 2019, p. 85).

Questão étnico-racial e racismo na atenção psicossocial: uma experiência de Estágio Supervisionado em Serviço Social no CAPS II Sul

O Estágio Supervisionado em Serviço Social é um procedimento didático pedagógico fundamental na contínua e permanente formação profissional do/da assistente social. Proporciona capacitação técnico-operativa, teórico metodológica e ético política e estimula a análise crítica, capacidade interventiva, investigativa e propositiva do estagiário em situações reais, ao inseri-lo em um cotidiano profissional e institucional. Ele é parte constitutiva do Projeto Pedagógico do Curso de Serviço Social da UFPI (UFPI, 2007), que segue a legislação, conforme Lei nº 11.788, a Lei de regulamentação da Profissão, o Código de Ética do/a Assistente Social e a Resolução nº 533/08 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2008).

Sampaio e Oliveira (2014, p. 131) destacam que “as instituições requerem a reflexão em torno de sua existência por serem um fenômeno não natural, mas produto histórico das revoluções, lutas e dos enfrentamentos da sociedade capitalista”. Dessa forma, é imprescindível considerar as determinações históricas e a realidade macrossocial para compreender as relações institucionais no cotidiano profissional e possibilitar a caracterização, descrição e análise do serviço.

Segundo Rosa (2011), a saúde mental tem sido campo de estágio supervisionado no curso de Serviço Social nesta Universidade desde o seu surgimento em 1976, sendo realizada em diversos dispositivos do município de Teresina, como Hospital Areolino de Abreu, Hospital-Dia, Centros de Atenção Psicossocial, dentre outros. Sobre isso, Lustosa (2015) afirma que cerca de 50% dos estagiários do curso de Serviço Social da UFPI tem se inserido em campos da saúde e saúde mental nos últimos 15 anos.

Teresina é conhecida como polo da saúde no meio-norte do Brasil, concentrando bens e serviços de média e alta complexidade. O modelo hospitalocêntrico adotado na capital do Piauí iniciou-se na década de 1940 com a criação de mega hospitais, como o Hospital Getúlio Vargas, ampliando-se na década de 1970 com a criação do Hospital de Doenças Infecciosas (HDIC) e Maternidade Dona Evangelina Rosa. A adoção e desenvolvimento desse modelo gerou um significativo atraso do Estado em relação a adesão dos princípios da Reforma Psiquiátrica e implantação da rede psicossocial (ROSA, 2015).

Em 1980, surge o Movimento Popular de Saúde Mental (MOPS), com participação da Igreja Católica e de profissionais de medicina que reivindicavam “acesso e ampliação dos serviços de saúde mental e a valorização e reconhecimento das práticas populares em saúde” (ROSA; GUIMARÃES; EVELIN, 2008, p. 213), tendo como resultado a criação de Hospitais-Dia em Picos e Parnaíba.

Destaca-se que as primeiras experiências substitutivas ao modelo manicomial foram executadas dentro da estrutura física de um hospital psiquiátrico, evidenciando as dificuldades e desafios para superar o modelo manicomial e hospitalocêntrico, permanecendo hegemônico por um longo período nas decisões sobre a Política de Saúde mental no Piauí e em Teresina.

Assim foi com o CAPS ad em 2002, que funcionou inicialmente numa ala do hospital voltada para o tratamento de alcoolistas, apesar de não ter sido aprovado no MS, consequentemente, cadastrado no SUS; e com o CAPSi, que [...] nasceu dentro do hospital em 2002, com algumas mudanças realizadas no pavilhão do Instituto de Psiquiatria Infanto-Juvenil (MACEDO; DIMESTEIN, 2012, p. 152).

Desse modo, percebe-se que o processo de reforma psiquiátrica ocorreu de forma tardia no contexto local, com manutenção do “parque manicomial sem muita alteração com a oferta de 438 leitos e sem qualquer ação territorial até o ano 2003” (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012, p. 153), ocorrendo a criação do primeiro CAPS do Estado 17 anos depois do primeiro CAPS do Brasil.

O Centro de Atenção Psicossocial é proposto como a principal estratégia no processo de desinstitucionalização que se inicia durante a Reforma Psiquiátrica, definido pela Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992, e regulamentado a partir da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. O CAPS é pensado como modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos norteados pela lógica manicomial e hospitalocêntrica, e busca garantir e fortalecer o convívio comunitário e familiar, integrando o usuário ao território.

O Centro de Atenção Psicossocial II Sul foi criado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) em 21 de dezembro de 2009, localizado na Zona Sul do município, em uma importante avenida que liga a área geográfica ao centro comercial da cidade, responsabilizando-se pelo tratamento e referência às pessoas que sofrem de transtornos mentais e psicoses graves e persistentes, produzindo o cuidado contínuo e comunitário, e promovendo a cidadania. É importante destacar a presença de mais dois CAPS nessa parte da cidade – CAPSad e CAPS III

Sul –, sendo esta a zona com a maior quantidade de unidades em Teresina e uma das mais pauperizadas da cidade.

Rosa e Vilhena (2012) apontam que as regiões Sul e Nordeste do Brasil são as áreas com maior número de CAPS do país, e a partir das análises de Oliveira; Duarte e Pitta (2017) evidencia-se que a população negra é majoritária entre os usuários do serviço na região Nordeste. Já o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, indica o maior risco das mulheres em desenvolver transtornos mentais e sofrimentos psíquicos devido as condições vivenciadas (ONU, 2001). Pereira e Guimarães (2015, p. 91) mostram que “grande parte das pessoas que utilizam o serviço dos CAPS II de Teresina são pessoas que, além de sofrerem com transtorno mental, sofrem também com a pobreza e suas consequências”. Essa interseccionalidade raça-classe-gênero no transtorno mental é confirmada no CAPS II Sul de Teresina com a expressiva presença de negros e negras entre os usuários, com a predominância de mulheres na instituição, sobretudo mulheres negras.

Apesar da prevalência perceptível entre os usuários do serviço, foi possível observar no processo de realização do estágio na instituição, que não há registros sobre raça/cor/etnia nos prontuários, instrumentais ou sistema de informação do CAPS II Sul, o que influencia para a permanência do racismo institucional. Defende-se que a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos documentos da instituição pode contribuir para dimensionar adequadamente as políticas públicas formuladas e implementadas, contribuindo para o enfrentamento do racismo e as iniquidades geradas e tonificadas pelo fenômeno social.

Nesse sentido, destaca-se o Decreto nº 39.024, de 03 de maio de 2018, que dispõe sobre a inclusão do quesito raça/cor/etnia nos formulários dos serviços de saúde do Distrito Federal, e pode servir de exemplo para as demais regiões do país. Entre os benefícios gerados com a inclusão, encontra-se:

Melhorar a qualidade no atendimento de Saúde, conhecendo melhor quem necessita de atendimento e, mais ainda, respeitando a cultura e os costumes de cada pessoa ou grupo social; monitorar, elaborar e implementar políticas públicas afirmativas e universalistas voltadas à população negra, povos e comunidades tradicionais e indígenas; evitar as iniquidades no acesso e permanência nos serviços de saúde por consequência do racismo institucional; reduzir os impactos de determinadas doenças e agravos; tornar os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2018, p. 15).

É importante discutir as diversas maneiras que o racismo institucional se apresenta no serviço, sendo a invisibilização uma delas, que ocorre tanto na não adesão do quesito raça/cor/etnia, como na não discussão sobre a questão racial nos espaços de conversas entre profissionais e usuários. Debates fundamentais nos serviços públicos, pois como afirma Menezes (2013, p. 12) “o silêncio também revela um posicionamento”. Essas manifestações do racismo institucional também são evidenciadas na conversa depreciativa com e sobre o usuário; destrato e humilhação nas relações cotidianas; desconsideração das queixas dos usuários; atendimentos sem olhar para o sujeito; resistência em adotar mecanismos e estratégias de não discriminação e combate ao racismo; não inclusão questões étnico-raciais e racismo nas ações de educação social; não divulgar e implementar a PNSIPN; entre outros, que influenciam na dificuldade em buscar atendimento, na evasão dos usuários nos serviços e manutenção das opressões.

Nessa perspectiva, observou-se no campo de Estágio uma invisibilização da Questão Étnico-Racial que contribui para a reprodução do racismo institucional e intensificação de estigmas, uma vez que o tema não é abordado nos grupos de dis-

cussão com os usuários no cotidiano institucional e há pouco ou nenhum interesse por parte dos profissionais em combater as iniquidades causadas pelo racismo. Destaca-se que essa falta de interesse não parte dos usuários, visto que, enquanto estagiário, o estudante desenvolveu dois espaços de discussão sobre racismo e consciência negra no CAPS, onde os participantes pontuaram a importância de discutir a temática, demonstrando discernimento sobre consciência racial e sua importância, e compartilhando situações de discriminação vivenciadas e ainda comuns entre a maioria, o que comprova a necessidade das discussões no serviço de atenção à saúde mental.

Portanto, entende-se que a saúde mental aparece como mais um indicador no bem estar social do sujeito, podendo não ser a sua ausência a principal fonte de sofrimento do sujeito. Violência, estigma, desemprego, baixa escolaridade, vulnerabilidade social, estereotipização, falta de moradia são exemplos de expressões da Questão Social que interferem diretamente na saúde e bem-estar das pessoas com transtornos mentais. E o Serviço Social, como profissão interventiva, atua sobre essas diversas expressões de forma que seja possível ultrapassar a aparência fenomênica, adotando uma postura crítica que alcance a essência do problema analisado, evidenciando sua dinâmica e contradições (PEREIRA; GUIMARÃES, 2015).

As/os assistentes sociais passaram a compor as equipes multiprofissionais dos CAPS a partir das transformações geradas pela Reforma Psiquiátrica, e atuam sobre as mais diversas manifestações da Questão Social, considerando as múltiplas violências que perpassam a vida da pessoa com transtorno mental. E uma vez que entende-se que a Questão Social é indissociável da Questão Étnico-Racial, o compreender as configurações do racismo e seu enfrentamento é fundamental para materializar o Projeto Ético Político da profissão. Visto que o processo de trabalho do/a assistente social na Saúde Mental

é determinado por uma série de elementos e pelo contexto macro e micro societário, onde “o emprego de uma ou outra perspectiva pode contribuir para a manutenção da reprodução das desigualdades sociais ou para sua mudança através da apropriação criativa dessas identidades” (ROSA, 2015, p. 16).

Considerações finais

A partir dos estudos, observações e reflexões realizadas em livros, artigos, documentários e no campo de Estágio, comprovou-se a carência de debates sobre a questão étnico-racial no campo da saúde mental e da atenção psicossocial apontadas por Moreira e Passos (2018). Os autores destacam como essa ausência “demonstra o quanto ainda podemos estar vulneráveis e frágeis para avançarmos com questionamentos sobre as novas expressões do manicômio na atualidade” (2018, p. 179). Observa-se a desconsideração da questão étnico-racial na Reforma Psiquiátrica, na Luta Antimanicomial e na Formação Profissional das/dos assistentes sociais, influenciando diretamente na atenção voltada às pessoas com transtorno mental.

Dessa forma, defende-se a necessidade dos profissionais da Saúde Mental, sobretudo das/dos assistentes sociais, que têm como seu objeto de intervenção a Questão Social e suas múltiplas expressões, a necessidade de compreender as iniquidades causadas pelo racismo como algo real, concreto e contínuo, e não como situações persecutórias, individuais ou distantes. Pois apenas com a união indissociável entre a luta antimanicomial e antirracista será possível proporcionar uma ruptura genuína e definitiva com o modelo manicomial e suas novas expressões na atualidade – que tanto antes como agora serve como importante ferramenta no controle de corpos negros e indígenas –, e dessa forma se materializar numa perspectiva de mudança

macrossocial na realidade social brasileira, forjada através da escravização e massacre da população negra e indígena.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia**, 2018.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF, 2009.

CARTA DE BAURU. Encontro de Bauru “Por uma sociedade sem manicômios”. **Manifesto de Bauru [online]**, Bauru, 1987. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkt>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica: para uso de estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CFESS. **Código de Ética do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº. 533**, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social.

CUTI. Quem tem medo da palavra negro. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

DAVIS, Ângela. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres-UnB, 2013.

FILHO, J. M. G. A dominação racista: O passado presente. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GONÇALVES, Renata. Quando a questão racial é o nó da questão social. **R. Katálysis: Florianópolis**, v. 21, n. 3, p. 514-522, set./dez., 2018.

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo/CFP, 2007.

LUSTOSA, Amanda Furtado M. **Formação acadêmica do assistente social para atuar na saúde mental: tensionamentos entre a particularidade e a generalidade**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2013.

MACEDO, João Paulo; DIMESTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum: Belo Horizonte**, v. 22, p. 138-164, 2012.

MENEZES, F. C. Repensando a funcionalidade do racismo para o capitalismo no Brasil contemporâneo. **Libertas: Juiz de Fora**, v. 13, n. 1, p. 09-72, 2013.

MOREIRA, Tales W. F.; PASSOS, Rachel G. Luta antimanicomial e racismo em tempos ultraconservadores. **Temporalis**: Brasília-DF, n. 36, p. 178-192, jul./dez., 2018.

MOURA, Clóvis. Escravidão, colonialismo, imperialismo e racismo. **Afro-Ásia**: Bahia, n. 14, p. 124-137, 1983.

MUNANGA, G. As ambiguidades do racismo à brasileira. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil**: questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva, 2016.

NOGUEIRA, I. B. Cor e inconsciente. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil**: questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

OLIVEIRA, I. M.; DUARTE, M. J. O.; PITTA, A. M. F. Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. **Direitos humanos & saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 2017

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**: Vitória, v. 10, n. 3, set./dez., p. 10-22, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociedade em Debate**: Pelotas, v. 25, n. 3, set./dez., p. 74-88, 2019.

PASSOS, R. G.; MOREIRA, T. W. F. Reforma Psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **Revista Ser Social**: Rio de Janeiro, v. 19, n. 41, jul./dez., p. 336-354, 2017.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. As expressões da Questão Social na Saúde Mental: Uma análise dos 4 CAPS II de Teresina – PI. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 45, p. 82-98, jul./dez., 2015.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm**: Rio de Janeiro, abr./jun., 2007.

RAMOS, B. G. M. O. **Compreendendo atravessamentos de gênero, raça/etnia e classe no processo de desinstitucionalização das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei do Estado do Rio de Janeiro**, 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

REIS, J. R. F. Higiene mental e eugenia: o projeto “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30), 1994. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, IFCH. Campinas, São Paulo, 1994.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Júnia de. Do manicômio ao CAPS: da contentação (im)piedosa à responsabilização. **Barbarói**: Santa Cruz do Sul, n. 37, jul./dez., p. 154-176, 2012.

ROSA, Lucia C. Docência em serviço social na saúde mental no Piauí: um relato e balanço autobiográfico. In: ROSA, Lucia C (Org.). **A saúde mental sob o prisma acadêmico**: a experiência em serviço social da UFPI na docência, nos estágios e em produção do conhecimento. Teresina: EDUFPI, 2011, p.31-60.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

ROSA, Lucia; GUIMARÃES, Lucas; EVELIN, Marta. **(Con) textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida.** Teresina: EDUFPI, 2008.

SAMPAIO, Simone Sobral; OLIVEIRA, Robson de. Análise Institucional ontem e hoje: indicações pertinentes ao fazer profissional. **Sociedade em Debate:** Pelotas, n. 20, 119-144, 2014.

SCHWARCZ, Lilia M. Espetáculo da miscigenação. **Estudos Avançados:** São Paulo, v. 8, n. 20, p. 137-152, jan./abr., 1994.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, p. 129-132, 2005.

UFPI. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Serviço Social.** Teresina: UFPI, 2007.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.:** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate:** Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 27-37, 2008.

CAPÍTULO II

**ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL
DA MDER: intervenção breve
como ação socioeducativa**

Amanda de Carvalho Rêgo Santos

Ellayne Karoline Bezerra da Silva

Lucia Cristina dos Santos Rosa

A saúde mental no Brasil, antes da Reforma Psiquiátrica, seguia o modelo manicomial, na qual a pessoa com transtorno mental não era vista como um sujeito de direitos, pois sua cidadania era negligenciada frente a seu comportamento entendido como desviante ao socialmente aceito. A assistência psiquiátrica se dava apenas nos manicômios— instituições de longa duração de internação que eram palco da segregação e discriminação dos ditos “loucos”, cujo convívio comunitário e familiar era coibido e sua autonomia negada, diminuindo as potencialidades dessas pessoas. Em outras palavras, “o foco de atenção não era a pessoa, mas a doença. Os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de autonomia, não sendo vistos como indivíduos ativos na sua terapêutica” (GUIMARÃES *et al.*, 2013, p. 362).

A partir dos anos 1990 houve uma alteração na política de saúde mental, com reorientação da assistência, que passou

a assegurar a cidadania da pessoa com transtorno mental e consequentemente o cuidar em liberdade. Mas, a atenção à situação de crise, no estado do Piauí ainda está centrada no modelo manicomial/hospitalocêntrico.

É interessante destacar que no Piauí, no que corresponde a saúde mental pelo viés do modelo manicomial, segundo Rosa e Guimarães (2017), tem-se no ano de 1907 a criação do Hospital Areolino de Abreu (HAA) e em 1952 o Sanatório Meduna – este último encerrou suas atividades em maio de 2010, duas instituições historicamente responsáveis por oferecer serviços psiquiátricos no estado. Atualmente o HAA, sob gestão estadual, já com a perspectiva da reforma psiquiátrica, continua como referência psiquiátrica possuindo atendimento de urgência, ambulatório e internação psiquiátrica integral.

Com o decorrer dos anos e por meio dos movimentos de reforma, foi promulgada a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais [...]” (BRASIL, 2005, p. 8). Pode-se destacar os seguintes artigos da lei mencionada:

Art. 3º 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.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Assim, entende-se que o SUS deve oferecer uma rede de serviços de Saúde Mental para atender as pessoas com transtorno mental e/ou com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas.

Nesse tocante, por muito tempo no Brasil a problemática estava associada a uma perspectiva proibicionista, que demoniza a substância, criminaliza o consumidor, e tem por principal foco a abstinência e a repressão, associados à Segurança Pública e de ações filantrópicas da sociedade civil e de religiosos. No âmbito da Saúde Pública havia lacunas em relação aos cuidados destinados às pessoas com transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005). Segundo documento do Ministério da Saúde (2005),

É somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras

drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005, p.41).

Diante da necessidade de se criar e ampliar mecanismos e estratégias para a assistência em Saúde Mental foram criados diversos programas, políticas, leis, portarias, entre outros, dos quais elenca-se a criação da portaria 3.088 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Segundo Garcia *et al.*, a RAPS concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, através de serviços de base territorial e comunitária, o que substitui o modelo hospitalocêntrico e manicomial (GARCIA, *et al.*, 2016). Isto aponta a criação de mecanismos legais para o trato com a questão da dependência química, em especial a relacionada ao uso de drogas ilícitas, que são vistas ainda com mais estigma e preconceito pela legislação, que criminaliza e, conseqüentemente, pela população em geral.

Em relação à Saúde Mental no Piauí, o processo de institucionalização dos princípios da reforma psiquiátrica foi lento, com um desenvolvimento acelerado em 2005 a partir da criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, e ampliação através de serviços residenciais terapêuticos e implantação de leitos em hospitais gerais (ROSA; GUIMARÃES, 2017).

Visando fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, no mês de março de 2017, foram inaugurados os primeiros leitos de atenção psicossocial do Estado na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), com 06 leitos, este serviço contempla usuárias com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde como, por exemplo, os decorrentes do

uso de substâncias psicoativas, como álcool, crack e outras drogas no período gestacional ou puerperal (SESAPI, 2017).

Segundo Garcia *et al.*, (2016), a RAPS concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, através de serviços de base territorial e comunitária, o que substitui o modelo hospitalocêntrico e manicomial, promovendo uma articulação intrasetorial na própria política de saúde e fomenta ações intersetoriais.

Os leitos de saúde mental da MDER contam com uma equipe mínima, composta por enfermeira, psiquiatra, psicóloga e assistente social. Nesse cenário, desenvolveu-se a experiência de estágio obrigatório, que será objeto do presente relato de experiência, no segundo semestre de 2017 (Estágio Supervisionado I) e primeiro semestre de 2018 (Estágio Supervisionado II), vinculado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí.

Aproximações das expressões da Questão Social

Nesse item, será traçado um panorama geral do que o estágio propiciou, iniciando com as ferramentas privilegiadas, seguindo com o que foi viabilizado em termos de experiência e deciframento de algumas expressões da questão social no contexto da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

A política social no Brasil esteve muito voltada para o binômio mãe-bebê, a mulher sendo vista secundariamente, na sua condição exclusiva como reprodutora e mãe. Tais condições foram naturalizadas, como parte inerente ao corpo feminino, haja vista a mulher amamentar e procriar, o que estaria inscrito em sua estrutura corporal.

A experiência do estágio permitiu evidenciar esse processo como uma construção social, pela leitura e apropriação do livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, de Elizabeth Badinter (1985). É com as ações do movimento feminista, a partir da década de 1970, que há alargamento no olhar sobre a multiplicidade de ser mulher, sobretudo com as pressões do movimento das mulheres negras. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, sintetiza avanços no olhar sobre a mulher.

Contando com ferramentas como o estudo bibliográfico e documental; observação da rotina institucional e da prática profissional do Serviço Social; visita à enfermaria da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial); acompanhamento à supervisora de campo no atendimento aos usuários do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual- SAM-VVIS; levantamento de dados para construção do perfil das usuárias dos leitos de saúde mental; registro das atividades no Diário de Campo; elaboração do Plano de Estágio; elaboração da Análise Institucional; elaboração do Projeto de Intervenção; elaboração do Relatório Final; encontros de supervisão (quinzenal); reunião com supervisora de campo e estagiária (semanal); participação em eventos, reuniões, palestras, etc.; avaliação do Estágio Supervisionado I.

No estágio supervisionado I, em que é requerido uma análise social densa para a apropriação de um objeto de estudo, que será materializado em um projeto de intervenção, construído ainda estágio I, e implementado no estágio II, a observação do cotidiano assistencial e das ações do assistente social foram basilares.

Para Sousa (2008), “a observação é o uso dos sentidos humanos (visão, audição, tato, olfato e paladar) para o conhecimento da realidade. Mas não um uso ingênuo dos sentidos, e sim, um uso que tem como objetivo produzir um conhe-

cimento sobre a realidade – tem-se um objetivo a alcançar.” (SOUSA, 2008, p.126). A observação foi utilizada com o intuito de conhecimento da realidade vivenciada para que se produzam intervenções plausíveis diante de tal realidade, bem como a análise da postura comportamental dos assistentes sociais na instituição frente às diversas demandas e necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços. A leitura documental e bibliográfica possibilitou juntamente com a observação a articulação entre as dimensões teórico-metodológica, técnico operacional e ético-político.

Quanto às visitas à enfermaria da Rede de Atenção Psicossocial e em relação ao atendimento às usuárias no SAMVVIS, destaca-se a importância de fazer valer na prática os seguintes princípios do Código de Ética: posicionamento em favor da equidade e justiça social e empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

No que concerne às usuárias dos leitos de saúde mental, observou-se que ainda há muito preconceito por parte de alguns profissionais como médicos, enfermeiros e até mesmo assistentes sociais. Tal fato é geral na área da saúde, com tendência a ser remetida todas as questões desse segmento ao manicômio, como se não fossem passíveis de problemas clínicos e até mesmo questões relacionadas à maternidade e ao parto. De um modo geral, observou-se a persistência do estigma a esse segmento, expresso na máxima de que “lugar de louco é no hospício”.

Quanto às supervisões de campo e acadêmicas, realizadas de maneira alinhadas, as mesmas foram realizadas visando às orientações quanto à elaboração dos documentos do estágio, dificuldades encontradas no campo, apropriação e delimitação do objeto de intervenção, entre outras coisas. Outra atividade realizada foi o registro no diário de campo, no qual é feito as observações/registros das atividades diárias que serviram para

o levantamento de informações para o Relatório de Processo de Trabalho (RPT) e os demais documentos produzidos ao longo do período de estágio.

Além destas atividades, ocorreu a participação em alguns eventos relacionados à área da Saúde, tanto na Maternidade quanto em outros locais. Estes eventos possibilitaram a estagiária compreender mais sobre a política e a dinâmica institucional. Os eventos foram: Curso sobre Abordagem Familiar: trabalhando com Famílias em Interconsulta e Consulta Conjunta, promovido pela Associação Fraternidade; Curso sobre Segurança do Paciente: Meta 3- Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de medicamentos; Curso de capacitação promovido pela QUALINEO sobre mortalidade neonatal e qualificação na atenção aos recém nascidos; Curso sobre Aleitamento Materno; e, Seminário Estadual Integrado de Saúde Mental e Justiça Criminal. Tais inserções mostra a riqueza da experiência de estágio, que permitiu ampliação do olhar. O Serviço Social participa de vários processos no interior da MDER.

Na Admissão, o assistente social participa na condição de plantonistas do dia. A Admissão é a porta de entrada da instituição, o trabalho dos assistentes sócias neste setor é de orientação. Acompanhando a supervisora de campo neste setor, pôde-se identificar que todas as demandas diziam respeito a orientações quanto à abertura do processo de laqueadura.

Em relação à participação do Serviço Social na abertura do processo de laqueadura, considera-se imprescindível o parecer deste profissional, pois a decisão de se fazer este procedimento envolve as necessidades sociais das usuárias e de sua família, os condicionantes e determinantes da Saúde, diversas expressões da Questão Social. Contudo, os critérios da Lei de Planejamento Familiar para o procedimento de esterilização muitas vezes não levam em consideração tais necessidades, assim o

trabalho do assistente social neste âmbito acaba por seguir os critérios da Lei, mesmo que visualizem que o contexto de vida familiar indica a necessidade do procedimento, até mesmo porque os profissionais podem responder processos jurídicos.

Os critérios que a Lei indica são: no caso de homens e mulheres maiores de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos; no caso de risco para a mãe ou para o filho, tendo testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos; observando um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade do casal e a realização da cirurgia. Na MDER, o processo deve ser aberto em até sete meses de gestação e ainda que esteja dentro dos critérios, a laqueadura tubária só é feita em casos de parto cesáreo. Se as mulheres não estiverem dentro dos critérios, cabe aos profissionais indicarem a laqueadura após o período puerperal ou a utilização de outros métodos contraceptivos.

Embora o direito ao planejamento familiar conste em lei, os meios para alcançar as vias da anticoncepção, ainda configura uma lacuna, sobretudo quando é a mãe de uma mulher com transtorno mental que a requisita. É comum a mãe - avó, solicitar, pois é frequente o relato de que eu já cuido dela e de outro filho dela, vem mais um, e eu já estou velha e não aguento mais. Ou seja, para a mãe-avó, tende a haver sempre ampliação de novas pessoas para cuidar, se a mulher com transtorno mental encontra-se em idade reprodutiva.

Esse estágio propiciou ainda a participação da estagiária na mesa redonda “Serviço Social na Saúde na Conjuntura de acirramento da Questão Social”. Esta ocorreu no dia vinte de novembro durante os períodos da manhã e da tarde para contemplar todos os assistentes sociais da MDER em seus respectivos horários de trabalho. A finalidade desta atividade era apresentar as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social da MDER de acordo com o Regimento Interno

da instituição; e o que não é atribuição de acordo com o ofício. Fisc. CRESS nº 02/17 do Conselho Regional de Serviço Social do Piauí. Foi apresentado ainda o perfil destes profissionais realizado mediante pesquisa da estagiária e a fala da professora Lucia Rosa sobre o agir profissional na Saúde na conjuntura atual.

O projeto de intervenção implementado teve como público alvo as usuárias que estão internadas nas enfermarias da Ala E e seus acompanhantes. É importante mencionar que é nessa Ala que se encontram os 6 leitos de saúde mental. Este tem como objetivo desenvolver ações educativas, oportunizando as usuárias uma reflexão acerca de diferentes temas relacionados à sua realidade, utilizando-se para isso de recursos metodológicos tais como banner, atividades lúdico-ocupacionais, folders.

O mesmo foi proposto tendo em vista a leitura das manifestações da questão social de quem está internada ou sendo acompanhante, em um contexto hospitalar, que embora seja de “dar vida”, também constitui um ambiente de impessoalidade, estresse, normas rígidas, ou seja, suspensão do cotidiano, que enseja: ansiedade, ociosidade, saudades da família e etc. O referido projeto se faz importante uma vez que contribui para a melhoria dos serviços prestados a esta parcela de usuárias e acompanhantes, desenvolvendo atividades criativas de intervenção, denominadas de breve, associando temas emergentes do dia a dia que sejam capazes ao mesmo tempo, propiciar fortalecimento da cidadania abordado de maneira lúdica, e interação entre os sujeitos de uma mesma enfermaria.

A estadia das respectivas usuárias nas enfermarias da Ala E são de, pelo menos, dois dias, quando estas não estão fazendo nenhum outro tratamento de saúde que seja necessária uma maior permanência na instituição, neste contexto é importante que se realize ações que comportem a rotatividade de internações. Apesar da alta rotatividade das mulheres, as

manifestações da questão social pouco se alteram, pois a maioria é oriunda dos segmentos de baixa renda e sendo mulheres em situação de gestação e puerpério, vários temas em comum atravessam a vivência das mesmas.

O projeto foi intitulado “De Perto Ninguém é Normal”, fundamentado em “rodas de conversa”, implementadas através de intervenções breve, envolvendo temas como violência contra a mulher, família, temáticas sugeridas pelas usuárias e acompanhantes e para a realização desta atividade foram utilizadas músicas, poemas, vídeos e dinâmicas de grupo.

Implementação do Projeto “De perto ninguém é normal”

O projeto de intervenção intitulado “De Perto Ninguém é Normal” tinha como objetivo geral promover ações socioeducativas com as gestantes e puérperas que estavam internadas nas enfermarias da Ala E na Maternidade Dona Evangelina Rosa e seus respectivos acompanhantes para a promoção da qualidade de vida e cidadania das (os) mesmas (os); e específicos: Promover atividades socioeducativas acerca de temas diversos, relacionados ao cotidiano de vida, na perspectiva de ampliação de conhecimentos; informar sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial às usuárias e acompanhantes da Ala E; incentivar uma maior comunicação e integração entre as usuárias e as/os acompanhantes internadas na Ala E da MDER, com o objetivo de propiciar um ambiente solidário entre as (os) mesmas (os).

O referido tinha como principal atividade o método de rodas de conversa sobre temas como violência contra a mulher, família e temáticas sugeridas pelas usuárias e acompanhantes. Segundo Nascimento e Silva (2009), as rodas de conversa:

[...] consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia (NASCIMENTO; SILVA, 2009, p. 01)

Para a realização destas rodas foram utilizados pequenos textos e poemas. As metas do projeto eram as seguintes: conseguir a adesão de pelo menos 90% das usuárias e acompanhantes nas atividades propostas; promover a orientação de 100% das usuárias e acompanhantes sobre a Rede de Atenção Psicossocial; realizar, no mínimo, 20 rodas de conversa em todas as enfermarias da Ala E durante os dias propostos, utilizando-se de dinâmicas socioeducativas e discussões com temáticas diversas; analisar as informações colhidas na urna de avaliação durante as semanas de realização das atividades; analisar as ações realizadas durante o processo de execução do projeto.

Em relação à meta e objetivo específico sobre orientação a respeito da RAPS, estes não foram alcançados. Como as Rodas não deveriam ser prolongadas, valorizou-se mais os temas das mesmas em relação à esta orientação, que poderia ser feita também em forma de Roda, mas não foi realizada. Em relação ao mínimo de 20 de Rodas a serem realizadas, conseguiu-se a realização de mais ou menos 34 Rodas de Conversa, com os seguintes temas/textos: Autoestima - “Chapéu Violeta” do Mário Quintana; Filhos- “Poema Enjoadinho” do Vinícius de Moraes; Resiliência - “No meio do Caminho” do Carlos Drummond de Andrade e “Das Pedras” da Cora Coralina; Dinâmica de grupo sobre autoestima - “Quem eu sou faz a diferença”; Cuidados Paternos - “Cavalo-Marinho”; e, por

fim, “Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher” - utilizou-se a cartilha “Cartilha da Mulher: rompendo o silêncio e transformando vidas” do Tribunal de Justiça do Piauí.

Aqui vale salientar que os temas escolhidos “expressão as desigualdades econômicas, de inclusão/ exclusão social, de dominação de gênero, de relações de poder e violência nos conflitos familiares [...]”, etc. (FALEIROS, 2014, p. 708). Temas com os quais o profissional de Serviço Social “têm o desafio de contribuir para mudanças de trajetórias no processo de empoderamento dos sujeitos. [...]” (FALEIROS, 2014, p. 710).

Como indicadores de avaliação do Projeto, utilizou-se: nível de participação das usuárias/ acompanhantes nas atividades propostas, explícito através de relatos, perguntas, exposição de sentimentos, sugestões, dentre outros; porcentagem do público participante em relação ao número de pessoas nas enfermarias; cumprimento do cronograma. Em relação aos indicadores, destaca-se que nas atividades realizadas sempre tinham uma ou duas pessoas mais participativas que as demais, assim acredita-se que 50% dos participantes eram mais tímidos e 50% mais ativos, esta estimativa se deve ao fato de que a maioria das enfermarias da Ala E possuem dois leitos, ficando uma média de 4 pessoas por enfermaria, exceto as enfermarias 23 com 4 leitos e a 36 com 6 leitos. Em relação ao cumprimento do cronograma, as Rodas estavam previstas para terminarem na segunda semana de Maio, porém finalizou duas semanas antes, no dia 26/ 04, não prejudicando o projeto, pois ultrapassou-se a meta do número de Rodas a serem realizadas.

Para a avaliação das atividades do Projeto pelas usuárias utilizou-se um instrumento no qual indicava o nível de “satisfação” dos participantes e sugestões de temáticas pelos mesmos. Analisando o instrumento, destaca-se que todos os/ as participantes gostaram das atividades e sugeriram entre temas e críticas construtivas: mais dinamismo, elogios aos textos e

temas, elogios aos facilitadores das Rodas, que a atividade fosse realizada mais vezes e que fossem levados vídeos e músicas. Quanto aos temas: “adoção, mães de primeira viagem/ as preocupações de mães de primeira viagem, autoestima, força/ coragem, cuidados com o recém-nascido, importância do aleitamento materno, amor ao próximo/ amor/ amor não correspondido, gestação, humildade, violência, sobre filhos, gravidez na adolescência, natureza/ vida animal, amor de mãe e filho, família (avó, avô)”, etc.

Dentre os temas mais sugeridos estão os relacionados à maternidade. A sugestão considerada mais “fora do comum” foi o tema “Natureza/ Mundo animal”, o que despertou curiosidade e maior interesse para descobrir o que seria tratado, assim ficou acordado que seria falado sobre a gestação do cavalo-marinho, o que foi possível relacionar com a questão dos cuidados paternos com os filhos, um cuidado culturalmente atribuído às mulheres. Ainda em relação às sugestões dos participantes, neste momento eles aproveitavam também para falar sobre a instituição e sugerir melhorias no atendimento e informações, no acolhimento dos profissionais, das condições físicas da MDER, da falta de limpeza, comida ruim, e etc.

Diante do exposto, destaca-se a relevância do Projeto de Intervenção, segundo uma perspectiva da Intervenção Breve-IB, que de acordo Formigoni *et al.*, (2014):

O termo Intervenção Breve refere-se a uma estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente.

A IB, em geral, está relacionada à prevenção secundária, tendo como objetivo identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que essa mudança possa acontecer. (FORMIGONI *et al.*, 2014, p.13).

Assim, a partir das atividades realizadas foi possível verificar as falhas, falta de humanização na prestação dos serviços, os anseios das usuárias, suas dificuldades e limitações e pôde contribuir ainda que minimamente para o empoderamento e mudança dos sujeitos.

Neste último período de estágio, foi possível observar melhor a conjuntura institucional, as condições de trabalho dos profissionais, dentre outros fatores. De acordo com a conjuntura institucional, pôde-se só reafirmar o que já havia sido constatado em relação ao poder institucional dos médicos, “eles são detentores do saber e por isso são mais valorizados”, não são levados em consideração que o processo saúde-doença possui também determinantes e condicionantes sociais.

Quanto as condições de trabalho dos profissionais em geral, foi possível verificar as condições precarizadas de trabalho proporcionadas pela MDER, o que afeta diretamente a qualidade no atendimento aos usuários. Vale destacar o atraso no pagamento de alguns profissionais contratados, a falta de materiais de limpeza, tonner, folhas, telefone, medicamentos, gasolina para os carros, entre outras coisas. Evidencia-se dois fatos que ocorreram no Setor de Serviço Social: foi feito uma “vaquinha” pelas profissionais do Setor para comprarem o tonner para a impressora, pois a MDER não tinha disponível, além disso, estavam usando seus telefones particulares para realizar ligações para as usuárias, por conta de suspensão no uso dos telefones institucionais. Entende-se com isso que os profissionais estão utilizando-se de recursos pessoais para a execução de seu trabalho quando na realidade, a instituição deveria dar o suporte necessário para tal. Segundo o Código de Ética do Assistente Social, no Capítulo II, artigo 7º, alínea a, é direito dos assistentes sociais “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (CFESS, 2012, p.30).

Em relação aos leitos da Saúde Mental, a estagiária destaca que não chegou a conhecer o médico Psiquiatra que era referência para o atendimento das usuárias desses leitos. Portanto, o trabalho em equipe nos leitos se deu pelo Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, ainda que a enfermagem possuísse discursos “de culpabilização ou de vitimização” em relação às usuárias dos leitos. O psiquiatra trabalhava em turno diferente dos profissionais de Serviço Social e Psicologia, quando acionado. A comunicação entre eles se dava, geralmente, a partir de whatsapp e o mesmo iria fazer alguma avaliação com as usuárias a partir da solicitação daqueles profissionais. Assim, considerou-se o Psiquiatra um pouco ausente no trabalho em equipe.

No que concerne às posturas dos profissionais da Saúde de modo geral, observou-se a partir da experiência de estágio, das abordagens com as usuárias do SUS e das Rodas de Conversa realizadas a partir do Projeto de Intervenção, que muitos destes profissionais não fazem jus ao que diz a Política Nacional de Humanização, em relação aos princípios (transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e, protagonismo corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos) e às diretrizes (acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; valorização dos trabalhadores, entre outros) (BRASIL, 2013).

Considera-se ainda que, diante de algumas posturas, o significado de trabalho para alguns é aquele que Marx define como trabalho alienado. Para este autor, quando o trabalho não é motivo de realização humana, é, ao contrário, fonte de escravidão e alienação. Segundo o mesmo, o trabalho é o que distingue os seres humanos dos animais, e se apresenta como fonte de realização humana, mediante a relação de transformação da natureza, de produção, pois ao produzir seus meios de vida, o homem produz sua vida material e espiritual. O trabalho neste caso se apresenta de modo criativo, consciente e

livre, no qual expressa a essência do homem, que o transforma em um ser para si, universal e genérico (GALLO, 2003).

Por outro lado, Marx também apresenta o trabalho como elemento de subordinação ao capital, como trabalho alienado. Para o autor, o trabalho determinado pelas contradições da propriedade privada “perde a sua condição fundamental de ser atividade vital humana e torna-se uma atividade estranhada, que conduz o homem à perda de sua essência ao objetivar-se nos produtos do trabalho.” (OLIVEIRA, 2010, p. 78). Assim, o homem trabalha para satisfazer os interesses do capital e as suas necessidades imediatas (comer, beber, etc.) e não mais para se realizar como ser livre e criativo. (OLIVEIRA, 2010). Estas mesmas condições de trabalho alienado se expressam ainda mais evidentes na conjuntura sócio-política-econômica atual.

No que diz respeito aos profissionais de Serviço Social, embora os princípios do Código de Ética Profissional, muitos ainda mantêm uma postura de culpabilização dos sujeitos, preconceito, moralização, etc., o que afeta diretamente na qualidade dos serviços prestados. Algumas chegam a dizer que estão perto de se aposentar e por isso não têm mais paciência para se qualificar, etc. Diante de tudo que foi exposto, a experiência de dois semestres de estágio foi muito enriquecedora, pois permitiu analisar os “prós e contras” da profissão na qual a aluna está prestes a formar. Declaro por fim que a partir desta experiência passei a admirar/ valorizar mais esta profissão tão importante para a classe trabalhadora, desde que este respeite e valorize o sujeito enquanto Cidadão.

Referências

BADINTER, B. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. **Legislação em saúde mental**. 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização- PNH**. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkt>>. Acesso em 27 set. 2020

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria 3088, de 23 de Dezembro de 2011**. Disponível em: <<http://bit.dolfKnks>>. Acesso em 27 set. 2020

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 706-722, out./dez. 2014.

GALLO, Silvio (coord.). **Ética e Cidadania: caminhos da filosofia: Elementos para o ensino de filosofia**. Silvio Gallo (coord.); Ilustração Alexandre J de Moraes Assumpção. 11ª ed- rev. e atualizada- Campinas, SP: Papyrus, 2003. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkr>>. Acesso em 27 set. 2020.

GARCIA, Leon De Sousa Lobo, *et. al.*, **Rede De Atenção Psicossocial no Sistema Único De Saúde (Sus): Eixo Políticas e Fundamentos**. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkq>>. Acesso em 27 set. 2020.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; BORBA, Letícia de Oliveira; LAROCCA, Liliana Muller; MAFTUM, Mariluci Alves. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013, p. 361-369. Disponível em: <<http://bit.dolfKnko>>. Acesso em: 27 set. 2020

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; CARNEIRO, Ana Paula Leal; AVALLONE, Denise de Micheli. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. In: **Intervenção Breve: módulo 4.** – 6. 7d. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 124 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni); Disponível em: <<http://bit.dolfKnkm>>; Acesso em 27 set. 2020

NASCIMENTO, Maria Anezilany Gomes do; SILVA, Cícero Nilton Moreira da. **Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia.** ENPEG: Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkk>>. Acesso em: 27 set.2020

OLIVEIRA, Renato Almeida de. A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas. **Kínesis**, Vol. II, nº 03, Abril-2010, p. 72 – 88.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Thais Andrade. Política Estadual sobre drogas no Piauí. In: **Redução de vulnerabilidades associadas ao consumo de spa:** ferramentas para compreensão e ação. GUIMARÃES, Thais Andrade, *et al.*, (Orgs.). Teresina: Edufpi, 2017, p.16-28.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. **Estado inaugura leitos da Rede de Atenção Psicossocial na Evangelina Rosa.** Disponível em: <<http://bit.dolfKnki>>. Acesso em 12 Set. 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. **Maternidade Evangelina Rosa.** Disponível em: <<http://bit.dolfKnkh>>. Acesso em 12 Set. 2017.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Ponta Grossa- PR: **Emancipação**. v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

CAPÍTULO III

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ROL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

*Samya Yasmin Sousa Silva
Melissa de Carvalho Soares Lima
Lucia Cristina dos Santos Rosa*

Introdução

Historicamente, a atenção à população em situação de rua foi engendrada, no contexto brasileiro, sob a ótica filantropo-higienista, em que não havia garantia de direitos a esse segmento. Isso mudou, com as lutas sociais no cerne processo de redemocratização da sociedade brasileira, com o advento da instituição da Política Nacional para População em Situação de Rua, Decreto nº 7.053, de 23/12/2009, intrinsecamente ligada à luta por direitos das pessoas que vivem nas ruas. Construída com a participação popular, tornou-se instrumento norteador para outras políticas. Entretanto, consolidar atenção efetiva consubstanciada na política não se constitui uma tarefa fácil, uma vez que é desafiador romper o estigma social arraigado na sociedade, em relação aos indivíduos em situação de rua.

Em vista disso, intenta-se compreender a influência do sistema capitalista- reprodutor de desigualdades no tratamento excludente às pessoas em situação de rua. Reporta-se, inicial-

mente à morosidade para serem reconhecidos como cidadãos de direitos, haja vista historicamente, com a conformação da cidadania regulada (SANTOS, 1987), o próprio Estado brasileiro reforçar desigualdades, ao distinguir o trabalhador do pobre, atribuindo aos primeiros direitos e ao segundo, deixando à mercê da benesse. Mas, com a Constituição Federal de 1988 e as conquistas sociais, um novo quadro se vislumbra, no que tange à inclusão da População em Situação de Rua, na agenda das políticas, sobretudo de assistência social e saúde. Na atenção à saúde, destaca-se a implantação do Consultório na Rua (CNARUA).

A experiência de estágio obrigatório curricular em Serviço Social no Consultório na Rua de Teresina ensejou reflexões com o objetivo de analisar a inserção da população em situação de rua no cerne das políticas públicas sociais. Impôs o exercício contínuo para decifrar e apreender as múltiplas expressões da questão social vividas pelas pessoas em situação de rua e exigiu o amadurecimento de uma visão crítica e investigativa da realidade. Ademais, o Serviço Social por sua atuação interventiva, com vistas a atender as necessidades sociais, e o primeiro passo é realizar uma análise situacional/contextual.

Processa-se uma revisão bibliográfica, associada à análise documental, a partir da documentação institucional e do diário de campo, resultante da experiência de estágio curricular obrigatório. Utilizou-se os marcos legais e as contribuições teóricas, a respeito do assunto abordado, de autores como: Pereira, (2012) ; Marquetti *et al* (2014); Frazão *et al* (2014).

Trajetória histórica da atenção à População em situação de rua no Brasil

A emergência do fenômeno população em situação de rua surge no Brasil a partir do processo de urbanização e industria-

lização, a partir do século XIX, quando a rua passa a ganhar contorno de espaço de passagem de pessoas e mercadorias e o permanecer na rua passa a ser criminalizado, como crime de vadiagem, o que atinge sobretudo a população negra, recém “liberta”. Entretanto, desde que País era colônia, quando determinadas fazendas começaram a libertar os escravos, anterior à abolição (1888); o grupo que obteve carta de alforria, já se depara com a pobreza urbana, tendo como única alternativa figura como população em situação de abandono e, consequentemente de rua. Conforme Marquetti *et al* (2014) as representações sociais da pobreza, passa a se referenciar à raça, mas também a outros marcadores sociais, como gênero e classe.

É exatamente na transição da sociedade escravista para a assalariada que surge a população em situação de rua, quando o trabalho assalariado passa a ganhar proeminência.

O trabalho na indústria vai requerer um novo tipo de mão de obra, apta para o novo contexto, e o governo brasileiro opta pelo estímulo à imigração sobretudo europeia, entre o final do século XIX e o início do século XX. São criadas hospedarias e cortiços em algumas cidades brasileiras, acumulando um contingente populacional, que fomentou o desenho da periferia urbana. Era comum a classificação desses novos ingressos do perímetro urbano como “vagabundos”, diferenciando-os dos demais não pela questão da moradia, e sim pela inserção ou não no mercado de trabalho. A existência de “pessoas em situação de rua”, emerge das contradições do sistema capitalista. Expressão da Questão Social, a saber: “produto e expressão da relação contraditória entre esses dois elementos ou, sucintamente, é produto e expressão da contradição fundamental entre capital e trabalho, historicamente problematizada” (FERNANDES, 2016, p.230). Tal compreensão parte do entendimento de que, a população em situação de rua é parte constitutiva de um segmento de trabalhadores que tive-

ram uma filiação frágil com o mercado de trabalho, vivendo, sobretudo, na informalidade, sendo parte do que os marxistas denominam lupemproletariado e atualmente parte dos “sobrantes”, daquele segmento em relação ao qual o capital não tem interesse.

Essa mesma linha de reflexão, revela as questões das mudanças estruturais na economia, as sucessivas crises mundiais e o acirramento das desigualdades socioeconômicas. Por efeito, desencadeiam a produção de exércitos de reserva que se transformam, gradativamente, em excluídos dos espaços de cidadania ou incorporados na massa de “trabalhadores que não deram certo” (LEMÓES, 2017). Em detrimento disso as pessoas em situação de rua são como estranhas, que não participam do espetáculo social (GOFFMAN, 2005).

Do exposto, salienta-se que, como afirma Silva (1999), a história demonstra que o desenvolvimento econômico do Brasil, é subjacente, a lógica racional de estimulação da acumulação capitalista. Conforme Pereira (2011) a acumulação capitalista influenciou na conformação e trajetória das políticas sociais. Diante desse contexto, assiste-se os reflexos do capitalismo tardio num país, subdesenvolvido, periférico e dependente. Nesse sentido, institui-se o padrão do Sistema Brasileiro de Proteção Social, cuja configuração é o:

[...] desenvolvimento de um núcleo assistencial denso, porém descontínuo, eventual e fragmentado, sobreposto e paralelo a um núcleo securitário, direcionado a grupos específicos, cuja marca fundamental é seu caráter eminentemente residual. Tem por base de sustentação um modelo econômico concentrador de renda e estruturador de urna perversa estrutura de emprego, baixos salários, demonstrando pouca preocupação com o atendimento das necessidades básicas da população (SILVA, 1999, p.17).

Neste contexto, prepondera as necessidades do capital em detrimento das necessidades humanas da maioria da população brasileira, inscrita em um sistema de proteção social fundado no seguro social que beneficia poucos.

Com as lutas inerentes ao processo de redemocratização da sociedade brasileira coroada com a Constituição Federal de 1988, institui-se a Seguridade Social, baseada no tripé Assistência Previdência e Saúde, em que a última é universalizada, posta como direito de todos e dever do Estado.

Mas, contraditoriamente, no processo de afirmação de direitos de todos os brasileiros, incluindo a população em situação de rua, ocorre a assunção das coordenadas do projeto neoliberal no cerne das políticas públicas sociais brasileiras, orientadas para a privatização, a terceirização e a focalização das ações nos mais pobres, tendo por pressuposto a ética da autorresponsabilização dos indivíduos pobres. Segundo Pison *apud* Pereira (2012):

[...] que obriga a estes a autossatisfazerem suas necessidades sociais; ou, então a darem algo em troca pelos auxílios públicos recebidos, como se fossem eternos devedores, e não credores, de vultosas dívidas sociais (p.738).

Nesse diapasão, conforme Pereira (2012) isso incentivaria os sujeitos ao caminho do bem, logo, a conduta moral é moeda de troca para conseguir amparo social. Reatualiza-se assim, os matizes conservadores do modelo de proteção social de 1930. Transparecem, ainda, no modo de interpretar o estado de pobreza extrema, dos grupos tornados vulneráveis. De acordo com Rimlinger *apud* Pereira (2011, p.107), seria extinta a pobreza: “[...] mediante o ensinamento aos pobres dos valores da prudência, da vida regrada e da autoprovisão”.

Nessa direção, aos excluídos do trabalho, cabe a provisão de ações assistenciais, acentuadamente, pontuais, fragmentárias e focalistas. Eivada na ótica, consonante Pisón *apud* Pereira (2012, p.738) afirma que: “*work fare* (bem-estar em troca de trabalho, não importa qual)”, nesse ambiente social competitivo, atribui-se ao indivíduo ser o responsável pela sua condição precária, logo, considera-o incapaz, por estar na penúria.

Frente ao exposto, pontua-se que esses sujeitos, historicamente, contornados pelo estigma, por meio da política pública dirigida às pessoas em situação de rua, foi se tecendo um novo olhar sobre esse segmento, sob a ótica do direito, inscrito no , Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e cria um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

Política Nacional para População em Situação de Rua

Somente a partir de 2004, estabeleceu-se um conjunto de ações direcionadas à população em situação de rua.

Com o objetivo de efetivar as atribuições de elaborar e gerir uma política integrada de proteção social, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) assumiu o compromisso de formular políticas públicas dirigidas para a população em situação de rua (BRASIL, 2008, p.03).

Neste contexto de luta por visibilidade positiva e direitos da população em situação de rua é lançado o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que define esse segmento como um:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p.13).

Tal normativa é desdobramento da luta dos atores representativos das pessoas em situação de rua nos movimentos, fóruns e encontros; esses espaços de participação contribuíram para a construção da política. Simultaneamente, a atenção à População em Situação de Rua é incluída na agenda pública, se reconheceu a pessoa em situação de rua como cidadão de direito; o que permite seu desenraizando da ótica assistencialista.

Em face deste cenário a inserção da pessoa em situação de rua atravessa o rol das políticas públicas, pois a política é estabelecida como intersetorial. A criação da política representou o desdobramento do estudo realizado sobre o perfil da população em situação de rua da Pesquisa Nacional, no ano de 2008. Como também advém da experiência do I Encontro Nacional que estabelece e valida a proposta intersetorial da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Constata-se que para garantir os direitos humanos da pessoa em situação de rua; é elementar uma rede de apoio entre as várias políticas, a fim ofertar uma atenção efetiva e de qualidade para o segmento. Dentre os objetivos dispostos no Art. 7º, na Política Nacional para a População em Situação de Rua destacam-se:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde,

educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de proporcionar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Em vista disso, a Política Nacional para População em Situação de Rua simboliza um marco no reconhecimento deste grupo social, direcionado para a integração das políticas públicas no âmbito da saúde, habitação, previdência social, assistência social, educação, profissionalização e cultura. Entretanto, prevalece o foco na política de assistência social e saúde, com baixa capilaridade em outras políticas.

A Política Nacional para População em Situação de Rua tem repercussões na política de saúde através dos seguintes instrumentos normativos:

I. Portaria nº 122/2011, do Ministério da Saúde, define o funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, a fim de lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde.

de da população em situação de rua. Há mais de cem consultórios de rua em funcionamento no Brasil;

II. Portaria nº 940/2011, do Ministério da Saúde, regula o Sistema Cartão Nacional de Saúde, permitindo o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde sem necessidade de comprovante de residência (BRASIL, 2016, p.139).

O Sistema Único de Saúde passa então, a partir do princípio da equidade, a ter uma ação específica com a População em Situação de Rua, via Consultório na Rua

Consultório na Rua em Teresina/PI

Frazão *et al* (2014) informa que o Consultório na Rua tem sua gênese inspirada pela experiência do idealizador Dr. Antônio Nery Filho, em Salvador- BA, que criou o Consultório de Rua, no ano de 1999. Ao ofertar serviços na modalidade de atendimento à saúde, visando promover acessibilidade aos serviços, assistência integral aos usuários na situação de rua e uma abordagem articulada aos serviços da rede intersetorial. Com efeito, se tornou modelo para implementação para novos projetos do Ministério da Saúde.

Por conseguinte, amplia-se o acesso aos serviços e fortalece a rede de atenção à saúde viabilizando 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.

Inicialmente, o Ministério da Saúde também denomina o novo serviço criado como Consultório de Rua, vinculado a ações de saúde mental, para a população em situação de rua. Passa a lançar editais para financiar a implantação de Consultório de Rua nos municípios brasileiros. Posteriormente, mo-

difica a nomenclatura para Consultório na Rua, vinculando-o a Atenção Básica, e torna a responsabilidade de manutenção financeira da equipe do gestor local.

Voltado para lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, é implantado o Consultório na Rua (CNARUA), na cidade de Teresina-PI, em dezembro de 2010. Atualmente, sediado na Unidade de Saúde José Ribeiro de Carvalho, a instituição surgiu em 15 de dezembro de 2010. Funciona sob a gestão da Fundação Municipal de Teresina, que cedeu uma van; que transporta a equipe e o motorista. As ações promovidas pela equipe acontecem *in loco*. Ocorrendo de modo itinerante.

CNARUA-THE vincula-se à atenção básica de saúde, tendo por diretriz os fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB e tem sua atuação voltada aos diversos problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. A equipe do Consultório na Rua é multiprofissional, composta por: 1 Enfermeira, 1 Assistente social, 1 Médico, 1 Técnica em Enfermagem, 1 Motorista e 3 Agentes Sociais/Redutores de danos, que desenvolvem um trabalho interdisciplinar; em vista da promoção do cuidado à população em situação de rua.

Considerando a multidisciplinaridade da equipe, mediante perfil “adequado” para atender essa população, são realizadas as seguintes atividades: busca ativa; prevenção a saúde e promoção da mesma; orientações sociais; atividades de educação em saúde utilizando a redução de danos; e encaminhamentos para a rede de atendimento. Em virtude de a equipe ir ao encontro do usuário, que é estigmatizado, auxilia no estabelecimento de vínculo e na articulação com os serviços, sobretudo de saúde.

O dispositivo de saúde se articula com a rede criada para prestar atenção específica a esse segmento, constituída pelos

serviços públicos vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – no plano local materializada nas ações da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas integradas- SEMCASPI, através do Centro Pop e do Albergue Casa do Caminho.

A área da saúde conta apenas com uma equipe do Consultório na Rua na Capital, mas, legalmente, a pessoa em situação de rua deve ser atendida em todo dispositivo da rede de saúde. Após avaliação dos profissionais do CNARUA-THE, se necessário for, são encaminhados aos serviços de atenção especializada: hospitais gerais, CAPS e ambulatórios. O que também é intermediado pela equipe, que também se responsabiliza pela continuidade do cuidado nas ruas.

Cabe registrar a presença visível do Terceiro Setor na Capital, os dispositivos sociais ligados às instituições religiosas às quais não tem representação de Estado, é perceptível sua atuação nas falhas das políticas sociais básicas; prestando serviços no âmbito de alguma política; fundamentada numa ótica assistencialista, remetendo ao discurso da filantropia/caridade. Um dado adicional, as Comunidades Terapêuticas - entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas - na cidade de Teresina.

Vale, entretanto, salientar que, estas instituições consideram a abstinência como a única direção de tratamento concebível. Exercem uma ação coercitiva e fazem uma problematização moral do consumo prejudicial de substâncias psicoativas; difundido esta concepção para sociedade. Ademais, submetem e disciplinam o público atendido pela instituição a seguir seu credo religioso. Isso fere a laicidade do Estado.

Em 2014, a SENAD lançou um edital de contratação de vagas de CTs, destinando R\$ 1.000 por pessoa, por mês,

por serviço de acolhimento de adultos e R\$ 1.500 por pessoa, por mês, por serviços de acolhimento de crianças, adolescentes e mãe nutriz, acompanhada do lactante. As contas do edital publicado em julho de 2014 ainda não foram encerradas, mas o Ministério da Justiça (OBID, s/d) afirma que, com esse edital, foram contratadas 371 CTs, gerando 8.034 vagas pelo Brasil (GALINDO *et al*, 2017,p.232).

Conforme Galindo *et al* (2017) no cenário nacional, as Comunidades Terapêuticas evidenciam um comércio lucrativo, houve o financiamento público de um repasse de quase 300 milhões, no atual biênio (2015-2016), da SENAD. Observa-se a deslegitimação do que pauta a reforma sanitária no SUS “[...] sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas e, por conseguinte, pela saúde” (MOTA *et al*, 2009, p.101).

Em contraposição, desencadeia-se a lógica do projeto saúde articulado ao mercado. Visa desresponsabilizar o papel central do Estado, nota-se a redução e precarização de serviços do Estado. Análogo a isto ocorre a privatização dos sistemas públicos pelos financiamentos em edital, sob o véu de estar agregando serviços complementares à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Perante esse cenário econômico neoliberal, de desmonte do SUS, é importante frisar a importância da existência do Consultório na Rua, como dispositivo de saúde que legitima o projeto da reforma sanitária - lida com diferentes problemas e necessidades dessa população fragilizada, no intuito de reinclusão social para além das garantias de saúde e assistência social, direito a atenção integral e a cidade.

A prática da estagiária de Serviço Social no Consultório na Rua

A prática enquanto estagiária curricular em Serviço Social, vinculado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, no Consultório na Rua, foi realizada com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento das ações do Serviço Social na Instituição, a partir de ações intersetoriais.

Consonante Yamamoto (2000) é matéria prima de atuação do Serviço Social as manifestações da questão social. As múltiplas expressões da questão social incidem no trabalho profissional do Serviço Social, sendo elementar o desvelamento dos aspectos centrais de suas manifestações para “[...] decifrar as desigualdades sociais – de classes – em seus recortes de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade, meio ambiente etc.” (IAMAMOTO, 2000, p.111).

Com isso, o profissional do Serviço Social no Consultório na Rua, atenta para a importância de ter uma leitura crítica contínua do movimento da realidade. Nesse ato, retoma a exigência do conhecimento e reafirmação do projeto ético-político da profissão. Dessa maneira, procura defender e assegurar os direitos da população em situação de rua nas “[...] microações cotidianas que compõem o seu trabalho.” (IAMAMOTO, 2000, p.74).

A população em situação de rua é a parcela marginalizada imersa numa “[...] realidade social contraditória, a partir dos ditames de uma sociedade capitalista, em que se valorizam apenas as pessoas que produzem a riqueza social” (GOMES *et al*, 2018, p.175).

[...] anteriormente já realizaram percursos de desvinculação: do mercado de trabalho (alguns não chegam nem a experi-

mentar uma condição de inserção ocupacional); o problema com drogas, álcool, transtorno mental, fortes traumas emocionais ou de relacionamento familiar, os desvinculam da esfera familiar (SOUSA, 2010, p.8).

Frente a esse cenário de ruptura com o laço social, o Serviço Social atua no âmbito das refrações da questão social experimentadas pela população em situação de rua – destituição e acesso desigual aos direitos básicos. As pessoas em situação de rua sobrevivem frente a: destituição material, violência, falta de habitação, desfiliação com mercado de trabalho, distância do convívio familiar, ruptura de laços afetivos com os entes familiares, transtorno mental, o uso prejudicial de álcool e outras drogas, propensão a desenvolvimento de doenças, em razão de condições precárias que se encontram, insegurança nutricional, más condições de higiene, ingestão de água não potável qualidade e dificuldades de acesso às políticas públicas sociais.

Essa compreensão acima circunscreve a particularidade do profissional em serviço social no âmbito da saúde, na abordagem da pessoa em situação de rua, afetada por determinantes macroestruturais e conjunturais, “[...] pela noção ampliada da compreensão da relação saúde /doença como decorrência das condições de vida e trabalho” (VASCONCELOS *et al*, 2004, p.49); e, por isso determina ações adequadas que se dirijam para superação das exclusões dos usuários.

Na seqüência, dentre as ações realizadas no CNARUA, destacaram-se: a análise situacional da complexa análise das manifestações da questão social da população em situação de rua; observação das problemáticas trazidas pelos usuários, em virtude disso o contato horizontal e dialógico com os usuários, configurou-se na busca da apreensão de relações subjetivas e objetivas que perpassavam suas vidas.

Tornou-se imprescindível neste processo: o amadurecimento de uma visão crítica e investigativa da realidade; além de leituras que contextualizavam o cenário histórico e atual das políticas públicas, revelando-se uma época de regressão de direitos dos usuários. Com base na observação de campo acentuou-se a questão referente a conhecer o território que circunscreve o local de permanência do usuário,

[...] é importante porque os problemas e as questões variam muito de um território para o outro. A realidade local vai ser singular, pois, mesmo nos grandes centros de uma mesma cidade, percebemos diferentes formas de viver da população em situação de rua, locais em que descansam, trabalham, assim como os locais de intenso consumo de drogas. Todos esses aspectos influenciam a forma de ofertar e estabelecer cuidado (LOPES, 2019, p.21).

Além disso, vale elencar algumas observações da Supervisora de Campo sobre aspectos imprescindíveis no processo de trabalho do Assistente Social, que aludiram aos enfrentamentos às questões postas pelos usuários. É primordial o profissional ter aporte teórico para entender as relações que circundam o indivíduo, ao lado disso conhecer a realidade concreta deles, o território que está circunscrito, ainda, os organismos públicos e privados que integram a sua rede de apoio.

No tocante à ações articuladas em rede intersetorial, o Assistente Social do Consultório na Rua tem como principais mecanismos: articulação com as políticas intersetoriais, no sentido de asseverar a amplitude de acesso aos direitos básicos, nisso requer: elucidar sobre as especificidades do público, dado que enseja sua explicação através da leitura de livros em matéria de Serviço Social, artigos e revistas científicas; assinala os textos legais que o ampara, sempre busca reafirmar que as pessoas em situação de rua são cidadãos de direitos para os

atores sociais da rede de apoio ao segmento, tal como para secretários e gestores.

Outro ponto a ser ressaltado, mediante o aprofundamento nos estudos sobre a população em situação de rua, percebeu-se raso conhecimento sobre o perfil das pessoas em situação de rua. E ainda, a necessidade de desconstruir identidades estigmatizadas, que segundo Pizzato (2012) é contornada pela segregação socioespacial, que é intrínseca à reprodução das relações sociais no sistema capitalista, afetando prioritariamente esse grupo.

Dado essa requisição apreendida, foi construído um levantamento do perfil dos usuários do CNARUA-THE (SILVA; ROSA; LIMA, 2020), com base em 174 prontuários ativos, no mês de setembro de 2018. O relatório originário do levantamento foi transformado em um artigo, o qual foi submetido e aprovado pelo IV Congresso Internacional de Atenção Primária à Saúde e publicado na Revista Ciência Plural, do Rio Grande do Norte, como prêmio, por figurar entre os 15 melhores trabalhos apresentados.

O estudo mostrou a heterogeneidade dos indivíduos que estão em situação de rua, ampliou o conhecimento sobre esse segmento, como via de subsidiar a equipe e potencializar as políticas públicas direcionadas a esta população e, com isso, gerar práticas orientadas às necessidades de cada uma das realidades observadas. A compreensão dos distintos modos de vidas da população em situação de rua, favorece a intervenção profissional e a construção de vínculo.

De outra maneira, foi requisitado mais observação para algumas questões pertinentes em relação dos dispositivos da rede, dada a compreensão que as pessoas em situação de rua transitam entre as várias políticas: Assistência Social, Previdência, Saúde, Habitação e entre outras. Destacou-se a rede socioassistencial que mais dialoga com a equipe do CNARUA-THE, a assistência social.

É oportuno lembrar a participação nas reuniões com o corpo profissional do albergue Casa do Caminho e Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP); para discussão de casos, o que favoreceu o contato e o diálogo com os diversos profissionais, com formações distintas. Nessas ocasiões, se levantou questões que permeiam na vida dos usuários em situação de rua: conflitos familiares; consumo de SPA; transtorno mental acentuado pelo uso prejudicial de SPA.

A necessidade de maior estreitamento e comunicação entre as equipes do Consultório na Rua e da Assistência Social, culminou na construção do projeto de intervenção, intitulado: “CONHECER RECURSOS PARA APRIMORAR AÇÃO EM REDE À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA”. Teve como expressão da questão social: as dificuldades em ações articuladas em rede. Nessa direção, a implementação do projeto propiciou a reflexão da importância de fortalecer o trabalho em rede entre a política de saúde e assistência social, contribuiu para construção de espaços de diálogo entre Consultório na rua e o corpo profissional dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) leste e sudeste. Tal projeto parece ter ecoado na perspectiva de fortalecer o cuidado compartilhado entre as unidades públicas supracitadas, o que reverbera na melhor qualidade dos atendimentos e encaminhamentos do público atendido.

Na realização das atividades interventivas, foi notável o nível de participação durante a atividade, expressa em trocas de informação, questionamentos, relatos; inclusive foi proposto ensaiar a formação de um movimento local de população em situação de rua, para estimular a autonomia da população em situação de rua, colocá-la em cena, para reivindicar qualidade nos serviços.

Conclusão

A partir das análises realizadas neste estudo, apreende-se que a Política para População em Situação de Rua, sintetizada no Decreto nº 7.053/2009, é uma referência que legitima a cidadania das pessoas em situação de rua, no propósito de atender suas reais necessidades sociais, tendo em vista que compreende as pessoas em situação de rua, como expressão radical da Questão Social. Dado que, não se trata de um problema individual, isto é, que os responsabilizem pelas vicissitudes que enfrentam.

Mas, observa-se que embora a Política nacional para a População em situação de Rua tenha se constituído como intersectorial, ainda fica restrita à Política de Assistência Social e Saúde e mesmo assim, ainda precisa ser intensificada as articulações entre as duas políticas, o que foi foco do projeto de intervenção.

Em relação ao Consultório na Rua, avalia-se que é uma ótima escolha de campo de estágio, porque ali se adentra, realmente, no contexto de vida dos usuários; e verifica-se a busca da equipe técnica, a todo instante, em materializar o exercício da cidadania do público atendido, logo, faz que os princípios preconizados no SUS ganhem concretude.

O estágio em Serviço Social junto a sujeitos sociais que carregam em suas trajetórias de vida a exclusão permitiu vislumbrar as dimensões universais e particulares da questão social. Demonstrou o quanto o Serviço Social procura atender suas reais necessidades sociais, paralelamente pensar proposições e alternativas de enfrentamento às várias questões sociais trazidas pelo segmento.

Martinelli (2006) sinaliza que, em razão do Serviço Social se mover no campo humano-social, carrega uma bagagem de

histórias e narrativas plenas de significados. Apesar de se ter recortes da realidade bem hostis e ásperos das vidas das pessoas em situação de rua, tal fato não extirpa a esperança, uma vez que há possibilidades, pois existem aliados para transformação da realidade. Há profissionais que apontam um horizonte a ser seguido pelos principiantes na profissão, dado,

[...] que traduz-se na confiança que move a prática, na possibilidade histórica de criação de novas bases de vida em sociedade, antecipada como projeto, a partir da recusa do presente, assumido e subvertido em direção a um novo tempo (CARVALHO, 2014, p.130).

Um tempo e uma nova sociedade, postulada no Código de Ética do Assistente Social, em que a sociedade desigual seja superada, e o ser humano possa se desenvolver em suas plenas potencialidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Meta Instituto de Pesquisa de Opinião**. Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS, 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **SAGI: Informação e Conhecimento para Políticas de Desenvolvimento Social**. Brasília, 2016.

_____. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009a. 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**, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkg>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

FERNANDES, O. Categorias fundamentais para a compreensão da Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social. *In*: LAVORATTI, C; COSTA, D. **Instrumentos técnico operativos no Serviço Social**: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

FRAZAO, I. S. *et al.* Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, v.30, n.4, p.805-814. ISSN 0102-311X. <<http://bit.dolfKnke>>;

GALINDO, D. *et al.* Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, v. 50, p. 226-244, jul./dez. 2017.

GOMES, C. C. A. *et al.* Os avanços do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) na Política de Assistência Social no Município de Teresina: a experiência do Centro de Referência para população em situação de rua (CENTRO POP). *In*: BRAGA, Iracilda Alves *et al.* (org.). **A política de assistência social no contexto teresinense**: gestão e boas práticas. Teresina: EDUFPI, 2018.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LEMÕES, T. O lado brutal da modernidade e a produção histórica da “mendicância” como argumento para a violência estatal no Brasil. **Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE**, Ago/Dez., v. 2, n. 11, p. 01-36, 2017.

LOPES, L.E. **Caderno de atividades:** tutor: curso de atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua. 2 ed. Rio de Janeiro: Ensino à Distância/Escola Nacional de Saúde Pública, 2018.

MARQUETTI, F. C. *et al.* A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: **potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. Saúde & Soc.**, Dez 2014, vol.23, nº.4, p.1248-1261. ISSN 0104-1290.

MARTINELLI, M. L. Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, p. 01-15, 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: Ana Elizabete Mota. **Serviço Social e saúde.** São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, P. **Necessidade humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, n.112, p.729-753, 2012.

PIZZATO, R. M. S. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. *In:* DORNELLES, A. E.; OBST, J; e SILVA, M. B. **A Rua em movimento:** debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. Belo Horizonte: Didática, 2012.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça:** A política social na ordem brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

Sofia Laurentino & Lucia Rosa (orgs)

SILVA, M. O. S. Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do Welfare State. **Revista Política pública & Trabalho**, n.15, p. 29-42,1999.

CAPÍTULO IV

REVITALIZAÇÃO DOS GRUPOS DE USUÁRIOS E FAMILIARES-CUIDADORES: uma estagiária de Serviço Social no CAPS II Leste em Teresina-PI¹

*Laisla Shirley Rodrigues Maranhão
Lucia Cristina dos Santos Rosa*

Introdução

O presente artigo é resultado de uma experiência de estágio supervisionado e obrigatório, do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí – UFPI, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Leste em Teresina – Piauí. O estágio foi realizado nos anos de 2012 e 2013 e totalizou 450 horas de carga horária. Teve suas ações desenvolvidas a partir da observação da realidade e principais demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, familiares-cuidadores e profissionais deste campo de estágio. Com vários registros

¹ As reflexões feitas neste artigo são parte de um relato de experiência de estágio no Caps II Leste de Teresina – PI, desenvolvida em 2012-2013, durante o estágio da primeira autora deste artigo e orientado pela segunda autora, supervisora docente da Universidade Federal do Piauí.

de ações importantes, a experiência permitiu desenvolver esse relato sobre as contribuições co-construídas nesta instituição.

Este trabalho tem como objetivo analisar o desenvolvimento das ações realizadas, durante o período mencionado, na realidade do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Leste e expor a importância do processo de estágio para a formação profissional dos acadêmicos e suas contribuições para o campo de estágio, por meio da explanação das experiências vivenciadas nesta instituição e principalmente avaliar os resultados do Projeto de Intervenção desenvolvido neste campo de atuação e intitulado “A revitalização dos grupos de usuários e familiares cuidadores: em perspectiva as violências a que são submetidos”.

Para alcançar os objetivos deste trabalho, foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, pois há escassa literatura acerca do tema. Possui uma abordagem qualitativa, segundo a qual há preocupação com o nível de realidade que não pode ser quantificado e não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994). O instrumento utilizado para a construção de informações consistiu na observação participante, que “implica na interação entre investigador e grupos sociais, visando coletar modos de vida sistemáticos, diretamente do contexto ou situação específica do grupo” (LAKATOS, 2004, p. 277), e pesquisa documental, tendo por base o diário de campo, o projeto de intervenção e o relatório final de estágio. O Projeto de Intervenção teve como objetivo revitalizar os grupos de usuários e familiares-cuidadores no CAPS II Leste, com o intuito de contribuir para o fortalecimento e protagonismo destes indivíduos, no sentido de trabalhar nestes grupos a temática das diversas violências sofridas pelas pessoas com transtorno mental e seus familiares-cuidadores, no âmbito familiar, social e institucional, fortalecendo a proposta de grupalização, promoção da saúde e de cidadania dos indivíduos envolvidos, tendo por base as ações socioeducativas.

O CAPS II Leste, está inserido na área da saúde mental. É um serviço aberto e que tem por público alvo pessoas que vivem com transtornos mentais, tais como “psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou pertinência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004a, p. 13).

Vale ressaltar que o Estágio Obrigatório se constitui em um processo de ensino-aprendizagem construído a partir da realização de ações planejadas, interventivas e avaliativas, tendo por ferramentas: o diário de campo, o plano de estágio, a análise institucional, o projeto de intervenção, o relatório final, os encontros de supervisão, a interação com a instituição, seus usuários e equipe. Além disso, são ainda realizadas pelo estudante atividades, tais como: observação, leituras, acompanhamento e associação com o exercício profissional, a partir da observação do cotidiano institucional e processo de trabalho do/a Assistente Social. Estas atividades e ações planejadas são realizadas por meio de uma articulação entre os atores incluídos nesse processo: estagiário, supervisor de campo e supervisor acadêmico, e têm como objetivo articular a formação com o cotidiano do profissional.

Dessa forma, é possível analisar como o Estágio Obrigatório é capaz de aproximar o estudante/ estagiário do processo de trabalho dos profissionais de Serviço Social da instituição e conhecer a realidade de um dos campos em que eles atuam e as suas principais manifestações da questão social. Espera-se com esse artigo recuperar a experiência enriquecedora que o estágio obrigatório em saúde mental no CAPS II Leste proporcionou, os resultados do Projeto de Intervenção mencionado e suas contribuições para o processo ensino/aprendizado. Importante destacar a importância deste artigo como registro do conhecimento reflexivo e aprofundado a partir da experiência do e no campo de estágio, baseada na observação da realidade diária,

principais demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, familiares/ cuidadores e profissionais desse serviço, através da reflexão da estagiária e parceria com supervisora acadêmica.

Contextualizando o estágio

De acordo com o Ministério da Saúde, a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início no ano de 1978, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por profissionais integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É através destes campos de luta que se tem início as denúncias da violência nos manicômios e do modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

No ano de 1989 é apresentado o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) no Congresso Nacional, que se propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Com este projeto intensificam-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo, normativo e assistencial. Somente no ano de 2001 uma lei foi sancionada, com modificações importantes no texto original o que resultou na Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

O novo modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica buscou substituir progressivamente esses leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, mais humanizada e que garanta às pessoas com transtorno mental seu reconhecimento como cidadão e respeito a seus direitos. Nessa perspectiva, vão surgir os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na busca de um novo atendimento às pessoas com transtorno mental, inserção destas com a família e a sociedade, além da

busca de autonomia e protagonismo no meio social. Busca-se assim romper com o estigma, associado à incapacidade e periculosidade que impôs que a pessoa com transtorno mental fosse considerada à priori “louca” e segregada da sociedade.

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o principal equipamento desta rede, e tem por objetivo o tratamento e reabilitação psicossocial e a promoção da autonomia e cidadania, além de ser orientado pela noção de cuidado e promoção dos direitos dos usuários. (BELLENZANI *et al.*, 2013, p. 1)

Tem como objetivo geral oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, “realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). É um mecanismo que se encontra no modelo comunitário e foi implantado recentemente, principalmente no contexto piauiense, pois segundo Rosa (2008), a reforma psiquiátrica teve um *boom* no Piauí somente a partir de 2005.

No Estado do Piauí os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS foram implantados em 2004, inicialmente nos municípios de Teresina e Uruçuí e teve como propulsor inicial, além das leis e portarias nacionais que já existiam neste período, a política indutora do Ministério da Saúde, via coordenação de saúde mental e o Ministério Público, que, através de Termos de Ajustamento de Conduta, determinava a implantação da rede substitutiva, sobretudo aos gestores resistentes a ela. Mesmo que ainda de forma insuficiente são criados em Teresina dois CAPS II para adultos, um na zona norte e outro na zona leste (BERNARDES; CARDOSO, 2011; ROSA; CARVALHO, 2008).

O CAPS II Leste de Teresina foi fundado em 25 de novembro de 2005, mas é apenas em 2006 que inicia seu efetivo funcionamento, sendo um dos primeiros da gestão municipal de Teresina. Essa instituição visa o avanço no processo de atenção psicossocial dos adultos, a partir dos 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes, na sua área de abrangência (zona leste) com atendimentos de segunda a sexta, nos turnos manhã e tarde (BERNARDES; CARDOSO, 2011). Este serviço insere-se na Política Municipal de Saúde Mental, regida pela Lei nº 2.987 de 17 de maio de 2001, que dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município, em termos de prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa (TERESINA, 2001).

Os profissionais desta instituição possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional, que até 2013 é composta por 56 (cinquenta e seis) profissionais distribuídos no turno da manhã e da tarde, com exceção dos vigias que também ficam no turno da noite, formada por: quatro médicos psiquiatras, cinco psicólogos, cinco assistentes sociais, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, duas nutricionistas, dois educadores físicos, dois terapeutas ocupacionais, uma artesã, oito auxiliares administrativos, quatro auxiliares de serviços gerais, uma coordenadora, uma diretora, quatro militares, cinco agentes de portaria e dois seguranças.

Até 2013, o CAPS II Leste possui 2.145 inscritos, desde sua fundação. Observa-se até esse ano que quanto ao sexo o perfil dos usuários dessa instituição é bem dividido entre homens e mulheres, na sua maioria jovens e pessoas de meia idade. Para Bernardes e Cardoso (2011), e confirmado através de observações no campo de estágio, as patologias mais recorrentes são: a esquizofrenia, que é o transtorno mais frequente, em segundo lugar os transtornos depressivos recorrentes e em terceiro, os transtornos ansiosos. Pode-se assim concluir

que, no período analisado, o perfil dos usuários ativos na instituição é na sua maioria formado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e contém alguns casos de episódio de depressão, os quais são caracterizados como transtorno leve. Com a pesquisa foi possível ainda verificar que a maioria dos usuários possui uma renda familiar de um salário mínimo, mostrando que a população atendida por essa instituição é de baixa renda, que permeia a pobreza, o que reforça a exclusão social vivenciada pelas pessoas que possuem transtorno mental (BERNARDES; CARDOSO, 2011), sendo um agravante nas manifestações da questão social, haja vista as intensificação de vários marcadores de desigualdades sociais associados à experiência com o transtorno mental.

Com a experiência de estágio, foi possível ainda analisar que existe um número considerável de usuários que tem baixo nível escolar ou mesmo são analfabetos. Além do estigma que as pessoas com transtorno mental possuem na sociedade, soma-se a tendência de exclusão do direito à educação, seja pela eclosão do transtorno em idade escolar, que levou a interromper os estudos, no geral por diversas barreiras impostas, inclusive a falta de condição financeira. Tudo isso dificulta a inserção desses indivíduos, principalmente no mercado de trabalho formal, que é competitivo exigindo cada vez mais um grau muito maior de qualificação que os usuários do CAPS II Leste não detêm.

O profissional de Serviço Social e as manifestações da Questão Social no campo de estágio

Considerando todas as transformações na saúde mental supramencionadas, pode-se perceber que as práticas profissionais foram reorientadas para uma atenção mais humanizada, participativa e articulada, em equipe multidisciplinar. É nesta

perspectiva que o/a assistente social do CAPS coloca-se como profissional que atua diretamente a partir das múltiplas expressões da questão social e se relaciona diretamente com os usuários e familiares cuidadores, fortalecendo a garantia dos direitos sociais e cidadania desses sujeitos.

Segundo Yamamoto (2006), o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. É apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Este modelo capitalista, de acumulação de riquezas, se expandiu ainda mais com o advento da globalização, o que foi um sério agravante para as manifestações da questão social, e se expressam principalmente na forma de desigualdades sociais, miséria, pobreza, injustiças e preconceitos. O Serviço Social se insere nesse contexto, pois atua e oferece respostas diante das diversas manifestações da questão social, como um meio de enfrentamento das desigualdades produzidas pelo capitalismo, que cresce e se desenvolve ao custo do crescimento da miséria. De acordo com Rosa (2008), na saúde mental, ela se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo, haja vista ser considerado historicamente uma pessoa perigosa e incapaz, improdutiva para o capital, e, portanto, excluída do convívio social.

A questão social manifesta-se nos usuários com transtorno mental das mais diversas maneiras. Além do transtorno, observa-se que, na dinâmica do CAPS II Leste, se manifesta na pobreza, baixa escolaridade ou analfabetismo, dificuldades para inserção no mercado de trabalho e tensões nas relações familiares e comunitárias, desemprego, falta ou precária condição de habitação, evasão escolar, preconceito, isolamento fa-

miliar, exclusão social e econômica que ocorre, sobretudo, em relação as pessoas com transtorno mental que carregam um estigma de incapacidade, sendo consideradas improdutivas para o capital e conseqüentemente tendo pouco investimento das políticas públicas, pois são atreladas ainda à periculosidade, conjugando rótulos e temores sociais.

Tendo em vista o estigma enfrentado por esses sujeitos, o projeto de intervenção desenvolvido, teve justamente a pretensão de trabalhar essas questões, no sentido de revitalizar os grupos de usuários e familiares-cuidadores, realizando uma abordagem sobre a violência, pois com a observação desse campo, foi possível apreender que existem diversas violências a que esses sujeitos são submetidos, em diferentes âmbitos, principalmente devido ao preconceito que atravessa as relações, tanto das pessoas com transtorno como de seus cuidadores. Este preconceito acaba gerando outros tipos de violência como o desemprego, a fragilidade nos vínculos sociais, a violência física, moral, psicológica, verbal, financeira, sexual e outros.

De acordo com os Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, demanda uma atenção profissional em uma perspectiva totalizante que vem fundamentada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2009), procurando sempre tomar como base de suas ações o Código de Ética Profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão, manual do CAPS e demais legislações que regem a profissão.

Com a análise institucional do CAPS II Leste é possível apreender que o profissional de Serviço Social é quem mais atua diretamente com as expressões da questão social manifestadas no campo. De acordo com um estudo realizado por Pereira (2011), nesta instituição o Assistente Social:

É visto pelos ‘outros profissionais’ como o único profissional que tem capacidade de atuar sobre as expressões da questão social que surgem, dentro e fora da instituição e a partir da relação profissional que estabelecem com os usuários e seus familiares [...] é visto, também, como o profissional que tem como função o fortalecimento dos direitos dos sujeitos diretamente envolvidos com os serviços oferecidos pela sua ação (PEREIRA, 2011, p. 60-61).

Esta autora ressalta que as ações destes profissionais viabilizam os direitos, muitas vezes desconhecidos por usuários e familiares, realizando a concretização da cidadania, pois sua atuação está voltada para a dimensão social, “considerado como o único profissional capacitado para lidar com o social” o que confirma que “as expressões da questão social são a base sócio-histórica da profissão” (PEREIRA, 2011, p. 61). As múltiplas expressões da questão social implicam ainda ao Assistente Social o dever de orientar estes usuários quanto aos programas de políticas públicas que coloque estes usuários no patamar de inclusão social e afirmação dos seus direitos.

Observa-se que o Assistente Social do CAPS II Leste apreende as expressões da questão social e concilia visivelmente o uso dos instrumentos e ações com as demandas surgidas. Esse profissional tem conhecimento do saber profissional que compreende o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do seu processo formativo, ou seja, além das técnicas é exigido deste profissional todo um arsenal teórico que irá respaldar suas ações.

De acordo com o Ministério da Saúde, os diversos profissionais que integram a equipe do CAPS, dentre eles o Assistente Social, oferecem diferentes atividades, algumas “são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias” (BRASIL, 2004, p.17). Além do atendimento individual a usuários e familiares, outro instrumento bastante utilizado pelo Serviço Social é a reunião

com grupos, que acontece com os usuários e familiares-cuidadores e trabalham com temáticas importantes que geralmente são construídas de acordo com a demanda. Essa atividade tem o objetivo de democratizar o acesso às informações dos direitos desses sujeitos, atender ao máximo as expressões da questão social demandadas e viabilizar o acesso às informações a partir do projeto terapêutico dos usuários.

O grupo com familiares cuidadores tem como objetivo promover uma maior relação entre os profissionais da instituição e cuidadores das pessoas com transtorno mental, criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, fortalecer para enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico, além de proporcionar um momento de informação, e troca de saberes acerca do ato de cuidar de uma pessoa com transtorno mental e ampliar os vínculos familiares (BRASIL, 2004).

O grupo com usuários é um espaço onde são abordados temas e questões relevantes à vida do usuário tanto dentro do CAPS como no cenário social e cultural, na busca da promoção de sua autonomia. Nos encontros em grupo são realizadas discussões sobre o funcionamento do centro, atividades avaliativas do serviço, destacando o que mais gostam e o que não está satisfatório, temas da atualidade, informações no geral, servindo como espaço de sociabilidade e trocas.

Os grupos são de fundamental importância para o cuidado e atenção psicossocial na promoção de saúde da pessoa com transtorno mental (usuário) e seus familiares-cuidadores. Com a observação do campo, CAPS II Leste, foi possível perceber que havia uma baixa participação quantitativa dos familiares nas reuniões, mas o pequeno grupo participante possuía assiduidade, mas precisava ser fortalecido. Muitos usuários que participavam das atividades de grupo encontravam-se dispersos ou sonolentos, muitas vezes por conta da medicação ingerida ou mesmo o horário da reunião de grupo (início da

manhã). Sendo assim, os usuários e familiares necessitavam ser fortalecidos e estimulados a participarem dos grupos e visualizarem sua importância dentro deles, trazendo temas não somente relevantes, mas que despertassem a atenção e fossem previamente planejados e divulgados.

Muitos usuários e familiares demandavam informações sobre o que seria abordado nos grupos com antecedência. Foi possível perceber na instituição, que quando os profissionais enviavam convites (com temas, data e horário), havia uma maior participação e envolvimento destes, sobretudo dos familiares. Estes sujeitos demandavam ainda que fossem realizadas sínteses das reuniões de grupos, com confecção de folders, para a sistematização da discussão trabalhada, pois relatavam que pretendiam repassar os conteúdos obtidos nas reuniões para fora da instituição. Observa-se a importância dessa ferramenta, principalmente para os familiares cuidadores, pois eram na sua maioria idosos e com dificuldade de fixarem informações.

Por isso, o Projeto de Intervenção realizado no CAPS II Leste teve como objetivo revitalizar esses grupos, no sentido de fortalecer os vínculos já existentes e tornar as reuniões de grupo ainda mais planejadas e estimulantes, com um maior nível de participação, tanto quantitativamente como qualitativamente, e envolvimento dos usuários e familiares nas atividades desenvolvidas.

A manifestação da Questão Social da violência

Na proposta de revitalização dos grupos de usuários e familiares foi abordada uma discussão sobre a violência, pois com a observação desse campo, foi possível perceber que estes sujeitos vivenciam diariamente diversos tipos de violências, em diferentes âmbitos, principalmente devido ao estigma

enfrentado tanto pelas pessoas com transtorno mental como pelos seus cuidadores. Segundo Almeida (2006), a violência é hoje um ingrediente comum na vida cotidiana, podendo se expressar das mais diversificadas maneiras. Dentro de uma visão mais ampla Minayo (2006), destaca a violência como “um conflito de autoridade, luta pelo poder e a vontade de domínio de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens” (MINAYO, 2006, p.13).

É considerado violência não apenas o ato da agressão física de caráter delinquencial ou criminal, pois esta pode se manifestar de diversas outras formas, como no caso da violência moral, onde o sujeito sofre agressões verbais que ferem sua dignidade e a econômica que, “consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade do dono ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade” (MINAYO, 2006, p.14-15).

De acordo com Nunes e Torrenté (2009), como principais tipos de violência contra as pessoas com transtorno mental “pode-se destacar a desqualificação, repreensões, constrangimentos, humilhações, negligência e agressões físicas, com fins de dominação, exploração e opressão” (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p.101). É importante destacar que não apenas os usuários com transtorno mental estão sujeitos a vivenciar essas formas de preconceito e violência, mas também os familiares, que tendem a ser estigmatizados pela sociedade.

As pessoas com transtorno mental, e muitas vezes os seus familiares, permanecem como alvo de preconceitos arraigados e naturalizados na cultura, tendo como principal consequência a manutenção do isolamento da vida social como forma de “tratamento” ou como atitude excludente manifestada por reações discriminatórias, que se apresentam como rejeição, indiferença e agressividade verbal ou física (NUNES; TORRENTÉ, 2009). Por isso, o Projeto de Intervenção buscou revitalizar as reuniões de grupos com estes indivíduos e refletir sobre esse tema tão presente em suas vidas.

As ações e os desafios do profissional de Serviço Social no CAPS II Leste frente às manifestações da questão social

São muitos os desafios para o profissional de Serviço Social do CAPS II Leste responder às manifestações da questão social que atravessam o cotidiano da atenção. Observa-se, no período analisado, que existe uma grande dificuldade de articulação da equipe multiprofissional e interdisciplinar, pois as ações são realizadas de forma que cada profissional age individualmente e como mencionado, existe a concepção de que o “social” é resolvido apenas pelos profissionais de Serviço Social. Muitas vezes estes conseguem atender as mais diversas demandas sociais, pois possuem “formação [...] de caráter generalista, envolvendo um conjunto de conhecimentos teórico-metodológico, necessários ao processo de inserção social” (PEREIRA, 2011, p. 68).

Outro desafio está relacionado ao desenvolvimento das ações voltadas para a mobilização, participação e controle social. Sabe-se que esse profissional é responsável por fortalecer a inserção dos usuários em movimentos e lutas sociais como a ÂNCORA (Associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na saúde mental do Piauí) e nos demais dispositivos e equipamentos de controle social, criada em Teresina em 2001. No entanto, era ainda incipiente a organização política dos usuários da saúde mental em Teresina, contando apenas com duas organizações, a ÂNCORA e os “Amigos no Ninho”, projeto que visa fortalecer a Rede Psicossocial de Apoio e Suporte em Saúde Mental no Estado do Piauí (BEZERRA, 2010). Apesar disso, se observou que alguns usuários do CAPS Leste, eram participantes ativos, sobretudo da Âncora, o que precisava ser melhor potencializado.

Na instituição é possível observar que além do transtorno mental, as demandas mais frequentes e relevantes que chegam ao Serviço Social têm relação com o acesso a benefícios sociais como Benefício de Prestação Continuada - BPC, destinado a pessoas com deficiência e idosos com baixa renda, falta de informação sobre seus direitos, dificuldade de acesso ao médico, a receitas e remédios, passe livre, emprego e renda, cadastro em programas como a Minha Casa Minha Vida, Bolsa Família, além de busca por consultas psicológicas, vales transportes, dentre outras demandas genéricas. O atendimento a essas demandas constitui-se em garantias de direito e promoção da cidadania e sua negação, violação de direitos.

Observa-se ainda que até mesmo a entrega de vale transporte não é apenas um atendimento técnico-operativo, mas constitui-se em uma estratégia para fazer valer o direito de ir e vir dos usuários e acesso ao serviço de transporte por aqueles que não conseguiram realizar a inscrição para obtenção do cartão passe livre, visto que não atenderam a alguns critérios. A entrega desses vales acontece ainda para aqueles que não possuem condição financeira para acessar esses direitos (são usuários de baixa renda).

Cotidianamente o Serviço Social necessita de instrumentos que contribuam para um bom desenvolvimento das ações realizadas. A instrumentalidade do Serviço Social é o espaço onde a profissão se consolida e se materializa, permitindo a união das dimensões instrumental, técnica, política, pedagógica e intelectual da intervenção profissional.

Observa-se que as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social no CAPS II Leste estão relacionadas ao uso de instrumentos tais como: a triagem (acolhimento), abordagens individuais e grupais com familiares e com usuários, planejamento de atividades, visitas domiciliares e institucionais, capacitação, reunião em equipe, encaminhamentos, “evolução” dos prontuários, que para o assistente é registro das ações

profissionais, entrega de vales, orientação social a usuários e familiares, implementação de “escuta qualificada”, observação, pesquisa social, uso da linguagem, participação na construção de relatório social, Projeto Terapêutico Singular (PTS), para responder as demandas e qualificar as ações.

O estagiário de Serviço Social e os resultados alcançados a partir da experiência no CAPS II Leste

No CAPS II Leste, o estagiário de Serviço Social atua de maneira conjunta com os profissionais de Serviço Social (supervisores de campo e acadêmico), observando a dinâmica cotidiana da instituição, realizando acompanhamento, planejamento e execução das ações e rotinas realizadas pelo profissional. Para isso é preciso que o estagiário esteja atento, realizando críticas construtivas e fundamentadas, propondo sugestões de como fazer melhor e diferente e procurar somar na instituição.

O processo de supervisão entre o supervisor de campo e estagiários acontece diariamente por meio da observação, acompanhamento das ações, indicações de leituras importantes para atuação na área da saúde mental, além da operacionalização desse processo quando houver necessidade por parte do estagiário. Eles seguem uma agenda semanal que está relacionada à agenda do profissional supervisor de campo.

As ações e atividades acompanhadas, executadas e planejadas pelas estagiárias, em conjunto com a supervisora, que contemplaram a observação do processo de trabalho do Serviço Social, foram as seguintes: apresentação e inserção no campo de estágio, confecção do Diário de Campo, entrega de vales, visita domiciliar, registros profissionais em prontuários, conhecer e observar as atividades e realidade da instituição, elaboração de documentos institucionais, realização de en-

caminhamentos, acompanhamento das atividades de outros profissionais da instituição, atendimento individual ao usuário e familiar, atividade de reuniões com grupos de usuários e familiares cuidadores, triagem e acolhimento.

A Resolução CFESS N° 533/08, que regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social, considera que o Estágio Supervisionado “é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional, objetivando capacitá-lo para o exercício profissional, o que pressupõe supervisão sistemática” (CFESS, 2008, p.01). Percebe-se que as Assistentes Sociais do campo de estágio reconhecem a importância do envolvimento e inserção dos estagiários nas atividades da instituição, para enriquecer o seu processo de formação acadêmica e profissional, mas limitam a atuação dos estagiários ao acompanhamento e observação das atividades.

O impacto do projeto de intervenção no cotidiano institucional

Durante a execução do Projeto de Intervenção foram utilizados recursos metodológicos para uma melhor efetivação das ações desenvolvidas. Inicialmente foram realizadas reuniões entre estagiárias e supervisoras para o planejamento e organização das temáticas a serem debatidas nos grupos, levando em conta a demanda institucional e as necessidades dos usuários. Em seguida foram realizadas rodas de conversa com os grupos de usuários e familiares-cuidadores para a apresentação do projeto de intervenção a ser desenvolvido pelas acadêmicas.

A roda de conversa teve como objetivo esclarecer o papel das estagiárias dentro da instituição, a importância do Projeto para a formação profissional e qual a sua relevância para o enriquecimento do serviço. Como previsto, não foi possível

a apresentação formal do Projeto para a equipe profissional do CAPS II Leste, devido à falta de espaço dentro da agenda da coordenação, mas a equipe esteve ciente da existência das atividades que seriam realizadas.

Após essa apresentação, com a utilização de rodas de conversa como um método de participação coletiva, foram realizadas reuniões de grupos de usuários e familiares, a fim de discutir a percepção desses sujeitos sobre o significado de violência e quais os tipos a que são submetidos, o que serviu de aporte para a escolha das temáticas que foram debatidas, a partir da observação da demanda institucional.

Os demais recursos metodológicos utilizados na execução do Projeto foram a produção e distribuição de folders informativos, como uma forma de sistematizar e divulgar o conteúdo discutido a cada grupo; exibição de vídeos, fotos, músicas e *slides* como forma de tornar mais viável o entendimento das temáticas desenvolvidas; realização de dinâmicas no início de cada grupo, com o objetivo de integrar, sensibilizar, reduzir as tensões, avaliar as atividades e proporcionar um ambiente de discussão mais motivador; leituras e realização de Vivências de Biodança, com uma facilitadora externa, a fim de promover a cidadania através da arte, onde os sujeitos deixam de ser passivos e espectadores e passam a ser protagonistas da ação.

Sabe-se que a biodança estimula o desenvolvimento humano e o lado saudável, propondo a ideia de um grupo acolhedor em que cada membro aprende o auto-respeito e o respeito ao outro, “pois cada pessoa é o sujeito de sua aprendizagem” (PEREIRA, 1991, p. 2).

A execução do Projeto de Intervenção em si ocorreu no período de junho a setembro de 2013, de acordo com o calendário acadêmico da UFPI, como parte da disciplina de Estágio Supervisionado II. Como foi possível apreender, inicialmente foi realizada uma reunião com cada grupo para a apresentação do Projeto.

O primeiro encontro realizado com os usuários, teve como resultado a confecção de um cartaz com a percepção das pessoas com transtorno mental acerca do que se constitui a violência. Foram distribuídos jornais para eles destacarem imagens que representassem a violência para eles. A partir daí foi possível perceber a relevância do Projeto, pois eles compreenderam o sentido da dinâmica, significado de violência e demonstraram que ela pode estar presente na vida de todos, em diferentes lugares. Observou-se que as imagens mais presentes no cartaz estavam relacionadas a violência contra a mulher e a repressão policial (o abuso de poder).

Posteriormente o Projeto foi apresentado para os familiares, tendo como momento inicial uma dinâmica de apresentação, com o objetivo de “quebrar o gelo” e tornar o ambiente favorável aos familiares. Foi um momento de integração para o grupo e ajudou os familiares a conhecerem pessoas que passam por situações semelhantes. Através do uso de *slides* foi possível expor o objetivo do Projeto de Intervenção e a forma proposta a ser trabalhada dentro da instituição. Ao final da atividade foi exibido um vídeo “Era uma vez uma família”, extraído do YouTube, para que os familiares compreendessem a importância de trabalhar a temática.

Após essa apresentação, foram realizadas mais duas reuniões de grupo: com os familiares-cuidadores e com os usuários. Nesses dias foram executadas dinâmicas iniciais, “costa com costa” que teve como objetivo desencadear um processo de descontração e facilitar o entrosamento dos participantes. Com o uso de *slides* e a partir da percepção desses sujeitos, foi possível conceituar o que é violência e realizar uma discussão sobre suas principais formas de manifestação.

Após a conversa sobre essa temática, os usuários e familiares dramatizaram situações de violência e a partir daí foi possível perceber que a violência não poderia ser trabalhada de forma fragmentada, pois esses sujeitos não conseguiram repre-

sentar os diferentes tipos de violências isoladamente, por não se manifestarem de forma isolada. Com isso, o planejamento foi modificado pois de início foi planejado trabalhar a questão da violência separadamente, de forma a tratar a questão da violência como física, verbal, sexual, patrimonial, moral etc.

Então foram trabalhadas as seguintes temáticas: violência contra a pessoa com transtorno mental e seus familiares, violência doméstica contra a mulher, violência institucional e desemprego e exclusão social. Em cada grupo foram convidados profissionais que trabalham ou desenvolvem estudos sobre o tema a fim de auxiliarem, juntamente com as estagiárias, nas discussões realizadas nas rodas de conversa.

A primeira temática abordada: “violência contra a pessoa com transtorno mental e seus familiares”, foi realizada com os grupos de familiares e usuários, respectivamente. Para enriquecer a discussão sobre o tema: “A Âncora como espaço de luta na garantia dos direitos dos usuários com transtorno mental e de seus familiares”, foram convidados o presidente e a vice-presidente da Âncora e teve como objetivo apresentar o papel dessa instituição em identificar, discutir e direcionar as manifestações das violências aos canais institucionais.

A atividade foi realizada ao ar livre e teve início com uma dinâmica de integração com música e a participação do usuário tocando flauta (Asa Branca – Luiz Gonzaga). Após esse momento, o convidado apresentou os diferentes tipos de violências que chegam na Âncora através dos usuários e familiares e as principais formas de enfrentamento. O presidente da Âncora relatou sobre suas experiências como usuário do CAPS II Leste e reforçou a importância do retorno das Assembleias. Esta sugestão surgiu também em muitas das avaliações feitas pelos usuários e familiares ao final da atividade e todas as propostas que surgiram durante a execução do Projeto foram repassadas para coordenação da instituição e registradas no Relatório Final.

A avaliação foi realizada no final de cada atividade como forma de perceber a opinião desses sujeitos sobre o que foi realizado pelas estagiárias. Nessa atividade foi possível observar que houve uma participação positiva tanto em termos numéricos, como na qualidade das discussões.

Em relação aos resultados, 83,3% dos familiares avaliaram a atividade como “ótimo” e 16,7% como boa e 73,7% dos usuários avaliaram como “ótimo”, 15,8% como “bom”, 5,3% como “regular” e 5,3% como “ruim”. Dentre as sugestões presentes, foi possível destacar algumas opiniões: “é muito criativo, gostei”, “criação da Assembleia”, “muito bom”, “as reuniões ao ar livre são mais animadas”, “Assembleia mensal ou trimestral com usuários, técnicos e familiares”, “mais passeios e bingos”, “aposentadoria”, uma manifestação pelos nossos direitos”, “acontecer mais vezes”, no final da atividade foram distribuídos folderes, com a sistematização da atividade.

A segunda temática abordada: “Violência doméstica e familiar contra a mulher”, foi realizada também com os grupos de usuários e familiares-cuidadores, respectivamente. Para enriquecer a discussão sobre o tema, foram convidadas as profissionais do Núcleo Multidisciplinar Lei Maria da Penha, as Assistentes Sociais: Daliane Fontenele de Souza e Josenília Oliveira e a Estagiária de Psicologia: Aline Bezerra. Essa atividade teve como objetivo apresentar os principais tipos de violências sofridas pela mulher no espaço doméstico e suas formas (medidas protetivas) de enfrentamento através da Lei Maria da Penha.

A atividade teve início com a “dinâmica das bexigas” que objetivou mostrar que o trabalho em equipe é primordial e que quando as responsabilidades são distribuídas, tornam-se mais leves para todos. Os participantes relataram que se um balão já é difícil de manter no ar, vários balões tornaram-se uma sobrecarga (quando o número de participantes foram sendo reduzidos na roda). Observa-se que o público aprovou

positivamente a realização dessa atividade, e um familiar comparou a dinâmica com sua realidade, afirmando que cuidar de uma pessoa com transtorno mental torna-se uma sobrecarga sem o apoio da rede sócio-familiar.

As convidadas apresentaram os diferentes tipos de violências que perpassam na vida dos sujeitos, as principais formas de expressão da violência contra a mulher e os receios em realizar denúncias. O tema foi apresentado de uma maneira mais dinâmica, em forma de quadrinhos e representava a vergonha e o medo que a maioria das mulheres possuem em denunciar seus agressores e quais são as medidas protetivas contidas na Lei Maria da Penha.

Em relação aos resultados da avaliação realizada no final da atividade pelos participantes, no dia 08 de agosto 66,7% dos usuários avaliaram a atividade como “ótimo”, 25% como “bom” e 8,3% como “regular” no dia 14 de agosto 73,3% dos usuários avaliaram como “ótimo”, 20% como “bom” e 6,7% como “regular”. Dentre as sugestões presentes, é possível destacar algumas opiniões: “se continuar desse jeito está bom demais, continue com as dinâmicas”, “venha mais palestras, pois através destas temos mais conhecimento sobre determinado assunto”, “foi bom”, falar sobre intolerância religiosa”, “bom”.

No final da atividade com familiares, as profissionais convidadas distribuíram cartilhas “Rompendo o silêncio e transformando vidas”, elaborada pelos profissionais no Núcleo Multidisciplinar. É um manual que mapeia a violência na capital, fornece dados estatísticos, apresenta um diagnóstico dessa mesma violência, orientando como a mulher nessa situação pode denunciar e combater de maneira eficaz as violências sofridas por elas.

Os últimos temas abordados foram: Violência Institucional; Desemprego e Exclusão. Para enriquecer a discussão, foi convidado o professor universitário e estudioso da área da Saúde Mental, o Professor e Psicólogo Emanuel Lima. Essa ativida-

de teve como objetivo discutir principalmente sobre a violência institucional que perpassa o cotidiano dos usuários e familiares do CAPS II Leste e identificar estratégias de enfrentamento.

A atividade teve início com a “dinâmica do presente” que objetivou mostrar que nas tribulações do dia-a-dia não há tempo para expor ao outro o que sentem por eles e como os veem. No momento em que estão em grupo é uma oportunidade de dividir com os outros essas questões. Um presente é entregue para um dos participantes do grupo e a cada qualidade dita, a pessoa deve pensar em alguém do grupo que a possui e passar o presente adiante.

O momento foi bastante divertido, pois o presente sempre era passado adiante e por último ficou com uma pessoa “justa” que por ter essa característica deveria dividir o presente com todos (caixa de bombom). Uma familiar chegou a relatar que está há muito tempo no CAPS acompanhando seu usuário, mas dificilmente tem a oportunidade de dar um presente para outros companheiros e dizer o que sentem por eles.

Dando início à roda de conversa, o convidado conceituou violência como uma agressão que não é apenas física e material. Apresentou os diferentes tipos de violências que perpassam na vida dos sujeitos e deu ênfase à violência institucional. Usou recursos como exemplos do cotidiano, o que facilitou o entendimento e abertura dos participantes para falarem sobre diversos conceitos, inclusive sobre o simbólico. Após esta discussão, um familiar relatou que se sente violentado no âmbito conjugal, pois afirma ser uma pessoa que não gosta de beijar e demonstrar carinhos e afetos em público e sua esposa não entende. Sente-se pressionado/violentado quando ela o contraria.

O professor deixou claro que a violência acontece justamente por conta dessa diferença de cultura, raça, classe social, gênero, modo de pensar das pessoas, pois há sempre um querendo ser superior a outro. Na roda foi discutido ainda

sobre assédio moral e outros tipos de violências que ocorrem no âmbito institucional e suas formas de enfrentamento. Os usuários e familiares relatavam principalmente sobre as dificuldades de acesso a alguns tipos de serviços públicos, ao trabalho formal e apontaram o preconceito contra a pessoa com transtorno mental como o principal “vilão”. No final da atividade o profissional convidado exibiu um documentário “Ruínas da Loucura”.

Em relação aos resultados da avaliação, realizada no final da atividade pelos participantes, no dia 21 de agosto 91,6% dos familiares avaliaram a atividade como “ótimo” e 8,4% como “regular” e no dia 22 de agosto 60% dos usuários avaliaram como “ótimo”, 26,7% como “regular” e 13,3% como “ruim”. Dentre as sugestões presentes, é possível destacar algumas opiniões: “gostei de toda palestra”, “continuação desse trabalho”, “gostei bastante do vídeo para que as pessoas socializem-se”, “não pare com o seu trabalho”, “seria ótimo se todo mundo fosse carinhoso, atencioso. Continua sempre assim”, “gostei” (duas vezes), “eu gosto do grupo mesmo”.

No geral, os participantes avaliaram as atividades de forma positiva e muitos usuários e familiares de fato participaram das discussões da roda, por se sentirem à vontade nesse ambiente grupal, principalmente quando observa-se o comentário do usuário quando diz que gostaria que “todo mundo fosse carinhoso, atencioso”, para que ele se sentisse bem como naquele momento.

O fato de ter um convidado de fora para auxiliar nas discussões, não fez com que os sujeitos se intimidassem com a sua presença, ao contrário, muitos relataram situações de violência vivenciadas e o que fizeram para enfrentá-las o que rendeu uma boa roda de conversa.

Considerações Finais

Para os futuros profissionais de Serviço Social, o Estágio Obrigatório se constituiu em uma experiência enriquecedora como fonte de conhecimento, na qual foi possível às estagiárias obterem maior aproximação do processo de trabalho dos profissionais da instituição e conhecer a realidade de um dos campos em que o Assistente Social atua.

Por ser uma profissão que demanda uma atitude investigativa do profissional, foi possível perceber que, no CAPS II Leste, o Assistente Social é o único profissional que atua diretamente com as diversas manifestações da questão social. Isso se constitui em uma enriquecedora experiência com a realidade social, pois ele trabalha não apenas com o transtorno mental dos usuários, mas com diversas dimensões sociais que atravessam essa experiência e demandas no campo para este profissional. Nesse sentido, observa-se a importância de uma formação generalista que contemple diversos conhecimentos investigativos e que possibilite compreender as diversas questões que são postas a estes profissionais.

Com essa experiência no CAPS II Leste, foi possível apreender ainda a importância do ato de registrar o cotidiano através da elaboração do diário de campo no dia-a-dia do estágio, sendo o registro um instrumento relevante de trabalho do assistente social, em que foi permitido construir e constatar sua importância. Outro processo que ficou claro com o estágio foi a importância de conhecer a realidade em que se atua, que foi possível através da elaboração da Análise Institucional, documento fundamental para conhecer e deixar registros das diferentes dimensões da realidade Institucional em que o profissional desenvolve seu processo de trabalho construído coletivamente, a realidade e o contexto dos usuários e familiares nela inseridos.

Em relação aos usuários e familiares, este contato e conhecimento de sua realidade foram possíveis através das abordagens individuais diárias e das reuniões com grupos, realizadas pelas Assistentes Sociais e acompanhamento das atividades desenvolvidas por outros profissionais da instituição. Mesmo tendo coordenado apenas poucas reuniões de grupo com esses sujeitos, foi muito rica a experiência de se envolver diretamente, através de roda de conversa e diálogo aberto, com usuários e familiares-cuidadores.

O Estágio Obrigatório possibilitou um maior desenvolvimento do senso crítico na estagiária, despertando no dia-a-dia a atitude investigativa e a capacitando para desenvolver futuramente a profissão com compromisso ético-político. Como foi possível notar, o estágio contribui ainda para a formação profissional no processo de aprendizagem teórico-metodológica, no sentido de ter alcançado uma reflexão sobre a realidade institucional, bem como o maior conhecimento das políticas no setor da Saúde Mental e áreas afins. Além disso foi possível desenvolver nas estagiárias o conhecimento do processo técnico-operativo do Assistente Social e ético político.

É interessante notar que o processo de estágio é uma constante troca entre instituição de ensino e o campo, pois além de todos os sujeitos presentes no processo aprenderem a aprimorar seu processo profissional e acadêmico, observa-se que cada sujeito deve devolver ao campo o que dele apreendeu.

Em relação ao estagiário, é possível observar que além de levar conhecimento do campo, é um sujeito fundamental que movimenta a instituição, tanto no sentido de levar ao campo novos conhecimentos apreendidos da academia, como possibilitar uma troca de experiências entre profissional do campo, profissional acadêmico e graduando em processo de aprendizagem. Além disso, é possível perceber que o estagiário torna a instituição mais dinâmica, com atividades inovadoras, que buscam a mudança institucional e que saem da rotina.

Sobre o Projeto de Intervenção, foram alcançados seus objetivos, pois com sua elaboração e execução foi possível criar um espaço de diálogo aberto, onde os sujeitos puderam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Foram realizadas trocas de experiências, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos no grupo, o que fortaleceu a construção da autonomia dos sujeitos por meio das problematizações disparadas, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação.

Além disso, com o Projeto de Intervenção foi possível incrementar a participação dos usuários e familiares-cuidadores nos grupos realizados, como uma forma de contribuir para o projeto terapêutico da pessoa com transtorno mental, discutir sobre os diferentes tipos, frequências e locais de violências a que são submetidos, desenvolver ações socioeducativas e informativas sobre o proceder em situações de violência, democratizar as informações acerca dos seus direitos, integrar os sujeitos participantes e promover um momento lúdico e reflexivo, materializar as informações e discussões realizadas, promover a cidadania através da arte, onde os sujeitos deixam de ser passivos e espectadores e passam a ser protagonistas da ação dramática e se preparam para o futuro, como exemplo a vivência de biodança.

Foi possível ainda perceber que houve um considerado aumento do número de participantes nos encontros grupais e aparente ampliação da satisfação das pessoas com transtorno mental e seus cuidadores em participar das atividades e contribuir para o projeto terapêutico da pessoa com transtorno mental. Por fim, com a elaboração e divulgação deste artigo, foi possível atingir o último objetivo que é o da publicação dos resultados do Projeto de Intervenção e das ações desenvolvidas no âmbito do campo de estágio, como forma de dialogar com a sociedade e deixar as marcas da contribuição do processo de estágio para as instituições.

Referências

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos em representações sociais. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

BELLENZANI, Renata; COUTINHO, Mayara Karolina Alvarenga Recaldes Gomes Coutinho; CHAVEIRO, Mayla Mayle Monnik Rodrigues de Sousa Chaveiro. **As práticas grupais em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**: sua relevância e o risco de iatrogenias. 2013. Disponível em: <<http://bit.dolfKnb>>. Acesso em: 4 ago.2020.

BERNARDES, Tathiana Lima; CARDOSO, Janaína da Silva. **Análise Institucional**: Centro de Atenção Psicossocial II – Leste. Universidade Federal do Piauí: Teresina, 2011(mimeo)

BEZERRA, Cleidilene Lima. **Análise Institucional**: Centro de Atenção Psicossocial II – Leste. UFPI: Teresina, 2010. (mimeo)

BRASIL. Ministério da 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. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CFESS. **Resolução nº 533 de 29 de setembro de 2008**. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, 43(Supl. 1), p.101-108, 2009 .

PEREIRA, Maria Ismênia Reis. **Do movimento corporal a criação de texto.** Monografia a titulação de facilitador em biodança. 1991. Disponível em: <<http://bit.dolfKnj9>>. Acesso em: 27 set. 2020

PEREIRA. Sofia Laurentino Barbosa. **Os processos de trabalho do Serviço Social na saúde mental a partir dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde:** um estudo de caso no CAPS II LESTE. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Piauí: Teresina, 2011.

ROSA, Lucia Cristina Santos; CARVALHO, Marta Evelin. A Reforma Psiquiátrica do Piauí na primeira década do século XXI. In: GUIMARAES, Lucas; ROSA, Lucia; EVELIN, Marta (Orgs). **Contextos em saúde mental:** saberes, práticas e histórias de vidas. Teresina: EDUFPI, 2008, p. 253-230.

ROSA, Lucia Cristina Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2008

TERESINA. **Lei 2.987, de 17 de maio de 2001.** Dispõe sobre a política de saúde mental e assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termo de prevenção, reabilitação, ensino, pesquisa e dá outras providências. Disponível em: <http://bit.do/fK7nj6>. Acesso em: 27 set. 2020.

CAPÍTULO V

EDUCAÇÃO É UM ATO DE BEM-QUERER: UMA ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

*Denise Costa de Carvalho
Lucia Cristina dos Santos Rosa*

Introdução

Este artigo apresentará a experiência de um projeto de intervenção da ex-estagiária supervisionada de Serviço Social da Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho, inserida no Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção integral aos usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad). O projeto intitulado *Bem-me-quer* tinha por objetivo a qualificação de profissionais de uma escola de Teresina-Piauí para a prevenção do uso de drogas.

Os serviços de saúde mental e para tratamento de dependência de substâncias psicoativas, antes da Reforma Psiquiátrica, tinham modelos com assistência institucionalizada e excludente do convívio social. Com o novo sistema de tratamento clínico para pessoas com transtorno mental, foram criados diversos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, com o intuito também de promover saúde e estarem mais próximos da comunidade, dentre eles: o Serviço Hospitalar

de Referência para a Atenção integral aos usuários de Álcool e outras Drogas.

O SHRad é uma unidade de serviço, em hospitais gerais, com oferta de leitos para tratamento especializado em uso e dependência de substâncias psicoativas. O tratamento realizado é de curta duração (quinze dias) para desintoxicação e encaminhamento para serviços de tratamento e acompanhamento dos usuários do serviço.

Em 2006, o projeto de implantação do SHRad da Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho tinha sido aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite no Sistema Único de Saúde, porém ainda não estava em funcionamento. Nesse ínterim, foi desenvolvido projeto de intervenção com objetivo de prevenção em saúde, com foco no uso indevido de drogas.

A atuação do Serviço Social neste projeto foi baseada nos princípios ético-políticos, que regem a profissão, bem como nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social na área da saúde. Ao assistente social é requisitado que seu trabalho seja baseado na:

[...] ética da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania, lembrando-nos da importância de captar as diferenças sociais, as necessidades dos usuários, mas também as suas capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade através das redes de apoio, o que é fundamental para sua proteção e autonomia. O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também as formas de superação (MARTINELLI, 2007, p. 28).

Ainda segundo esta autora (MARTINELLI, 2007, p. 29), é também este compromisso ético-político do assistente social que faz a categoria avançar na sistematização das ações e na construção de conhecimentos. Para qualificar a intervenção, é preciso fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção do saber comprometido com a qualidade do exercício profissional.

Martinelli aponta exigências para qualificar o conhecimento para aperfeiçoar a intervenção. Elas são:

[...] realizar a pesquisa a partir da prática; construí-la a partir do lugar experiência; trabalhar a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos; ter sempre no horizonte o valor social do conhecimento produzido, seu retorno ao campo de intervenção e aos sujeitos que dela partilham; intercambiar experiências, dialogar pela via interdisciplinar, para ser criativo na construção do conhecimento; ancorar este modo de produzir conhecimento nas próprias vivências, na experiência social cotidiana, dando-lhe visibilidade e transformando o 'conhecimento silencioso' em 'conhecimento partilhado', através de sua socialização; enfim, ter sempre presente que pela construção do conhecimento, de novos saberes e práticas, buscamos melhorar a intervenção para que, como expressão de nosso projeto ético-político possamos nos fortalecer produzindo práticas que expressam nossa vontade política e que sejam capazes de refundar a política como campo de direitos e refundar o social como espaço de construção de utopias, de intervenção de futuros (MARTINELLI, 2007, p. 29).

O assistente social, por ser um profissional da saúde com ação predominantemente educativa e que visa à promoção dos indivíduos na sociedade, possui um importante lugar no trabalho de prevenção primária e também secundária ao uso abusivo de drogas (PEREIRA; FIGUEIREDO, 2001).

Ainda segundo esses autores, trata-se de um espaço político a ser conquistado, configurando-se, pois, como um desafio a mais para o Serviço Social. Nesta lógica, o profissional deverá se munir de um suporte técnico-científico que lhe permita sua inserção nesse campo. Sendo assim, os assistentes sociais estarão aptos a reivindicar a sua justa ocupação no cenário político da prevenção ao uso de drogas (PEREIRA; FIGUEIREDO, 2001).

Costa (2000) afirma que as atividades do Serviço Social estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional que se relacionam intimamente com as requisições. Dentre elas, pode-se destacar: a educação e a informação em saúde, que consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, seus familiares e à comunidade para “[...] informar, esclarecer e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias” (COSTA, 2000, p. 45).

O assistente social, para atuar em rede, tem que compreender o marco legal, a realidade e a especificidade do problema em questão a partir da realidade local para “[...] atuar de forma estratégica na construção de alternativas para responder às demandas identificadas na sociedade, que ultrapassem a simples utilização de técnicas” (CASTRO; CARVALHO; CRONEMBERGER, 2008, p. 177).

A operacionalização das atividades do Serviço Social se dá, dentre outros, através dos seguintes núcleos de objetivação:

[...] levantamento de dados para caracterização e identificação das condições (..) sanitárias dos usuários (...), com a finalidade de: 1. conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, (...); 2. identificar as possibilidades e condi-

ções [da comunidade] na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e do tratamento (COSTA, 2000, p. 46).

Neste sentido, antes da aplicação do projeto, realizou-se um diagnóstico da realidade do bairro e várias entrevistas com diretores das escolas do território do Serviço de Referência Hospitalar em álcool e outras drogas da Unidade Integrada de Saúde do Mocaminho com o objetivo de investigar que expressões da questão social estavam presentes no cotidiano da escola.

A escolha da escola para execução do projeto se deve ao fato dela saber diagnosticar e fazer análise de sua realidade e por possuir como uma das expressões da questão social o uso abusivo de drogas pelos estudantes. Além disso, o colégio é muito receptivo a projetos sociais e se mostrou aberto para a intervenção da estagiária.

As atividades preventivas podem ter enfoque em três tipos de intervenções: 1) a global, que são programas destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco, que podem ser realizadas na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação; 2) a específica, que são ações voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de substâncias, que podem ser realizadas, por exemplo, com grupos de crianças e com filhos de dependentes químicos; 3) a indicada, que são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos violentos relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias psicoativas (como alguns acidentes de trânsito), como programas que visem diminuir o consumo de álcool e outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do indivíduo, como o desempenho acadêmico e a reinserção escolar (ZEMEL, 2008).

O público alvo do projeto para intervenção global foi os profissionais da escola, que incluem profissionais desde a porta de entrada do colégio (com os vigias) até a direção da escola, qualificados para a prevenção do uso de substâncias psicoativas.

Para a concretização da iniciativa, realizou-se a mobilização do público-alvo para a participação nas atividades, assim o projeto foi exposto (com distribuição de folders) nos três turnos para que todos os profissionais da escola fossem contemplados. Além disso, foram expostos cartazes, em pontos estratégicos do colégio, com avisos da exposição do empreendimento e inscrição para a qualificação.

Os métodos utilizados para a realização da qualificação dos profissionais da escola para prevenção do abuso de drogas foram palestras (para oferecer subsídios teóricos para intervenção na realidade) e oficinas, nas quais os profissionais puderam construir modelos de prevenção do uso de drogas para serem implementados no ambiente escolar.

O curso teve a carga horária de 30 horas. O período de implantação do projeto *Bem-me-quer* foi de setembro a dezembro de 2007, cujas palestras e oficinas eram realizadas em dois dias da semana nos quais os profissionais da escola tinham maior disponibilidade para estarem participando.

A qualificação para os profissionais da escola envolveu os seguintes temas: Os tipos de drogas e as consequências do abuso de substâncias psicoativas; Fatores de risco e de proteção presentes na relação familiar para o uso de drogas; Legislação brasileira sobre drogas; Rede de serviços em álcool e outras drogas; A política brasileira de saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; Saúde na escola: uma escola comprometida com a realidade; Modelos de prevenção de drogas em escolas.

A equipe teve como prioridade informar ao público-alvo sobre os efeitos das drogas, como conversar com os estudantes

sobre o assunto e como abordar o dependente químico sobre o efeito de drogas, desfazendo-se estigmas e encontrando alternativas para melhoria da qualidade de vida dos estudantes.

Segundo Zemel (2008, p. 96), para que se realize um trabalho sério de prevenção com um determinado grupo é necessário: “[...] identificar os fatores de risco, para minimizá-los; identificar os fatores de proteção, para fortalecê-los; tratar o grupo como específico, para identificação dos fatores”.

Nesse sentido, foram realizadas oficinas com os profissionais da escola para que estes pudessem produzir projetos de prevenção na escola, depois de realizarem um diagnóstico da realidade, observando fatores de risco e de proteção na escola e na comunidade.

Para a avaliação do projeto foram realizadas avaliações *ex ante*, durante e *ex post*, através de questionários e observação.

A avaliação *ex ante* tem por objetivo:

[...] verificar a pertinência, a viabilidade e eficácia potencial de um programa, ou seja, sua pertinência em face à realidade, coerência, congruência internas, rentabilidade econômica das ações em relação aos objetivos propostos, orientando-se, portanto, por três princípios: pertinência, coerência e rentabilidade econômica do programa (AGUILAR & ANDER EGG, 1994 apud SILVA E SILVA, 2001, p. 54-55).

Na pesquisa realizada antes da execução do projeto, com os diretores das escolas do bairro e com os profissionais da escola escolhida para ter a qualificação, foram examinados dados que deram subsídios para a avaliação da viabilidade do projeto.

A avaliação, durante a execução da intervenção, teve por objetivo “[...] levantar informações sobre o andamento do programa, ponderando com o objetivo de avaliar mudanças

situacionais, verificar cumprimento do programa conforme o que foi estabelecido inicialmente” (AGUILAR; ANDER EGG, 1994 *apud* SILVA E SILVA, 2001, p. 55), subsidiando possíveis alterações.

A avaliação foi feita a partir da frequência e da participação dos profissionais. A fala deles, em suas intervenções nas palestras e oficinas, deu subsídios para a avaliação durante a execução do projeto: se necessitaria o uso de outra metodologia e se o projeto continuava viável para a sua execução.

Uma avaliação *ex post* também foi realizada. Este tipo de avaliação:

[...] distingue-se da avaliação do fim do programa, realizada imediatamente à sua conclusão, por se realizar somente quando o projeto já alcançou pleno desenvolvimento, após meses quando o projeto já alcançou pleno desenvolvimento, após meses ou anos de sua finalização. Assim, os autores consideram avaliação *ex post*, aquela de impacto ou avaliação pós-decisão, que objetiva, como a avaliação durante, avaliar a eficiência para orientar programas futuros (AGUILAR & ANDER EGG, 1994 *apud* SILVA E SILVA, 2001, p. 55).

Duas avaliações *ex post* foram feitas: a primeira através de um questionário, por meio do qual os profissionais analisaram a execução do projeto e outra através da observação de projetos implementados na escola para a promoção de saúde e prevenção do uso abusivo de drogas.

O consumo de drogas em números

Entende-se por drogas substâncias psicoativas capazes de produzir alterações no organismo, nas sensações, no estado emocional e no grau de consciência (CEBRID, 2014), de for-

ma intencional ou não, e que podem ser lícitas (álcool, cigarro, dentre outras) ou ilícitas.

O uso indevido e o abuso dessas substâncias são considerados problema de saúde pública. De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas 2020 (UNODC, 2020), cerca de 269 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2018; o que representa um aumento de 30% se comparado com o consumo em 2009.

O Ministério da Saúde (BRASIL *apud* ROSA *et al.*, 2008) constata que seis por cento dos transtornos mentais graves são decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. As internações em hospitais psiquiátricos em decorrência de alcoolismo são em média de 22,5%.

De acordo com o último relatório norte-americano sobre o uso de álcool e outras drogas, 21% dos estudantes da 8ª série, 37% da 10ª série e 48,2% da 12ª série fizeram uso de alguma droga ilícita na vida; 35,8% dos estudantes da 8ª, 58,2% da 10ª e 70% da 12ª série ingeriram álcool; e 20% dos estudantes da 8ª, 33% da 10ª e 42,2% da 12ª série consumiram tabaco (JOHNSTON; O'MALLEY; BACHMAN; SCHULENBERG, 2011 *apud* CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

No Brasil, vários levantamentos realizados com adolescentes e com universitários têm mostrado o panorama do consumo de substâncias psicoativas entre os jovens (CARLINI; COLS., 2010; SENAD, 2009; SENAD, 2010; UNIAD, 2012a; UNIAD, 2012b). Em levantamento sobre o consumo de drogas psicoativas entre estudantes dos Ensinos Fundamental e Médio das escolas públicas e privadas brasileiras 25,5% dos adolescentes relataram já ter usado alguma droga ilícita, 60,5% relataram já ter usado álcool e 16,9% relataram ter fumado tabaco.

Outro estudo nacional mostrou que 2% dos adolescentes no Brasil fizeram uso de cocaína ano. Quase metade dos usuários adultos (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. O Brasil é responsável por 20% do consumo mundial de cocaína/crack, o principal mercado de crack do mundo e o segundo maior consumidor mundial de cocaína (UNIAD, 2012a).

Em relação ao uso de maconha, 3% dos adolescentes fizeram uso desta substância no ano do levantamento. Além disso, mais da metade dos usuários, tanto adultos quanto adolescentes, consomem maconha diariamente (1,5 milhão de pessoas) e 62% deles experimentaram maconha antes dos 18 anos (UNIAD, 2012b).

A idade precoce de início do uso de drogas aumenta a vulnerabilidade ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (SENAD, 2009), 17,2% dos indivíduos com idade entre 12 e 17 anos relataram ter feito uso de alguma droga ilícita pelo menos uma vez na vida, 7% já apresentavam dependência de álcool e 2,9% de tabaco.

O uso de substâncias psicoativas entre adolescentes tem sido associado a diversas consequências negativas, dentre elas os problemas escolares (GALDURÓZ; COLS., 2010; LARROSA; PALOMO, 2010; LI; LERNER, 2011 *apud* CARDOSO; MALBERGIER, 2014). Tanto estudos nacionais quanto internacionais têm mostrado que ausências, repetências, evasão escolar, dificuldades na aprendizagem e pouco comprometimento com atividades escolares estão associados ao uso de drogas entre os adolescentes (CEBRID, 2004; HORTA, HORTA, PINHEIRO, MORALES; STREY, 2007; LATIMER; ZUR, 2010; SALAZAR, UGARTE, VASQUEZ; LOAIZA, 2004 *apud* CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

A defasagem escolar foi uma das principais consequências do uso de drogas ilícitas entre os estudantes. Observou-se que as faltas eram mais frequentes entre os adolescentes que alguma vez na vida tinham feito uso de drogas ilícitas (CEBRID, 2004).

Em outro estudo brasileiro, realizado com 2.410 estudantes de 10 a 19 anos, observou-se que o uso de drogas ilícitas estava associado a um maior número de reprovações escolares (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004 *apud* CARDOSO; MALBERGIER, 2014).

Em pesquisa realizada com pessoas em tratamento de dependência química ou em cumprimento de medidas socioeducativas em Teresina-Piauí revelou que 58,8% têm idade até 20 anos; sendo que a maioria (37,8%) tem até 17 anos, 11,1% tem idade entre 21 a 30 e 10,6% de 31 a 40 anos (ROSA *et al*, 2008).

De acordo com esse estudo, a maioria dos sujeitos (64,1%) não concluiu o Ensino Fundamental, especialmente nos sextos e sétimos anos. Apenas 9,1% concluíram o Ensino Fundamental e 2,5% não concluíram o Ensino Superior. O público de analfabetos foi de 5,6% dos sujeitos da pesquisa.

Legislação, políticas públicas e a prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 preceitua que é dever do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à educação, dentre outras garantias. Devem-se ter programas de prevenção e de atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de substâncias psicoativas (BRASIL, 1988).

Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), foi determinado que os estabelecimentos de ensino terão a incumbência de promover ambiente escolar seguro, adotando estratégias de prevenção do uso e de dependência de drogas (BRASIL, 1996).

Além disso, a LDB determina que os currículos da Educação Infantil, dos Ensinos Fundamental e Médio devem adotar, em seus currículos, projetos e pesquisas envolvendo temas transversais.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, “[...] a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1990), sendo que a instituição de ensino tem o dever de assegurar medidas de prevenção ao uso de drogas.

Com o Estatuto da Juventude, é ratificada a garantia que “[...] o jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (BRASIL, 2013).

A política pública de atenção à saúde do jovem deverá ser desenvolvida, dentre outras perspectivas, em consonância com as seguintes diretrizes: garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino; habilitação dos professores para a identificação dos problemas relacionados ao uso abusivo e à dependência de álcool, tabaco e outras drogas e encaminhamento aos serviços assistenciais e de saúde.

Visando, dentre outras atribuições, a prescrição de prevenção do uso e dependência de drogas, é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), através da Lei 11343, em 2006.

O SISNAD tem por alguns de seus princípios a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas e a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido de drogas.

Uma das diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool é “[...] estimular a inclusão de ações de prevenção ao uso de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino, em especial nos níveis fundamental e médio” (BRASIL, 2007).

Em 2007, o Conselho Estadual de Educação do Piauí emite o parecer nº 155/2007, com vistas a orientar as instituições do Sistema de Ensino do Estado do Piauí sobre a implementação da Política Nacional sobre o Álcool.

Foi instituído, em 2008, o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Piauí, que tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido de drogas, em consonância com o SISNAD (PIAUI, 2008).

Em 2016, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) renovaram um memorando visando melhorar a capacidade de resposta dos países da região às necessidades da população afetada pelo problema das drogas, a partir de uma perspectiva de saúde pública, ressaltando a necessidade de fornecer programas de prevenção e tratamento.

Dentre os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas, está o desenvolvimento de ações de redução da demanda para o uso de drogas, incluídas as ações de prevenção e promoção à saúde, e que se priorizem a prevenção do uso indevido

de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

Fatores de risco e de proteção para prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas

O conceito de prevenção foi ampliado e colocado no conceito de promoção de saúde, que é o nome dado “[...] ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 *apud* ZEMEL, 2008, p. 94).

Prevenção é “[...] tudo aquilo que possa ser feito para evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso, abuso ou a prejuízos relacionados ao padrão de consumo de substâncias psicoativas” (DUARTE; CRUZ; TROIAN, 2008, p.80).

Segundo Macedo, a prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool em adolescentes pode ser definida como “[...] um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos, e fortalecidos dos fatores de proteção” (MACEDO, 2008, p. 05), implicando, necessariamente, em “[...] inserção comunitária de práticas propostas, como a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis” (MACEDO, 2008, p. 05).

Existem fatores que convergem para a construção de circunstâncias do uso abusivo de drogas, que são chamados fatores de risco. Os fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger para não fazer seu uso indevido são chamados de fatores de proteção.

De acordo com Bahs; Ingbermann (2005); Bucher (2007); Duarte; Troian (2008); Figueiredo (2000); Macedo (2008); Rosa et al. (2008b); Silveira apud Melo; Ribeiro (2003); Souza (2007); Zemel (2008, p. 96-99); dentre outros autores, constituem fatores de risco:

- Fatores do próprio indivíduo: propensão à depressão, ansiedade ou autoestima baixa; insegurança; insatisfação com a vida; curiosidade; busca de prazer; procura de engajamento em grupos; necessidade de demonstrar independência e a necessidade de contrariar as pessoas que se encontram em situações hierarquicamente superiores; ter experiências novas e emocionantes; fuga da realidade.
- Fatores sociais: desvalorização das autoridades sociais; agressividade e violência; descrença nas instituições; falta de recursos para prevenção e atendimento; falta de oportunidade de trabalho e lazer; modelos sociais que aprovam ou incentivam o consumo de drogas; o poder da mídia de influenciar para o uso de drogas; fatores econômicos (alto ou baixo poder aquisitivo); influência de grupos; vínculos negativos com pessoas e instituições; pobreza de ideais morais, políticos, filosóficos ou religiosos; falta de uma política clara e objetiva sobre o cigarro, álcool e outras drogas; aliciamento de amigos (traficantes seduzem líderes de grupos fornecendo-lhes droga sem pagamento para, posteriormente, conseguir novos adeptos).
- Fatores relacionados à droga: disponibilidade da droga (facilidade de acesso); falta de informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos; publicidade (comerciais que estimulam o uso e mostra apenas o prazer que a

droga causa); prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso.

- Fatores na família: pais que fazem uso de drogas; pais com transtornos mentais; pais excessivamente autoritários ou muito exigentes; falta de regras claras; violência familiar; discriminação e rejeição por parte dos pais; ausência dos responsáveis, devido à enorme carga de horário de trabalho (já que diante dos salários baixos, é preciso dedicar mais tempo ao trabalho para ter melhores condições de vida).

- Fatores na escola: baixa escolaridade; falta de regras claras; baixas expectativas da escola em relação às crianças; exclusão social; falta de vínculo com as pessoas ou com a aprendizagem; discriminação e rejeição por parte dos professores; a falta de habilidade de convivência com grupos; disponibilidade de álcool na escola e nas redondezas; professores que usam e cultuam o uso de drogas; baixo desempenho escolar.

Constituem fatores de proteção, segundo Bahs; Ingbermann (2005); Bucher (2007); Duarte; Cruz; Troian (2008); Figueiredo (2000); Macedo (2008); Melo; Ribeiro (2003); Rosa et al.(2008b); Souza (2007); Zemel (2008, p. 96-99); dentre outros autores:

- Fatores do próprio indivíduo: habilidades sociais; cooperação; habilidades para resolver problemas; vínculos positivos com pessoas, instituições e valores; autonomia; autoestima desenvolvida; existência de um projeto de vida com metas alcançáveis; valores éticos; espiritualidade.

- Fatores sociais: modelos sociais que promovam a valorização da vida e da saúde; oportunidade de trabalho e lazer; atividades de lazer e culturais; respeito às leis sociais; credibilidade da mídia; informações adequadas

sobre drogas e seus efeitos; clima comunitário afetivo; consciência comunitária e mobilização social.

- Fatores relacionados à droga: informações contextualizadas sobre efeitos; regras e controle para consumo adequado.
- Fatores familiares: pais que acompanham as atividades dos filhos, estabelecimento de regras de condutas claras; pais seguros; com boa autoestima; com capacidade para impor limites e frear o desejo de saciar imediatamente as suas vontades; que respeitem suas individualidades, permitindo-lhes liberdade de conversa, de observação, de senso crítico, com coerência; ensinar os filhos a não ceder às pressões sociais, dando-lhes personalidade marcante e respeitável; que se aproximem dos amigos de seus filhos, conhecendo-os e conhecendo suas famílias para melhor observá-los; atualizados sobre os riscos existentes na sociedade para bem orientar os filhos; que evitem o autoritarismo e a permissividade; usem linguagem comum, ao se dirigirem a eles; estejam atentos aos sintomas físicos e comportamentais para melhor orientá-los; envolvimento afetivo com a vida dos filhos; respeito aos ritos familiares; estabelecimento claro da hierarquia familiar; pais integrados com a escola num processo de educação.
- Fatores na escola: bom desempenho escolar; escola que evidencia regras de padrões comportamentais claros e consistentes, com exemplificação dos adultos; a participação dos estudantes em decisões de questões escolares, com a inerente aquisição de responsabilidades; boa inserção e adaptação no ambiente escolar; aceitação pelos pares bem-sucedidos e pelos professores; próprio desenvolvimento intelectual e cognitivo ser aceitos por professores e colegas; ligações fortes com a escola; víncu-

los afetivos com professores e colegas; realização pessoal; possibilidades de desafios e expansão da mente; descoberta de possibilidades (e “talentos”) pessoais; prazer em aprender; descoberta e construção de projeto de vida.

Considerando a relação entre o indivíduo e a droga, é possível pensar em três estratégias preventivas: 1) diminuir a oferta do produto substâncias; 2) diminuir a demanda por parte do usuário (ação educativa por meio de intervenções de caráter pedagógico); e 3) influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura (é chamada atualmente de intervenção estrutural, realizada por meio de medidas visando minimizar ou neutralizar o impacto dos fatores relacionados ao risco ou à proteção, agindo, predominantemente, na interface oferta/demanda) (MOREIRA, SILVEIRA; ANDREOLI, 2006). O termo “estrutural” se refere a “[...] intervenções que visam à alteração do contexto o qual a saúde é produzida ou reproduzida” (MOREIRA, SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 808).

A estratégia de diminuição da demanda ganhou força a partir 1970, quando a Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) convocou especialistas de vários países para discutir a abordagem preventiva do uso de drogas e a questão considerada uma necessidade mundial e premente. A escola, portanto, passou a ser o espaço privilegiado para o desenvolvimento de atividades preventivas, visando à educação para a saúde, visto que foi uma grande parcela da população passa por ela numa idade e em circunstâncias altamente favoráveis.

A ação intersetorial e integral tem que ser implementada. A educação ainda atua de maneira periférica. É importante que esteja articulada a uma rede de suporte resolutiva e ser dinâmica no trabalho de prevenção. Seu papel deve incluir “[...] a detecção precoce de jovens em situação de risco, encaminha-

mentos, trabalhos conjuntos [...] exige preparo dos educadores, pois os alunos ‘mais difíceis’, em geral, são. aqueles que merecem um olhar diferenciado” (CEBRID, 2003, p.36 *apud* ROSA, 2008a, p. 59)

Segundo Sposati, trabalhar em rede, na concepção territorial, significa que a organização deve “[...] ir além da adesão, pois há necessidade de romper com os velhos paradigmas, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada” (SPOSATI, 2006 *apud* CASTRO; CARVALHO; CRONEMBERGER, 2008, p.178).

Resultados alcançados

Para a análise comparativa, foi realizada uma avaliação *ex ante*, durante a qual foram aplicados questionários com os funcionários e realizada entrevista com a direção da escola.

Tal avaliação constatou que a maioria dos profissionais não sabia lidar com a situação de uso de drogas na escola, havendo repasse da situação para a diretora da escola; além disso, a concepção que eles tinham das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas era preconceituosa, estigmatizante e uma visão de senso comum; ademais, alguns profissionais não conheciam certos tipos drogas (merla, ecstasy, dentre outras); e poucos professores tiveram alguma qualificação sobre dependência química/substâncias psicoativas. O que mostrou a importância da implantação desse projeto piloto no Piauí. Além disso, foi verificado quais temas os profissionais sentiam maior necessidade de conhecer.

O projeto *Bem-me-Quer* teve, dentre 123 profissionais da escola, 43 inscritos (35% dos funcionários do colégio).

A frequência com que estes profissionais estavam nas atividades realizadas foi de 23 pessoas que participaram de 75% ou mais das palestras e oficinas.

Realizadas nos dias de segundas e quartas-feiras. O dia em que mais profissionais estavam presentes foram no segundo dia da semana (com frequência que chegava a ser de 35 pessoas). Porém, nas quartas-feiras, alguns dos trabalhadores daquela escola se revelaram indisponíveis, chegando a participar em número mínimo de 17 pessoas.

Apesar do projeto ter sido pensado inicialmente para trabalhar também com famílias, ao final não contemplou este público-alvo devido ao pequeno prazo para execução durante o estágio. No entanto, houve presença de familiar nesta qualificação, onde a participante relatou que se sentia sensibilizada por essa realidade estar presente no dia-a-dia de todas as pessoas.

Nos relatos de experiências e nas oficinas realizadas, observou-se a conscientização social dos profissionais, os quais colocaram com grande discernimento as limitações de sua prática pessoal e profissional com o envolvimento com a temática, além de terem facilidade para a construção do mapa da realidade do Mocambinho, apontando pontos positivos e negativos que estão presentes para a prevenção do uso indevido e abusivo de drogas.

A realização de oficinas revelou ser de grande importância para a qualificação para o envolvimento com a temática, momento em que os profissionais foram chamados a pensarem sobre suas práticas e quais alternativas de prevenção de drogas eles propunham para a escola.

Nas oficinas, foram analisados fatores de risco (presença de bares na comunidade e de pontos de tráfico no bairro Mocambinho e nos circunvizinhos; falta de quadra de esporte na escola; dentre outros) e de proteção (presença de praças

que possuem espaços para a prática de esportes; quadras esportivas; organização que ministra aulas de balé, de música e que possui cursos de qualificação para o trabalho e de inclusão digital; presença de programas de geração de renda para familiares na escola; prática de esportes no colégio; busca da formação de personalidade e identidade dos alunos; projetos de qualificação profissional da comunidade) encontrados na escola e na comunidade.

Buscou-se, também nos projetos de prevenção elaborados pelos profissionais, potencializar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco, levando em consideração a cultura dos bairros Mocambinho, Buenos Aires e Santa Sofia e da escola; aproveitando os recursos existentes na escola e na comunidade, busca-se sempre integrar à rotina da escola atividades que previnam o uso de drogas e promovam a saúde.

Com as oficinas, objetivou-se planejar ações para intervenção preventiva do uso de drogas que se tornaram mais eficientes por considerarem:

[...] o respeito à cultura da comunidade e do lugar onde ela está inserida; o planejamento das ações; o aproveitamento dos recursos já existentes a integração das novas atividades ao currículo escolar; a preocupação com a possibilidade da continuidade das ações planejadas; a consideração do fato que só informação não basta; a identificação de fatores de risco e de proteção (ZEMEL, 2008, p.105).

Foram elaborados, pelos profissionais da escola, projetos de prevenção do uso de drogas que envolveram atividades, como: jogos; realização de cursos profissionalizantes; investimento em esportes (judô, dança, futebol, dentre outros); promoção de debates em sala-de-aula; promoção de curso de relações humanas para profissionais da escola, alunos e familiares;

aulas-passeio; aulas mais dinâmicas; realização de gincanas que envolvam os alunos e familiares; dentre outras atividades.

No questionário aplicado após a realização do projeto, 100% dos profissionais colocaram a participação em grupo como boa ou ótima. Questionados se os temas foram abordados de maneira clara, apenas duas pessoas avaliaram como “boa” e os demais profissionais consideraram “ótima”; a metodologia também foi considerada ótima. A maioria dos participantes relatou sobre sua experiência com a problemática no seu cotidiano, tanto pessoal, quanto profissional.

Em observação feita 20 meses após a execução do projeto, verificou-se que a escola está desenvolvendo projetos de: música (alunos aprendem a tocar instrumentos como violão e piano), incentivo ao esporte (karatê; corrida, em comemoração ao dia das crianças), ensino profissionalizante (cursos de Telefonista, de Técnicas de venda, Marketing, de Auxiliar de Escritório, sobre Departamento pessoal e sobre Arte da comunicação), profissionalização dos familiares, dentre outros. O que revelou, nessa avaliação, que a escola é comprometida com a realidade, com a formação de cidadãos, com a saúde de seus alunos e com a prevenção ao uso de drogas e que o projeto de intervenção foi eficaz em seus objetivos propostos.

Os aspectos positivos do projeto foram a grande participação dos profissionais da escola; a disponibilidade e a colaboração da direção da escola, bem como a de funcionários da escola; a presença das supervisoras de estágio, contribuindo valiosamente com a formação da estagiária e com as intervenções realizadas; o apoio do Parque Ambiental de Teresina para ceder o auditório e para a recepção dos profissionais da escola.

Algumas dificuldades que foram enfrentadas, durante a execução do projeto *Bem-me-quer* foram: a indisponibilidade de muitos auditórios; pouco tempo disponível para a procura de instituições para prestar apoio para o projeto e para o de-

envolvimento de intervenção junto ao público de familiares de alunos do colégio.

As dificuldades com o auditório foram enfrentadas, com o apoio da escola, para a procura de um local para a realização do trabalho e com o apoio do Parque Ambiental em ceder seu espaço. E o pouco tempo para a procura de apoio de organizações foi solucionado com o suporte das instituições que estavam, diretamente, ligadas com a execução do projeto: a Unidade Integral de Saúde do Mocambinho, a Universidade Federal do Piauí e a escola.

Reconhece-se que há muito a se fazer para a prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas. Neste sentido, sugere-se que as ações preventivas não se restrinjam a essa qualificação e a uma escola, portanto que a comunidade continue a ser desenvolvida integralmente.

Referências

BAHLS, Flávia Rocha Campos; INGBERMAN, Yara Kuperstein. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas, Vol 22, nº 04, out/dez 2005, p. 395-402.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em: <<http://bit.do/fKnma>>. Acesso em: 08-09-2020.

_____. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mai. 2007. Seção 1, p. 5.

_____. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2019. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Seção 1, Edição Extra – A, p. 7.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <<http://bit.dof/knj5>>. Acesso em: 08 set. 2020.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <<http://bit.dof/knj2>>. Acesso em: 8 set. 2020

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas de 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 Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago 2007. Seção 1, p. 2. col. 2.

_____. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 ago 2013. Disponível em: <<http://bit.dof/knjY>>. Acesso em: 8 set. 2020

BUCHER, Richard. A ética da prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 23 n. especial, 2007, pp. 117-123.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. Problemas escolares y el consumo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional** [online]. 2014, vol.18, n.1, pp.27-34. ISSN 2175-3539. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjZ>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

CARLINI, E. L. A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. M., CARLINI, C. M. A.; LOCATELI, D. P., e cols. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2010

CASTRO, Magali Sampaio de; CARVALHO, Denise Costa de; CRONEMBERGER, Liana Pereira. Assistente Social atuando em rede sócio-assistencial. In: ROSA. Lúcia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas Dannilo Aragão; BRANCO, Edna de Melo Castelo (Org.). **Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2008.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjV>>. Acessado em: 07 de setembro de 2020.

_____. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**: leitura recomendada para alunos a partir da 6ª série do Ensino Fundamental. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2014.

COSTA, Maria Dalva de Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000. p. 35-72.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; CRUZ, Déborah Domiceli de Oliveira; TROIAN, Sandra Mara de Lima. Prevenção. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas: Serviço Social da Indústria, 2008. p. 78-95.

INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. **Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o problema mundial das Drogas: relatório do processo**. Setembro de 2016. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjU>>. Acesso em: 30-08-2020.

FIGUEIREDO, Jorge César Gomes. **Drogas: Por que?** Disponível em: <<http://bit.dolfKnjS>> Acesso em: 19 de abril de 2004.

LOPES, Eleni de Melo Silva. Serviço Social e Educação: As perspectivas avanços do profissional de Serviço Social no sistema escolar público. **Serviço Social em revista**. Brasil, Vol 8, n.2, jan/jun 2006.

MACEDO, Paulo Roberto Aranha de. **Adolescência e fatores de risco e de proteção para o uso indevido de álcool**. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjM>>. Acesso em: 04 març. 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas.

Revista Serviço Social & Saúde. Campinas: ano VI, nº 06, 2007, p. 21-33.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Brasil: vol.11, n. 3, Jul/Set 2006, pp. 807-816.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre drogas 2020.** UNODC. 2020.

PEREIRA, Eliane T.; FIGUEIREDO, Túlio A. M. Prevenção secundária ao tabagismo: representações de Assistentes Sociais Que Atuam No Programa Saúde Do Idoso De Vitória-ES. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 10, 2001, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2001.

PIAUÍ. Lei Ordinária nº 5.775, de 23-07-2008. Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Piauí e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Piauí,** Teresina-PI, nº 139, de 24-07-2008.

ROSA. Lúcia Cristina dos Santos. Perfil e desafios dos assistentes sociais que atuam na assistência psiquiátrica no Piauí. In: ROSA. Lúcia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas Dannilo Aragão; BRANCO, Edna de Melo Castelo (Orgs.). **Saúde Mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí.** Teresina: EDUFPI, 2008a. p. 13-30.

_____, Lúcia Cristina dos Santos Rosa (coord.) et. al.. **Uso de Álcool e Outras Drogas na Adolescência em Teresina/ Piauí.** 01. ed. Teresina - PI: EDUFPI, 2008b. v. 01. 166p.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEMPLIUK Vladimir de Andrade; BARROSO, Lucia Pereira (Org). Brasília: SENAD, 2009.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
Psicotrópicas. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal
de São Paulo, 2010.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. Avaliação de políticas
e programas Drogas, 2008, 288p. **Avaliação de políticas e
programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora,
2001, Núcleo de Pesquisas, 06. p. 37-91.

SOUZA, Delma P. Oliveira de; SILVEIRA FILHO, Dar-
tiu Xavier da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas
entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhado-
res. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Brasil, Vol 10, nº
02, 2007, p. 276-287.

UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas.
(2012a). **II LENAD – Levantamento Nacional de álcool
e drogas**. O uso de cocaína e crack no Brasil. Disponível:
<<http://bit.do/fKnjF>>. Acesso em 07 de setembro de 2020.

UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas.
(2012b). **II LENAD – Levantamento Nacional de álcool e
drogas**. O perfil dos usuários de maconha no Brasil no ano
de 2012. Disponível: <<http://bit.do/fKnjF>>. Acesso em 07 de
setembro de 2020.

ZEMEL, Maria de Lurdes S. Prevenção: novas formas de
pensar e enfrentar o problema. In: SECRETARIA NACIO-
NAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS; SE-
CRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.
Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação
para conselheiros municipais. Brasília: Presidência da Repú-
blica, Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas,
2008, p. 92-107.

PARTE II:
OLHARES DA SAÚDE
MENTAL A PARTIR
DAS PESQUISAS DE
MONOGRAFIA

CAPÍTULO VI

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DA RIA SUL

Eduarda Ketilly Martins Santos

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Introdução

O presente artigo, elaborado com base nos resultados do trabalho de monografia da autora, tem como objetivo analisar o papel do Serviço Social na política de saúde mental no âmbito da intersetorialidade, a partir de experiências da “Rede, Instituições e Articulação” – RIA, que é uma iniciativa de profissionais da saúde mental de Teresina-PI.

Vale destacar que o referido trabalho de monografia foi construído a partir do interesse da autora em investir na pesquisa sobre intersetorialidade entre as políticas de saúde mental e assistência social, que partiu das experiências adquiridas através No processo de Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Piauí, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Sul, no 2º semestre de 2018 e 1º semestre de 2019.

Os dados da pesquisa foram coletados no segundo semestre do ano de 2019 e a amostra utilizada contou com a participação de 04 Sujeitos – sendo três assistentes sociais e uma enfermeira: 02 da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e 02 da Rede Socioassistencial, através de entrevista semiestruturada, onde foram questionados sobre os serviços e profissionais mais presentes nas ações desenvolvidas pela RIA e constatou-se a predominância do Serviço Social. É necessário destacar que os profissionais integrantes da pesquisa foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, após concordarem participar da investigação, foram submetidos a entrevistas elaboradas a partir de um roteiro semiestruturado.

Destaca-se, também, que se trata de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa e documental, baseada em entrevista semiestruturadas com profissionais do SUS e do SUAS, e que tem contato com a política de saúde mental através da RIA Sul, bem como em registros, artigos e outros documentos sobre o projeto. A autora também se utilizou da técnica de observação participante durante a coleta de dados, estando presente em 3 (três) reuniões da RIA Sul, e para a construção das informações obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa, de acordo com as exigências dispostas na Resolução 510/2016 (CNS). Além disso, a pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, com o CAEE de número 21514619.6.0000.5214 e Parecer nº 3.697.963.

A partir das experiências do Estágio e do processo de observação realizado durante as reuniões da RIA Sul, constatou-se que a maioria dos seus sujeitos integrantes são assistentes sociais, isso justifica o seu destaque tanto na participação da pesquisa, quanto na elaboração do presente trabalho. Desse

modo, o presente artigo enfatiza a atuação do Serviço Social na política de saúde mental, tendo por meio interlocutor a RIA Sul, dando destaque às ações intersetoriais desenvolvidas entre assistência social e saúde mental.

Assistência Social, Saúde Mental e Intersetorialidade

A política de assistência social teve de vencer inúmeras concepções de benemerência e filantropia até se concretizar enquanto política pública. No Brasil, essa política só ganha novas configurações a partir da Constituição Federal de 1988, quando passa a ser reconhecida enquanto política pública, integrante da seguridade social e como direito do cidadão (FONTENELE, 2016).

A assistência social no Brasil, antes da década de 1930, se configurava inteiramente como ação assistencialista/filantropica, em que a Igreja Católica esteve presente na base das ações desenvolvidas. No entanto, a partir de 1930 crescem as pressões feitas pela classe trabalhadora sobre o Estado, reivindicando por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhores condições de vida. É nesse cenário de pressão que se firma uma união entre Estado e Igreja para promover a assistência social, ainda sob a perspectiva da benesse (FONTENELE, 2016).

Saltando para a década de 1940, Silva (2017), destaca que nesse período ocorre a institucionalização das primeiras organizações de assistência social no Brasil. Uma das mais conhecidas organizações foi a Legião Brasileira de Assistência – LBA, que era dirigida pelas primeiras damas (primeiro damismo), associando as ações caritativas aos governantes representados por suas esposas.

Fontenele (2016, p.74) ressalta que, com a LBA “o governo cria a primeira grande instituição de assistência no âmbito nacional, marcando o início de uma política de assistência estatal”. Contudo, a autora observa que, naquele período, a assistência social aos pobres, apesar de implicar em práticas de atenção e acesso a meios de sobrevivência e serviços especializados, constituía-se também de ações de confinamento, reclusão, repressão e punição ao passo que corroborava com essas práticas nas ações direcionadas às populações vulneráveis como idosos, desvalidos, pobres em geral e enfermos, especialmente os doentes mentais (FONTENELE, 2016).

Entre os anos de 1947 a 1964 o cenário brasileiro não apresentou significativas mudanças no campo da assistência, “pelo fato do Estado dar continuidade ao controle nas relações existentes e mesmos no que se refere às demandas sociais” (SILVA, 2017, p. 43) tendo como foco o movimento desenvolvimentista iniciado no governo do presidente Juscelino Kubitschek e perpetuado durante a ditadura militar.

De acordo com Silva (2017), a ditadura militar ocasionou diversas mudanças no contexto político, econômico e social como consequências pela censura, perseguição política e repressão aos que se opunham ao regime. Tanto que, durante o período de 1970 a 1980, as organizações ligadas a assistência social continuaram a sofrer influência da política desenvolvimentista e burocrática “que buscava obter maior autoridade sobre a sociedade”, ocasionando no “crescimento do nível de pauperização da fatia da população que já fazia parte do segmento marginal do processo produtivo” (SILVA, 2017, p. 44)

Em decorrência dos recessos sofridos durante a ditadura militar, os movimentos sociais vieram à tona reivindicando não só por direitos como melhores condições de vida e trabalho, mas também pelo direito de reivindicar. É no âmbito dessas reivindicações que no ano de 1988, institui-se a uma nova

Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã” (SILVA, 2017)

Com a Constituição de 1988, a Assistência Social passa a ser reconhecida no âmbito da Seguridade Social, compondo o tripé: *Saúde, Assistência Social e Previdência*, adquirindo um novo aspecto, sendo reconhecida como direito do cidadão que dela necessitar e não mais como um favor do Estado ou de qualquer entidade filantrópica (SILVA, 2017). De acordo com a Carta Magna, a política de assistência social é direcionada para quem dela necessitar, perspectiva que tem como público-alvo os pobres/carentes, crianças, idosos, deficientes, enfim, todos aqueles que se encontram vulneráveis diante da estrutura social brasileira.

Segundo Bonfim (2009), a partir da Constituição de 1988 a assistência social adquire uma nova concepção que se propõe a romper com as noções de caridade/benemerência absorvendo a lógica da proteção social e do caráter público. No entanto, ainda segundo a citada autora, a implantação de uma política pública é um processo complexo, influenciado por fatores como: correlação de forças, conjuntura sócio-político-econômica, equipes multiprofissionais, dentre outros.

Com a promulgação da lei nº 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – que se caracteriza enquanto um conjunto de normas que organiza a estrutura da assistência social –, em 1993, a assistência social é reconhecida enquanto direito do cidadão e dever do Estado, sendo-lhe atribuído o caráter de “política de seguridade social não contributiva que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Em 2003, durante a IV Conferência Nacional de Assistência Social, a organização desse setor político se dá por meio de uma nova agenda com diretrizes específicas para a assistên-

cia. Esse novo cenário implica em condições políticas favoráveis à intersetorialidade enquanto pauta em debates no campo da assistência social. (MONNERAT; SOUZA, 2011)

No ano seguinte é criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) tendo por objetivo a (re)construção da política de assistência social, com investimento em programas de molde intersetorial. No mesmo ano o MDS torna pública a versão final da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), objetivando demonstrar a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que tem por principais pressupostos a territorialidade, a descentralização e a intersetorialidade (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Estando em consonância com o que está disposto na LOAS, cabe destacar que a PNAS é regida pelos princípios da universalização dos direitos sociais, supremacia do atendimento às necessidades sociais, respeito à dignidade do cidadão, igualdade de direitos no acesso ao atendimento e divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais (BRASIL, 2004). Além disso, consta também que a política pública da assistência social deve ser realizada de forma integrada às demais políticas sociais, considerando os aspectos socioterritoriais presentes.

Como explicitado, a política de assistência social é direcionada ao enfrentamento das vulnerabilidades de seu público alvo, que tem de sobreviver a situações de precariedade no trabalho, fome, dificuldade de acesso, ou o não acesso à educação, condições insalubres de moradia, dentre outras circunstâncias que, se tratadas de forma segmentar, não atendem às necessidades da população.

Nesse sentido, ao falar sobre a intersetorialidade na política de assistência social, Monnerat (2014) ressalta:

As próprias características de vulnerabilidade de diferentes ordens que marcam a clientela da assistência social impõem a esta política pública a busca de parcerias intersetoriais sustentáveis e inovadoras, na medida em que precisa atuar sobre fatores objetivos e subjetivos complexos que envolvem a situação de pobreza (MONNERAT, 2014. p. 46).

Reafirmando a importância do caráter intersetorial entre a política de assistência social e demais políticas sociais, a NOB/SUAS-2012 traz a intersetorialidade como um de seus princípios organizativos, caracterizando-a sob a perspectiva da “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais”. Ainda na NOB/SUAS-2012, a rede socioassistencial é caracterizada como “o conjunto integrado da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social mediante articulação entre todas as unidades de provisão do SUAS”, ressaltando o princípio da intersetorialidade e o trabalho em rede.

Destarte, Pereira e Teixeira (2013) ressaltam que a efetiva concretização da intersetorialidade, tanto na política de assistência social como nas demais políticas sociais, implica num processo deveras complexo, acentuado pela não existência formal de referências diretas ou indiretas nem direcionamentos de como desenvolvê-la na implantação ou na gestão das políticas sociais. Bronzo (2007, p. 17) destaca que o desafio da intersetorialidade “consiste, portanto, em como unir, em uma ação conjunta, instituições com objetivos, dinâmicas e culturas organizacionais distintas”.

Desse modo, entende-se que a intersetorialidade no âmbito da política de assistência social visa o enfrentamento das desigualdades e vulnerabilidades da população, tendo em vista que essa política tem como público-alvo todos aqueles que se encontram vulneráveis diante da estrutura social brasileira. São essas pessoas que estão em linha de frente com as desi-

gualdades sociais, com o preconceito, com a exploração da força de trabalho, com a falta de suportes fixos das políticas públicas, enfim, com um conjunto de fatores que, além de expor essa população a precárias condições de vida, provocam o adoecimento mental.

É diante dessa conexão entre vulnerabilidade social e adoecimento mental que se propõe a articulação de saberes entre a assistência social e a saúde mental, uma vez que, enquanto políticas públicas, constitucionalmente, essas áreas já convergem em suas delimitações conceituais sobre o modo como seus serviços devem ser planejados, geridos e executados.

Entende-se que a perspectiva intersetorial remete a uma abordagem de enfrentamento da departamentalização das políticas sociais que afeta o modo como a atenção aos sujeitos é prestada através dos serviços públicos e privados. Desse modo, no âmbito da Política de Saúde Mental (PSM), a intersetorialidade se apresenta nas entrelinhas do processo de reforma psiquiátrica mediante o conceito de desinstitucionalização da loucura e a perspectiva do cuidado em liberdade.

A desinstitucionalização da loucura remete ao rompimento com o modelo manicomial/asilar que exclui a pessoa com transtorno mental do convívio social, incitando, assim, a adoção de serviços substitutivos que visam a construção da cidadania desses sujeitos. Dentre os serviços substitutivos ganham destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria de nº 336/2002, enquanto “instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004, p. 9).

O CAPS, além de ser posto como serviço promotor de saúde e de cidadania às pessoas com sofrimento/transtorno mental, também é um componente de otimização das redes a

partir do momento em que, enquanto articulador, convoca os diferentes serviços e políticas sociais a trabalharem em prol de um objetivo em comum.

A criação dos CAPS e demais serviços substitutivos ao modelo manicomial, faz parte do que foi denominada de rede substitutiva de saúde mental que, segundo Amarante e Nunes (2018), é composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos capazes de contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura, etc.

Essa rede substitutiva foi regulamentada e representada, principalmente, pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria nº 3.088/2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Vale destacar que a RAPS apresenta entre suas diretrizes: “[...] Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários/familiares; Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com ações intersetoriais [...]” (BRASIL, 2011), portanto, é necessário que a mesma esteja articulada com outras políticas e serviços para garantir, assim, atendimento integral às necessidades dos sujeitos.

Percebe-se que ambas as políticas públicas estão intrinsecamente relacionadas à promoção de ações voltadas para um público vulnerável, o que reforça a necessidade de articulação entre os serviços que compõem a rede. Nesse sentido, é com base nos nexos entre assistência social e saúde mental que se propõe destacar elementos da atuação do Serviço Social na política de saúde mental, a partir de experiências da RIA Sul, tendo em vista destacar a participação do assistente social nas ações desenvolvidas no âmbito da intersetorialidade.

Atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental a partir de experiências da RIA Sul

O presente tópico tem por finalidade apresentar os resultados da pesquisa de campo que dá base a este trabalho, através de uma breve contextualização da RIA Sul enquanto cenário da pesquisa e análise dos dados coletados mediante as entrevistas semiestruturadas realizadas, para, a partir disso, identificar a atuação do Serviço Social na política de saúde mental, suas contribuições e desafios.

O projeto “Rede, Instituições e Articulação” – RIA, foi criado em 2015 em Teresina-PI, com a principal finalidade articular a rede formal e informal do seu território, criando um espaço de comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede, sobretudo no que diz respeito à saúde mental.

Idealizada pelas assistentes sociais Sayonara Genilda de Sousa Lima e Diaponira Vitória da Silva Santos, a RIA representa uma importante estratégia de integração entre os diferentes serviços, políticas e profissionais de Teresina, pois colabora para o atendimento às necessidades postas, principalmente, pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares (PEREIRA, 2019).

Nesse sentido, a RIA foi instituída para articular e integrar os dispositivos que compõem: a *Rede Socioassistencial*, a *Rede de Atenção Psicossocial*, e as demais redes e serviços que demonstrarem interesse na proposta, como ONG's, serviços do setor privado, entre outros. Referindo-se à rede socioassistencial, a mesma corresponde às iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à proteção social, como CRAS,

CREAS, Centros de Convivência, Centro Pop, entre outros (NOB/ SUAS, 2005).

Desse modo, destaca-se que os serviços que participam da RIA Sul são: CAPS Sul (II e III), CAPS Ad, CRAS Sul I, II, III, IV e V, Centro de Convivência Cidadania, Centro Dia¹, CREAS Sul e, mais recentemente, Casa de Zabelê² e NASF Sul. Em relação aos profissionais integrantes, são eles: assistentes sociais, psicólogas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras e gestoras. Destaca-se que a predominância do sexo feminino nos respectivos serviços envolvidos na pesquisa, perpassa por relações de gênero envolvidas, principalmente na tradição do Serviço Social, enquanto uma profissão marcada historicamente pela presença de mulheres.

Cabe destacar que foi observado durante reuniões da RIA e através da realização de entrevistas semiestruturadas, o maior envolvimento entre os profissionais da assistência social e da saúde mental, principalmente no que diz respeito aos dispositivos: CAPS, CRAS e CREAS, o que demonstra o envolvimento dessa categoria profissional em estar buscando meios de promover a intersetorialidade, como destaca a fala do Sujeito 1:

1 O Centro Dia é um serviço para a oferta de atendimento socioassistencial especializado a Pessoas com Deficiência e Idosos com algum grau de dependência de cuidados e suas famílias. (...). Tem a finalidade de oferecer cuidados durante o dia, em atividades básicas e instrumentais, complementares aos ofertados pela família, com o objetivo de proteger, evitar o isolamento social, promover autonomias, fortalecer os vínculos familiares, sociais e comunitários, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes (BRASIL, 2017).

2 A casa de Zabelê atende crianças e adolescentes que sofreram violações dos seus direitos sociais e pessoais. O foco no atendimento é em casos de vítimas de violência doméstica e de forma especializada na violência sexual. A instituição possui três núcleos de atendimento: Núcleo Direto que atende crianças e adolescentes do sexo feminino; Núcleo de Dança Contemporânea que atende adolescentes do sexo feminino; e Núcleo de Profissionalização em Moda e Serigrafia, para jovens do sexo feminino e masculino (SEMCASPI, 2018).

Inicialmente, aqui no (serviço), eu percebi que foi uma ação das assistentes sociais do serviço e ficou centralizado nelas, elas que articulavam as reuniões, elas que participavam das reuniões e a equipe ficava a parte dessa RIA. [...]. No início eu percebi mesmo as assistentes sociais articulando as reuniões e participando das reuniões, ficando à frente desse trabalho. (SUJEITO 1).

Dentre as prerrogativas legais que dão base à atuação dos(as) assistentes sociais, destaca-se aqui que tal envolvimento na promoção da intersectorialidade está em consonância com as previsões propostas tanto na PNAS (BRASIL, 2004) que, afim de operacionalizar a política de assistência social em rede, apresentam a territorialização, a descentralização e a intersectorialidade como principais pressupostos necessários para superar a fragmentação na prática dessa política, quanto nas delimitações da NOB/SUAS-2012, no que diz respeito à “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais”.

Esse maior envolvimento dos(as) assistentes sociais é destacado na fala do Sujeito 2, quando perguntado sobre os serviços e os profissionais que estão mais presentes nas ações da RIA:

Os principais parceiros são a Política de Saúde Mental, no CAPS, e a assistência na questão do CRAS e CREAS; a participação um pouquinho maior da Proteção Social Básica, no caso dos CRAS. Os atores que estão mais ativos e que já vem com uma certa constância de tempo é, principalmente, o pessoal dos CAPS e CRAS. Profissionais são: assistentes sociais, psicólogos, agente de Proteção Social e as gerentes; alguns profissionais da educação, de forma pontual, já participaram também. (SUJEITO 2).

Ainda sobre a atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde Mental, Scheffer e Silva (2014) ao tratarem sobre saúde

mental, intersetorialidade e questão social, frisam sobre o impacto do Serviço Social na PSM e destacam que:

A importância do Serviço Social na Saúde Mental cresceu, ainda mais, com a inclusão dos usuários e familiares nas políticas, ações de cidadania e ações de direitos do sujeito e na questão social que vivencia o usuário e sua família. Hoje essa realidade mudou para melhor atender o sujeito com transtorno mental enquanto sujeito portador de direitos. (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 374).

Vale destacar que, de acordo com o que está previsto nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), uma das competências do assistente social é “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2013, p. 30), reiterando, assim, a importância desse profissional na mobilização da rede de serviços.

Nesse sentido, Pereira (2018, p. 152) ressalta que o exercício profissional do assistente social, “ao pautar-se na atuação intersetorial, caminha para o fortalecimento da saúde em sua concepção ampliada, enfrentando seus determinantes que têm ligação direta com as condições de vida da população brasileira”. Percebe-se que a atuação do assistente social perpassa pelas diversas políticas sociais, desse modo, no âmbito da política de saúde mental, esse profissional “tem muito a contribuir no debate sobre garantia de direitos humanos, de cidadania e de emancipação dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico” (GENTILLI, 2011, p. 228).

Nessa direção, o planejamento das ações intersetoriais promovidas pela RIA visam “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”. (LIMA; SANTOS, 2017, p.132). Assim, a atuação do assistente social no âmbito dessas ações, dá-se mediante sua participação conjunta com demais profissionais integrantes da RIA e da rede de serviços de Teresina.

Nas seguintes falas dos Sujeitos 1 e 3 são apresentadas algumas das ações desenvolvidas pela RIA que contam com a significativa presença de dispositivos da Rede Socioassistencial:

Já tivemos algumas visitas compartilhadas com o pessoal do CRAS, CREAS, de algumas situações encaminhadas pelo Ministério Público; nós também temos uma atividade que é importante, que a gente já fez, foi o Setembro Amarelo, numa articulação com o pessoal do CRAS. Sempre a gente procura tá, nessas datas alusivas, fazendo essas parcerias. Tem o nosso carnaval, que é o Carnaval da RIA Sul, também mobiliza as instituições que fazem parte e tem uma adesão bem significativa [...]. (SUJEITO 1).

As ações, a gente costuma fazer em conjunto em datas, vamos dizer assim, datas comemorativas. Então a gente faz no Janeiro Branco (esse ano teve uma no Parentão; teve atividade física e roda de conversa sobre a importância da saúde mental); no Setembro Amarelo a gente costuma fazer ações nos CRAS, nos Serviços de Convivência, então vem pessoas dos grupos do PAIF falar sobre valorização da vida, prevenção de suicídio; a gente costuma fazer o Carnaval Unificado da RIA Sul que é junto com o pessoal do CAPS e os Centros de Convivência dos CRAS; também a Festa Junina Unificada; [...]. (SUJEITO 3).

É perceptível que as ações desenvolvidas visam uma constante comunicação entre os profissionais e entre os serviços, como também buscam a integração entre as pessoas

com transtornos mentais e os diferentes públicos atendidos pelas políticas públicas envolvidas. Desse modo, as atividades promovidas pela articulação entre os atores da RIA Sul proporcionam importantes espaços de sociabilidade para os usuários dos diversos serviços, o que ressalta a importância da atuação conjunta entre a RAPS e a Rede Socioassistencial, bem como com as demais redes presentes no território.

Durante as reuniões e através das entrevistas, outro aspecto observado que se destaca na RIA Sul, se dá pelo fato de que a maioria dos(as) profissionais que participam do projeto são assistentes sociais, o que demonstra o envolvimento dessa categoria profissional em estar buscando meios de promover a intersetorialidade. Contudo, salienta-se que é fundamental que outros profissionais estejam envolvidos com essa estratégia para que se faça, realmente, a intersetorialidade entre as políticas públicas/entre os serviços da rede, uma vez que sem eles não há a interdisciplinaridade necessária à horizontalização dos saberes e das relações de poder entre os campos (VASCONCELOS, 2002).

Cabe ressaltar que está posto no Código de Ética do Assistente Social que um de seus deveres para com outros profissionais é “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (BRASIL, 2012). Desse modo, a idealização e execução do projeto RIA afirma o cumprimento desse dever, visto que também foi observado durante as reuniões da RIA Sul a constante comunicação entre os profissionais tanto na tomada de decisões quanto nas proposições para o crescimento do projeto.

Contudo, convém destacar que existem algumas implicações para o desenvolvimento do trabalho conjunto entre assistência social e saúde mental, principalmente no que diz respeito a ações extensas, fora dos muros dos serviços. Um exemplo dessas situações problema são a precarização de serviços comple-

mentares, como é o caso dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que, pela falta de investimentos, acabam tendo suas atividades comprometidas, o que afeta não apenas os seus usuários, mas um conjunto de pessoas que poderiam estar utilizando desse serviço, inclusive as pessoas com transtornos mentais, como é posto na fala do Sujeito 4:

[...] Aqui na zona sul a gente tem um grande déficit nos Serviços de Convivência, as equipes rodam demais, os facilitadores sempre trocam, sempre mudam; existem serviços que estão desativados e a gente sabe o quanto que o serviço de convivência é importante, tanto pras questões de saúde como de saúde mental, não é uma coisa isolada, que é isso que as pessoas precisam compreender: um serviço de convivência sem funcionar não causa prejuízos só pra Política de Assistência Social, causa prejuízos pra Política de Saúde, de Saúde Mental, porque as pessoas deixam de se cuidar e aí deixam de conviver bem; é aquela questão dos determinantes sociais na saúde, e a gente consegue visualizar isso muito bem quando a gente tá nesses espaços. Então o morar bem, o conviver bem, todas essas questões vão afetar diretamente na condição de saúde da pessoa, ou de doença [...] (SUJEITO 4).

Nota-se que algumas problemáticas estão relacionadas com a gestão dos serviços, o que revela a necessidade de uma mudança na sua atuação para com a proposição e o incentivo de ações intersetoriais, visto que o trabalho prestado pelos profissionais da assistência e demais serviços necessitam do suporte e da cooperação dos órgãos gestores para articular-se intersetorialmente com os demais dispositivos da rede.

Destarte, apesar dos avanços que a RIA promove para a intersetorialidade entre as políticas públicas, é importante ressaltar que a mesma enfrentam certos desafios, como por exemplo, a precarização de determinados serviços que deveriam contemplar as demandas voltadas para a saúde mental

e assistência social; a falta de uma cultura de trabalho inter-setorial entre os diferentes níveis de organização das políticas sociais; a dificuldade de adesão de outros profissionais que não só assistentes sociais, psicólogos ou gerentes dos serviços, nas ações da RIA, dentre outros.

No entanto, através da materialização de suas ações, a RIA consegue progredir tanto na comunicação entre os atores envolvidos no projeto, quanto no fortalecimento da rede de serviços da sua zona territorial de referência. Pereira (2019, p. 194) destaca que a RIA “potencializou a articulação entre os dispositivos de saúde mental e a assistência social da Zona Sul”, o que é essencial à integralidade do atendimento aos usuários da rede de serviços do seu território de referência.

Diante do que foi exposto, percebe-se que a atuação do assistente social tem importantes contribuições no âmbito das ações intersetoriais desenvolvidas entre os serviços da assistência social e da saúde mental. Destaca-se também que a RIA se apresenta como um importante potencializador da rede de serviços do seu território de abrangência, apresentando um novo modo de dinamizar as políticas, os serviços e o fazer profissional.

Conclusão

A atuação do Serviço Social na política de saúde mental remete para a articulação e potência da ação conjunta de duas políticas que tem ação no mesmo território, voltadas igualmente para um público vulnerável. Nesse sentido, a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais perpassa na perspectiva de sinergia de saberes e experiência, revelando um novo modo de se trabalhar o compartilhamento das responsabilidades institucionais, das práticas e dos saberes profissionais.

Poder explorar essa dimensão da atuação conjunta entre diferentes profissionais de diferentes políticas públicas possibilita conhecer e entender melhor não só a dinâmica dos serviços da rede, mas a amplitude dos nexos existentes entre as diferentes expressões da questão social. As experiências adquiridas em todo o processo de construção da pesquisa em torno da atuação do Serviço Social na política de saúde mental remetem a novas maneiras de analisar, questionar e pensar estratégias de trabalho voltadas para os sujeitos demandantes.

Percebe-se que o desenvolvimento das ações conjuntas entre assistência social e saúde mental proporcionam aos usuários de seus respectivos serviços uma maior cobertura na promoção dos cuidados voltados à integralidade da atenção aos sujeitos. No que diz respeito à saúde mental, é importante ressaltar que as atividades intersetoriais promovidas pela articulação entre os atores da RIA Sul permitem que a pessoa com sofrimento/transtorno mental tenha um contato mais aberto com a comunidade, no sentido de estar mostrando à população que as pessoas usuárias dos CAPS, assim como qualquer outra, deve ter a sua cidadania e os seus direitos respeitados.

Nesse sentido, o Serviço Social desempenha um importante papel na luta pela garantia da emancipação da pessoa com transtorno mental, contribuindo tanto com ações voltadas para o enfrentamento dos preconceitos ainda existentes com relação às pessoas com transtornos mentais, quanto àquelas voltadas para a manutenção dos direitos já conquistados. Destaca-se que a articulação entre assistência social e saúde mental, através das experiências da RIA, contribui para ampliação dos espaços de sociabilidade das pessoas com transtorno mentais.

É importante frisar que a RIA objetiva articular todas as políticas sociais, que não apenas a assistência social e saúde mental, como também educação, saúde, habitação,

dentre outras. Com isso, ressalta-se que a atuação do Serviço Social junto aos demais atores das políticas sociais reforça a importância da intersetorialidade para o fortalecimento e a consolidação de uma rede de serviços integrada.

Destarte, as contribuições acadêmicas no âmbito da saúde mental produzidas a partir de estudos e pesquisas voltados para essa área, representam uma relação de troca entre o que é apreendido na práxis – mediante os estágios – e o que é embasado pelo conhecimento teórico no espaço acadêmico. Diante disso, a realização dessa pesquisa despertou o interesse em dar visibilidade aos produtos e à memória das ações intersetoriais realizadas entre assistência social e saúde mental voltados para a cidadania da pessoa com transtorno mental e seu direito ao convívio social, bem como em continuar aprimorando os conhecimentos sobre intersetorialidade entre políticas públicas, a fim de otimizar as discussões sobre a temática.

Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 6, p. 2067-2074. 2018. Disponível em: <<http://bit.do/fKnjC>>. Acesso em: 04 de abril de 2020.

BONFIM, Mauricéia Lígia Neves da Costa. **A estratégia do trabalho em rede no SUAS/CRAS – Teresina-PI: uma experiência em movimento**. 2009. 174 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social. **Lei nº 8.662/93** de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012, 60 p.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://bit.dofKnpjz>>. Acesso em: 28 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Diário Oficial da União**, 2002. Disponível em: <<http://bit.dofKnpjy>>. Acesso em: 27 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://bit.dofKnpjx>>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro Dia**. Unidades que executam o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://bit.dofKnpjv>> Acesso em: 24 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social** – NOB/SUAS, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004. Brasília: MDS, 2005.

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

BRASIL. 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, 2004, 86 p.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza. In: Congresso do Centro Latinoamericano de Administración Para el Desarrollo - CLAD, 12, Santo Domingo. **Anais [...]**. Venezuela: [s.n.], 2007.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília: CFESS, 2013.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. A trajetória histórica da assistência social no Brasil no contexto das políticas sociais. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016.

GENTILLI, Raquel de M. Lopes. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://bit.dolfKnju>>. Acesso em: 15 de abril de 2020

LIMA, Sayonara Genilda de Sousa; SANTOS, Diaponira Vitória da Silva. Rede, Instituições e Articulação: O desafio de levar saúde mental para o território. In: PEREIRA, Sofia Laurentino B. *et al.* (Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 123-138.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjs>>. Acesso em: 20 de maio de 2020

MONNERAT. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, Giselle Lavinhas et. al. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 – 127 jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjk>>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. Rede, Instituições e Articulação: contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersectorialidade na saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.53, p. 185-207, jan./jun. 2019. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjj>>. Acesso em: 20 de maio de 2020

PEREIRA, S. L. B. **Intersectorialidade na política de saúde mental**: Uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersectoriais. 2018. 288 p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão et. al. (Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SEMCASPI. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas. **Casa de Zabelê**. Maio de 2018. Disponível em: <<http://bit.dolfKnjg>>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p.

366-393, abr/jun. 2014. Disponível em: <<http://bit.dofKnje>>. Acesso em: 27 de maio de 2020.

SILVA, Juliana de Araújo. **Estudo sobre a trajetória da Assistência Social no Brasil:** do padrão assistencialista ao profissionalizado. 2017. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <<http://bit.dofKni7>>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

CAPÍTULO VII

AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

*Wanessa de Sousa Santos
Sofia Laurentino Barbosa Pereira*

Introdução

Este artigo, que traz parte dos resultados do Trabalho de Conclusão de Curso da autora, tem como objetivo caracterizar e analisar as expressões da questão social presentes na dinâmica familiar e sua possível interferência no tratamento em saúde mental de adolescentes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil (CAPSi) Dr. Alexandre Nogueira. A motivação para esta pesquisa se deu a partir da experiência de estágio curricular obrigatório do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (UFPI) no CAPSi durante o período de 2018.2 a 2019.1. Com essa experiência foi possível observar diversas expressões da questão social envolvendo a família na sua relação com o transtorno mental.

O CAPSi Dr. Alexandre Nogueira é um serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão municipal da Fundação Municipal de Saúde (FMS), da Gerência de Saúde Mental (GSM) da capital. Localiza-se na zona leste do mu-

nicípio de Teresina-PI, funcionando de segunda a sexta, no horário das 8:00h as 17:00hs e recebe demandas espontâneas ou encaminhadas de crianças e adolescentes com 2 a 18 anos incompletos, que possuem transtornos mentais graves, severos e persistentes, assim como aqueles que fazem o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas (TERESINA, 2017).

A metodologia utilizada se deu a partir do método Dialético de Marx, baseado em Heller (2008), a qual trabalha a teoria do cotidiano. Com o objetivo de compreender as relações complexas e dialéticas que se constroem no dia-a-dia ao longo da história, especificamente na sociedade capitalista, propulsora das expressões da questão social. Configurou-se como uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, realizada durante o mês de outubro de 2019, tendo como cenário de pesquisa o CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Conforme Córdova e Silveira (2009, p.32) “a pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Desse modo, não se configura como uma investigação que trabalha somente com dados objetivos, mas subjetivos, que perpassam a realidade social e cotidiana dos participantes da pesquisa e de todo o cenário onde fora realizado o estudo.

Teve como participantes dois segmentos de sujeitos: a família e o profissional. Os critérios utilizados para a escolha dos familiares foram: a aceitação do mesmo em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser familiar de um adolescente com Transtorno mental diagnosticado e atendido pelo CAPSi, e ter condição de diálogo coerente e claro. Quanto aos profissionais, participaram do estudo aqueles que aceitaram e acompanharam os casos dos familiares entrevistados. Destaca-se que a pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais, tendo sido aprovada pelo CEP/UFPI com CAEE nº 20302619.1.0000.5214.

A escolha dos profissionais foi no intuito de escolher aqueles que mais tivessem conhecimento acerca da história de adolescentes usuários do serviço com expressões da questão social marcantes, e que pudessem estar de alguma forma relacionadas a possíveis interferências no tratamento em transtorno mental dos mesmos. Dessa forma, optou-se por escolher os técnicos de referência dos usuários. Nomenclatura utilizada para designar uma das competências que o profissional da equipe técnica possui, por ter um acompanhamento mais direto com alguns usuários. Porém, dois profissionais participantes da pesquisa não eram técnicos de referência, contudo, tinham conhecimento e proximidade com a história dos usuários indicados para a pesquisa.

Ao todo participaram do estudo cinco responsáveis familiares de adolescentes usuários do serviço e cinco profissionais. Para cada segmento de participante foram utilizados dois tipos de instrumentos para coleta de dados: um roteiro sociodemográfico, com questões relacionadas ao perfil dos participantes da pesquisa, e um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas voltadas ao objetivo da investigação.

Após realização das entrevistas, as falas dos sujeitos e as informações coletadas foram analisadas, com o intuito de observar a realidade a partir de arcabouço teórico, tendo base em autores como: Netto (1996), Barata (2009), Pereira e Guimarães (2015), Safiotti e Almeida (1995), Rosa (2011), dentre outros, de forma a atender aos objetivos da pesquisa e desvendar suas respostas.

Família, Questão social e Saúde Mental

Àries (1984) compreende que o sentimento de família floresceu aos poucos no decorrer da história da civiliza-

ção. O autor afirma que a família sempre existiu, mas não a compreensão do que a mesma representava para o indivíduo e para a sociedade. O marco histórico para o surgimento de um novo sentimento de família, diferente da Idade Média, período histórico no qual a família era vista apenas por laços de descendência e linhagem, se deu por volta do século XVI. A infância passa a ser mais percebida pela sociedade, através da observação de suas particularidades e diferenças da fase adulta, isso, pois antes a criança era vista como um pequeno adulto em torno do seu seio familiar.

Existem diferentes conceitos acerca da família presentes na literatura, assim como nos documentos legislativos. Mas o conceito que aqui irá ser utilizado é o de Teixeira (2013, p. 23). A mesma define que: “[...] a família não é uma instituição natural, mas social e histórica, podendo assumir configurações diversificadas em sociedades ou no interior de uma mesma sociedade, conforme as classes e grupos sociais heterogêneos”. É possível entender assim, a família como uma construção social e histórica, suscetível de transformações de acordo as influências do meio social em que se encontra.

Nesse sentido, após a instauração do sistema capitalista, foi perceptível a ocorrência de diversas transformações na sociedade, assim como para as famílias, como será destacado mais à frente. Dentre as transformações societárias ocorreram: os avanços no setor industrial com destaque a Revolução Industrial no século XVIII que trouxe consigo o surgimento das grandes fábricas; a criação de máquinas que substituíram o trabalho, antes feito à mão por muitos homens e mulheres; o surgimento da mão de obra assalariada que passou a ser definida pela jornada de trabalho, e a mais valia (o lucro do proprietário dos meios de produção). Tal jornada se estendia por vezes de 12 a 14 horas por dia, caracterizando-se como um regime de exploração, questão que trouxe com o tempo um

grande movimento de reivindicações entre os trabalhadores (CANCIAN, 2014).

O sistema capitalista caracteriza-se pela presença de duas figuras em particular: a do dono dos meios de produção e a do vendedor da força de trabalho. Esse sistema tem em si uma lógica de crescimento econômico permanente através da exploração da mão-de-obra. Essa exploração se dá através da extração da mais-valia, definida como a retirada, por parte dos proprietários dos meios de produção, do valor excedente da força de trabalho produzida pelo proletariado. Esse processo é o meio de geração de lucro para o sistema.

“Vendo assim, a perspectiva histórica ampla, o capitalismo é um modo de produção material e espiritual, um processo civilizatório revolucionando continuamente as condições de vida e trabalho, os modos de ser de indivíduos e coletividades, em todos os cantos do mundo” (IANNI, 2008, p.59).

É a partir da intensificação desse processo, expresso na luta de classes e com a crescente resistência da classe trabalhadora à pauperização e degradação de suas condições sociais, que Iamamoto (2006) define questão social:

A Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2006, p.27).

Doravante, entende-se que a questão social tem sua gênese na contradição entre capital/trabalho, situação em que os proprietários dos meios de produção possuem o monopólio

dos mesmos, e desfavorece aqueles que oferecem o dispêndio da força de trabalho não recompensada em sua integralidade, gerando, dessa maneira, as desigualdades.

Cancian (2014) traz perspectivas referentes às possíveis consequências desse sistema de exploração para a sociedade em geral e para os proprietários da mão-de-obra:

Os trabalhadores sofrem a progressiva exclusão dos benefícios da enorme riqueza material que é produzida por eles mesmos, mas que fica concentrada nas mãos de uma minoria. Marx acreditava que o desenvolvimento cada vez maior das forças produtivas capitalistas geraria infundáveis crises econômicas e, conseqüentemente, conflitos sociais cada vez mais intensos, que levariam inevitavelmente à derrocada da ordem social burguesa (CANCIAN, 2014, s/p).

Ao longo dos anos com os avanços e conquistas do sistema capitalista na sociedade, as relações sociais basearam-se basicamente nas desigualdades sociais. O sistema em suas diferentes fases, a mercantil, a industrial e monopolista foi se desenvolvendo de maneira intensificada. Em particular em sua última fase, a qual é apontada por diferentes autores como uma das etapas que mais trouxe transformações socioeconômicas para sociedade, especificamente aqui no Brasil, por volta da década de 1970.

Foi durante esse período, em que o mundo vivenciava o fenômeno da globalização, que surgiram a intensificação do processo de monopolização do capital, assim como, as empresas multinacionais, acompanhadas de incentivo a concorrência internacional. Todas essas questões trazem à tona o pensamento de Yamamoto (2006):

Exclusão social esta que se torna, contraditoriamente, o produto do desenvolvimento do trabalho coletivo. Em outros termos, a pauperização e a exclusão são a outra face do

desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, dos meios de comunicação, da produção e do mercado globalizado (IAMAMOTO, 2006, p. 18).

Dessa forma, o processo de globalização, gerou e gera na sociedade um processo contínuo de exclusão e pauperização, fenômenos esses que podem ser chamadas de expressões da questão social.

Nesse contexto, uma das instituições que sofrem com essas manifestações da questão social, a pobreza, a exclusão do mercado de trabalho, as desigualdades na falta de acesso a direitos básicos como saúde, dentre outras, é a família. Por ser parte da dinâmica societária, a mesma vai também sofrer os impactos da sociedade capitalista.

A família foi tratada por muito tempo como o primeiro lugar de promoção e cuidado, como afirma Mito (1998), que a define como uma quantidade de pessoas que vivem em local específico por um tempo determinado, sendo os compromissos principais: o cuidado e proteção dos componentes desse grupo. Porém, na história, nem sempre essa instituição teve o apoio necessário para promover tal cuidado. Essa ideia pode estar fundamentada na afirmação de Jaccoud (2009). A autora discorre que o momento da história onde se passou a observar a necessidade da proteção pública, deu-se justamente no período de emergência das grandes industrializações, por volta do século XIX. Nesta época intensificaram-se devido ao alargamento das relações de trabalho remunerado: a vulnerabilidade e insegurança social.

Antes, a proteção social era garantida através das redes de solidariedades tradicionais, com base comunitária ou familiar. Por conta do avanço da urbanização e industrialização na sociedade moderna, aumentou-se o risco de as famílias dos trabalha-

dores viverem na extrema pobreza, devido à falta de oportunidade para obtenção de uma renda (JACCOUD, 2009).

Com a industrialização e a urbanização das sociedades modernas, ampliou-se o risco de as famílias de trabalhadores caírem na miséria em decorrência da impossibilidade de obter um salário no mercado de trabalho. As causas poderiam ser múltiplas – doença, velhice, desemprego, morte – e passaram a ser chamadas de “risco social” (JACCOUD, 2009, p.57).

Nesse sentido de acordo com Pereira (2010), ao longo dos anos cada sociedade foi organizando seu próprio modelo de proteção social. Porém, “a maioria desses modelos não assumiram o papel de principal agente provedor, transferiram para a família a função de proteger e promover o bem-estar dos seus membros” (MOSER; MULINARI, 2017, p.3).

No que se refere a política de saúde, a introdução da Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹ na Constituição Federal de 1988, foi um fator histórico importantíssimo para a modificação no modelo de atenção à saúde para a população brasileira. Os princípios da universalidade e gratuidade vieram consolidar a criação da mesma. Nesse sentido, o SUS foi criado com a finalidade de ofertar gratuitamente serviços de saúde para todo e qualquer cidadão, independente de raça, cor, religião e classe econômica.

Concernente a política de saúde mental, destaca-se o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve como estopim a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental-DIN-SAM (órgão responsável pela criação de políticas de saúde, em particular de saúde mental, pertencente ao Ministério da Saúde). Tal acontecimento se deu a partir de uma greve em 1978, impulsionada por profissionais das diferentes unidades

1 Lei de nº 8.080/90 que regula as “ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

coordenadas pela DINSAM, e que acarretou logo em seguida a demissão de 260 profissionais e estagiários. “A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas [...], ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar [...]” (AMARANTE, 1995, p. 52). Entende-se dessa maneira que a Reforma Psiquiátrica foi um movimento de luta pelo redirecionamento do modelo assistencial da política de saúde mental praticado nos hospitais psiquiátricos.

Após as primeiras reivindicações voltadas para a modificação do modelo assistencial na saúde mental, a realização de congressos e conferências, dentre outras mobilizações, em 2001 é sancionado um substitutivo que trazia modificações significativas do texto normativo original da Lei chamada “Paulo Delgado”, que estava com 12 anos de tramitação. A Lei Federal referente ao substitutivo é a de nº 10.216/2001, que redirecionava a assistência em saúde mental, privilegiava a oferta de tratamento em serviços comunitários e dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Porém, a mesma não instituía de maneira clara estratégias para a supressão dos manicômios. Mas é com essa Lei e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental junto às diretrizes da Reforma psiquiátrica, que a política de saúde mental no Brasil ganha maior sustentação e visibilidade, assim consolidando-se (BRASIL, 2005).

Nesse contexto inaugura-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado de São Paulo em 1987, em consonância com a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, assim como cooperativas, residências para os egressos dos hospitais e associações. O primeiro CAPS denominado Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido também como CAPS da Rua Itapeva, fez parte desse intenso movimento de

reforma. Tais serviços, considerados como a principal estratégia da Reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004), foram criados com o objetivo de buscar outras maneiras de cuidar da pessoa com transtorno mental, priorizando a liberdade (BRASIL, 2005).

Os CAPS, os NAPS e os Centros de Referência em Saúde Mental CERSAMs são regulamentados pela portaria de nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território. Oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Dessa maneira, com a promoção da desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, a família passa a ser vista no cuidado e partícipe do tratamento dessas pessoas nos serviços de saúde mental. Rosa (2011), baseando-se em diversos autores observa que a família passa a ser objeto de estudo na sua relação com a pessoa em adoecimento mental. Dentre as diferentes visões sobre a família, ela destaca a mesma como: um recurso e estratégia de intervenção; como lugar de possibilidade de convivência para a pessoa com transtorno mental, mas não obrigatório ou único; a família também é tida como instituição sofredora que necessita de assistência médica e suporte social; a família como ator social capaz de ações políticas; família como primeira instituição de cuidado, porém com auxílio do poder público. Através dessas visões é possível compreender a família como espaço de intermediação do cuidado e de liberdade da pessoa com transtorno mental (ROSA, 2011).

No próximo tópico, com base na discussão exposta, articulando os conceitos e trajetória histórica da família, das expressões da questão social e da política de saúde mental, serão explorados os resultados e análises da pesquisa realizada no CAPSi Dr. Alexandre Nogueira.

Expressões da Questão Social na dinâmica familiar de adolescentes: Uma análise no CAPSi Dr. Alexandre Nogueira.

Este estudo foi realizado no segundo semestre de 2019 e teve como cenário o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil- CAPSi Dr. Alexandre Nogueira. Serviço criado no ano de 2017 e com o público alvo de crianças e adolescentes com 2 a 18 anos incompletos, que possuem transtornos mentais graves, severos e persistentes, assim como aqueles que fazem o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. A pesquisa envolveu como participantes dois segmentos de sujeitos: o profissional e o familiar do adolescente. Ao todo se teve 10 participantes, 5 profissionais e 5 familiares conforme o objetivo inicial.

Como já explanado na introdução, a escolha dos profissionais foi realizada no intuito de escolher aqueles que mais tivessem conhecimento acerca da história de adolescentes usuários do serviço, com expressões da questão social marcantes, e que pudessem interferir de alguma forma no tratamento em saúde mental dos mesmos. Assim, optou-se por escolher os técnicos de referência dos usuários, nomenclatura utilizada para designar uma das competências que o profissional da equipe técnica possui, por ter um acompanhamento mais direto com alguns usuários. Porém, dois profissionais participantes da pesquisa não eram técnicos de referência, contudo, tinham conhecimento e proximidade com a história dos usuários indicados para a pesquisa. Quanto aos familiares preferiu-

-se escolher aqueles que aceitassem fazer parte da pesquisa e estivessem em condições de estabelecer um diálogo coerente e claro que atendesse o objetivo do estudo.

Nesse sentido, foram utilizados dois tipos de roteiros: um questionário para traçar o perfil dos participantes da pesquisa, tanto para os profissionais como para os familiares; e uma entrevista semiestruturada, com perguntas voltadas diretamente para o objetivo da pesquisa.

As perguntas utilizadas para os profissionais foram: idade, sexo, instituição de formação, tempo de trabalho na política de Saúde Mental e se trabalha em outra política. Já para as famílias dos usuários participantes desse estudo, foram levantados os seguintes itens no questionário sociodemográfico: responsável; idade do responsável; estado civil; quem mais cuida do adolescente; quantas pessoas trabalham na família; quantas em emprego formal/informal; qual função que desempenham; situação da residência; residência em área de risco; a família recebe algum benefício assistencial; tipo de transporte para ir ao CAPSi.

Para a entrevista semiestruturada foram utilizadas diferentes perguntas referentes as questões de cuidado com o adolescente usuário do serviço, sua relação com seus familiares, questões de sobrecarga do cuidado, exclusão ou preconceito, pobreza, dificuldade de acesso a outros serviços e mobilidade urbana. Para os profissionais foram utilizadas também questões com mesmo seguimento, mas com a diferença da explanação do seu olhar profissional.

Após a coleta de dados, que fora realizado através de entrevistas e utilização de instrumentos como: gravador/celular, papel para anotações e caneta, as informações adquiridas foram transcritas e analisadas sob a luz do referencial teórico já estudado pela pesquisadora. Diante das análises foi possível observar diferentes realidades vivenciadas no cotidiano des-

sas famílias que possuem adolescentes com transtorno mental, sendo as principais expressões da questão social apresentadas: baixa renda; agressão verbal ou física por parte de companheiros das mães dos usuários; questões de uso de álcool; preconceito e estigma na escola; evasão escolar por parte dos usuários; o cuidado somente representado pela figura da mãe; o desemprego ou subemprego.

A partir dessas expressões que surgiram ao longo das entrevistas, é possível analisar que as desigualdades sociais também estão presentes no campo da saúde. Segundo Barata (2009, p.21) “estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade”.

Essa realidade pode ser observada também por Pereira e Guimarães (2015), em estudo realizado nos diferentes CAPS de Teresina acerca das expressões da questão social na saúde mental, onde concluem que as demandas e realidades do público atendido nesses serviços, não estão relacionadas somente ao tratamento do transtorno mental em si, mas às diferentes circunstâncias que acompanham tal contexto. Como a pobreza majoritariamente, a exclusão do mercado de trabalho, a ausência de habitação digna, falta de alimentação, etc.

Os achados da pesquisa mostraram ainda que todas as responsáveis entrevistadas eram mães, revelando a presença predominante do sexo feminino nas questões referente ao cuidado, reforçando ainda a cultura da feminização do cuidado. Tais dados podem ser comparados com outras pesquisas sobre a mesma temática, como uma realizada em um CAPSi no estado de Minas Gerais:

A frequência de cuidadores do sexo feminino (93,8%), concordando com vários estudos; entre eles, o de Souza Filho et al. (2010); confirmam que nos serviços de saúde

mental ocorre a presença constante de cuidadores do sexo feminino, pois as relações de cuidado foram historicamente construídas ao longo do tempo, sendo observados papéis de gênero. O cuidar ainda é uma função atribuída na maioria das vezes ao sexo feminino, embora tenham ocorrido modificações ao longo da história (DALTRO *et al*, 2018, s/p).

É observado ainda em menor quantidade aquelas que contam com o suporte de seus parentes, como do irmão do usuário, do pai ou padrasto. Ademais, uma dessas mães não se dedica totalmente ao cuidado do filho, pois é a única que trabalha na família e é responsável por todas as necessidades da casa. Nesse caso, a mãe e mulher não é apenas cuidadora, mas também provedora financeira do lar, o que corresponde à sobrecarga do cuidador e os impactos que o transtorno mental pode trazer para o seio familiar.

No caso dessa mãe, é possível detectar em uma de suas falas que ela se sente sim sobrecarregada com relação às demandas do seu filho, pois a mesma diz trabalhar bastante, e mesmo no trabalho se preocupar com a maneira de como seu filho está sendo cuidado. Por vezes sai direto do trabalho para prestar assistência quando necessário, em especial para acompanhá-lo até o próprio CAPSi, como verifica-se no relato a seguir:

Me sinto sobrecarregada porque por exemplo, hoje é a consulta dele que seria 9hs da manhã e eu tenho que entrar no serviço 7hs da manhã. Então se eu não acordar 5hs da manhã pra chamar ele, deixar ele em pé e reforçar novamente que ele tem que ir pra consulta e tal, ele não vai pra consulta. Se ele tem aula, ele sabe que é dia, ele não levanta pra aula, então tudo é eu, eu tenho que “ta” lá no serviço tendo que “ta” pelo telefone, monitorando a vida deles, porque se não eles não andam, eles ficam parados. Então eu me sinto sobrecarregada (R1).

É importante também destacar a dupla jornada de trabalho dessa mãe, realidade que perpassa a atual condição feminina na sociedade. Muitas transformações foram ocorrendo nas configurações familiares, com destaque a inserção da mulher no mercado de trabalho. Esse contexto trouxe uma nova característica para o público feminino, a dupla jornada de trabalho da mulher, aquela voltada para o cuidado das coisas do lar e do emprego. Por vezes, a mulher fica sendo a única responsável para o cumprimento das suas atividades cotidianas. No caso relatado dessa mãe, mesmo com a presença do companheiro e do irmão na vida do usuário, ainda se sente sobrecarregada. O que dirá daquelas que não têm com quem contar!

Dentre as expressões da questão social que os resultados do estudo apresentaram, está a violência, pois a maioria das familiares participantes da pesquisa afirmaram terem tido experiências relacionadas à agressão física ou verbal por parte dos antigos companheiros. Duas mães apresentaram terem sido violentadas fisicamente, dando destaque ao período de gestação, a não aceitação da gravidez por parte do companheiro e a utilização de álcool pelos mesmos. Outra mãe, na verdade, não afirmou por si mesma ter sofrido agressão do pai biológico do usuário, porém, a profissional técnica de referência do usuário relatou ele ter afirmado que já havia presenciado agressões feitas à sua mãe por parte do pai. No depoimento a seguir é possível verificar tais realidades:

Desde que esse menino nasceu, desde a gravidez ele não aceitava a criança. Dizia que não queria, que não era dele, queria perder, jogar no mato, ou dar. Sei que foi todo tempo, até os nove meses. Me deu um chute que eu caí. Aí às vezes pra eu não apanhar eu pegava o outro aqui escanchado né, foi um atrás do outro né. Botava escanchado e o (A) no meu bucho e saía correndo, pedindo a Deus pra não cair

naquelas rampas por conta daquele doido, aí eu ficava lá na praça até... (R5).

Relato de outra mãe:

Eu tava doente por causa dele o médico falou, que eu levava pancada, levava. Aí ele disse que nunca me bateu, bateu nada, vai fazer os exames de DNA pra ver. Isso aqui foi ele oh! (mostrou marcas)... Bebia e muito, aí eu larguei ele (R2).

Destaca-se, de acordo com a Lei de nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que a violência doméstica e familiar contra a mulher é: “Art. 5º [...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006). Conforme Melo (2018), o Brasil possuía em 2018, 1 milhão de processos tramitando no judiciário, referentes a casos com a temática de violência contra a mulher. Desses, dez mil relacionados a questões de feminicídio (casos de homicídio de mulheres, normalmente praticados por companheiros ou ex-companheiros das mesmas).

A autora Safiotti e Almeida (1995) apresenta a violência contra a mulher como uma expressão da questão social, pois entende que é uma realidade complexa, arraigada na cultura e que faz parte do cotidiano dessas mulheres. Interessante observar em sua fala que tal violência de gênero, não remete somente à práticas provenientes do homem, mas também de outras mulheres, ou seja, é algo que vai além da perspectiva machista e sim cultural. “Com relação a mulher a sociedade revela muito menor ou nenhuma complacência. Isto equivale a dizer que o inimigo da mulher não é propriamente o homem, mas a organização social de gênero cotidianamente alimentada não

apenas por homens, mas também por mulheres” (SAFIOTTI; ALMEIDA, 1995, p. 1).

Outra expressão da questão social observada na realidade do CAPSi, diz respeito a falta de renda, ou renda precária. Observou-se que em todas as famílias investigadas, somente uma pessoa é responsável pela renda e somente uma não tem fonte de trabalho empregatício, e sobrevive apenas do benefício, no caso o Benefício de Prestação Continuada (BPC)². Com base em um levantamento³ realizado no serviço acerca do perfil das famílias atendidas, que trouxe os resultados do projeto de intervenção durante o período de estágio da autora, foi possível observar que são raras aquelas famílias atendidas pelo CAPSi que possuem a renda com 3 salários mínimos ou mais. Dado que revela a pobreza como uma realidade latente do cenário investigado, relacionada também ao desemprego (SANTOS, 2019).

A problemática de dificuldade de inserção desses familiares no mercado de trabalho tem relação também com a sobrecarga no cuidado, realidade que impede por vezes do cuidador se dedicar a outros tipos de atividades, em particular ao trabalho, como afirma os autores a seguir:

É grande o número de cuidadores que são donas de casa (62,5%). Tunali e Power (2002) explicam que, devido à ne-

2 Benefício criado na Lei Orgânica da Saúde-LOS de nº 8.742/1993. Art. 20. “O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1993).

3 O projeto de intervenção realizado no estágio supervisionado teve como título: Conhecer para Intervir: Levantamento do Perfil Socioeconômico das famílias dos usuários do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira: Uma análise do registro social e da dinâmica familiar. Seu objetivo geral era: Conhecer o perfil socioeconômico das famílias dos usuários do CAPSi Dr. Alexandre Nogueira; e específicos: sistematizar as informações sobre as famílias dos usuários contidas nos prontuários; caracterizar o tipo de família do público infante-juvenil e suas condições de vida; levantar as repercussões do transtorno mental no meio familiar (SANTOS, 2019).

cessidade de dispensar grande parte do tempo com a criança, a maioria dos cuidadores não consegue se dedicar à sua carreira profissional, tendo que, com frequência, abandoná-la (DALTRO et al, 2018, s/p).

No que diz respeito à renda adquirida por meio de emprego, observa-se que os valores de salários recebidos não são suficientes para sustentar todas as necessidades mensais de uma família, pois sabe-se, de acordo com o Departamento Inter-sindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), que o salário mínimo necessário para se ter uma boa qualidade de vida no Brasil (com relação a alimentação somente), tem o valor de R\$ 4. 694,57, pesquisa feita em maio de 2020. No entanto, o valor do salário mínimo nominal atualmente é apenas \$1.045,00 e muitas famílias no Brasil, não somente as pesquisadas recebem um valor bem inferior a este.

Com relação às situações de habitação de cada família todas afirmaram ser próprias, com exceção de uma que afirmou ser emprestada. E duas entrevistadas afirmam considerarem suas residências em situação de risco, uma em questão de assaltos e perigo, a outra com relação ao desabamento da moradia, devido a altura em que se localiza. Sabe-se que habitação é um direito garantido na CF de 88 como prevê o Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Contudo, nem todo cidadão usufrui de tais direitos, como no caso dessas mães. Tal realidade está totalmente fora do que também propõe o Art. 25 da Declaração dos direitos humanos:

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive

alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis, e direito a segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 2018, s/p).

Assim, observa-se que esse artigo relaciona todas as expressões da questão social apresentadas ao longo das entrevistas. Todas essas mães relataram sobreviverem como podem com a renda que possuem, apresentando falta de segurança, falta de qualidade de vida por conta da insegurança da moradia, desemprego ou subemprego. A partir das falas dos participantes foi possível verificar também que tais direitos parecem ser desconhecidos ou ainda distantes de serem usufruídos por essas famílias.

Os achados do estudo também trouxeram a questão do transporte público, condição fundamental para que os usuários e suas famílias acessem o CAPSi e sem o qual não seria possível realizar o tratamento em saúde mental. Todavia, destaca-se que nem todas as pessoas possuem condições financeiras para acessar o transporte público, sendo, portanto, uma expressão da questão social.

Importante destacar nesse sentido, de acordo com o levantamento realizado anteriormente citado, que nem todos os usuários possuem algum tipo de benefício, como o Programa Bolsa Família (PBF), ou o BPC, pois para usufruírem os mesmos existem critérios que nem todos possuem. Dentre esses benefícios, porém, o mais acessado e presente na amostra é o Passe Livre Municipal-PLM (SANTOS, 2019). É um benefício municipal garantido pelo Decreto de N° 5.559/2003. O mesmo concede passe livre em transporte público municipal para pessoas com deficiência, tornando-se um meio de promover a acessibilidade através do uso gratuito do transporte público (TERESINA, 2003). O que revela que tal benefício

é de grande relevância para os usuários darem continuidade ao tratamento em saúde mental, caso haja ausência dele, o mesmo terá dificuldades de acessar os serviços e espaços de sua própria comunidade.

Um dos relatos de uma das profissionais entrevistadas traz bem esse aspecto sobre a importância do acesso ao benefício do PLM e sobre a questão da mobilidade urbana. A mesma afirmou não ter dado alta a um dos usuários e encaminhado para outros serviços, pela dificuldade em mobilidade para outros serviços que a mãe possuía, pela parca presença de transporte público próximo a sua moradia, assim como a distância do local até o serviço, tanto que a mesma pediu para que seu filho passasse a frequentar o serviço quinzenalmente. Essa foi uma dificuldade apresentada para o desenvolvimento do usuário de acordo com o relato da profissional. Como é possível observar adiante:

mas é um momento que o (B) não “tá” mais perfil pra “tá” dentro do serviço né, então nós queremos fazer essa articulação com outros serviços pra que ele possa sair do CAPSi e continuar com o acompanhamento a nível ambulatorial. E é essa barreira que nós estamos encontrando né pra que ele possa melhorar, porque os déficits dele são principalmente relacionados a aprendizagem. Então ele precisaria de fonoterapia, psicoterapia e do psicopedagogo e como a mãe não tem condições de ficar levando e trazendo a essas terapias o (B) ainda está aqui no CAPSi, sendo que ele poderia já estar lá fora, já poderia ter um desenvolvimento escolar melhor se ele já tivesse fazendo esses acompanhamentos (P2).

Essa questão da falta de acessibilidade ou mobilidade por conta da distância do local de moradia para os serviços, assim como as dificuldades financeiras para o custeio das passagens de ônibus, fazem refletir acerca da exclusão que essas famílias e adolescentes sofrem por não terem a facilidade e oportunidade

de acessarem serviços públicos próximos de suas residências, dos quais precisam para a manutenção da qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Outra questão bastante relevante diz respeito à manifestação de preconceito e estigma, presente na trajetória histórica da “loucura” e que ainda se reflete no contexto escolar desses usuários, pois três mães relataram haver tido situações que impulsionaram o afastamento dos mesmos da escola. Aqui está um relato dessa realidade:

Apelidando ele, só apelidando e acho que ele não gosta, chama ele de pé inchado, essas coisas, bolo fofo, apelidando ele assim e ele não quer ir por causa disso aí. Aí começou, aí perguntei o V, meu sobrinho. Aí eu disse “V porque que você fica apelidando o A, o A não “tá” indo pro colégio por causa de vocês”. Ele começa pro rumo de casa, o de casa é os primos dele. Aí eu perguntei o V, o V disse “ não foi só uma vez que eu chamei ele” “Não é pra chamar ele de jeito nenhum” (R2).

No depoimento acima é possível verificar a problemática do preconceito e do estigma como uma questão ligada diretamente a autoestima, ao processo educacional e consequentemente ao transtorno mental desse adolescente, conforme afirma um dos profissionais entrevistados:

Ele tem uma deficiência na formação óssea da coluna dele, então ele não vai crescer muito, ele é um pouco corcunda. E isso faz com que alguns coleguinhas do colégio e os amigos da vizinhança também fiquem chacoteando dele e isso mexe com o emocional do (C), por mais que ele tenha a deficiência intelectual dele, ele ainda consegue entender que uma chacota não é bom, ele já falou em momentos que ele não gosta dos colegas que ficam brincando com ele[...] E isso de certa forma provoca um processo de evolução negativo do

quadro dele, então a gente trabalha muito pra que consiga entender que é algo que a autoestima dele tem que ta o tempo todo em crescimento positivo (P6).

É possível entender a partir desse relato que o preconceito e o estigma acompanham as crianças e adolescentes no ambiente escolar, em particular quando esses possuem algum tipo de característica que se diferencia dos demais, uma realidade ainda mais complexa de ser assimilada por uma pessoa em desenvolvimento (a criança e o adolescente) e que possui transtorno mental.

As análises ao longo desse tópico trazem reflexões acerca das diferentes expressões da questão social que fazem parte do cotidiano do público infanto-juvenil com transtornos mentais. É possível afirmar que tais questões presentes na saúde mental, como o preconceito e a pobreza, a violência doméstica bastante pertinente, a evasão escolar, o desemprego e subemprego, baixa renda, falta de acessibilidade e mobilidade urbana e o alcoolismo, não atinge somente a pessoa com transtorno mental, mas todo o seu núcleo familiar, em particular a figura feminina, que sofre não somente com as questões referentes ao cuidado, mas também com a realidade da violência doméstica.

Por fim, é imprescindível entender que a vivência da criança e do adolescente com transtorno mental no contexto da sociedade capitalista é uma vivência ainda limitada, e que dificilmente colabora para o progresso em sua saúde mental, pela ausência do estado e das políticas públicas no que tange ao cuidado desse público e das necessidades de sua família, como bem trabalhado através das informações coletadas e análises dessa pesquisa. O que ainda reforça a necessidade de uma intervenção qualificada por parte dos profissionais em saúde mental, dando um enfoque particular no profissional de serviço social, que tem como seu objeto de intervenção as expressões da questão social.

Conclusão

A literatura utilizada ao longo desse estudo revelou primeiramente que a dinâmica familiar está não somente envolta de suas realidades subjetivas, mas em especial atrelada as questões sociais e históricas, contradizendo as antigas posturas acerca da compreensão psicanalítica, a qual culpabilizava a família pela presença de alguma anomalia em um de seus membros. Nesse sentido, a família fazendo parte da dinâmica da sociedade capitalista, entende-se que seus membros também irão estar suscetíveis as diferentes desigualdades presentes nessa realidade social. Não diferente as crianças e adolescentes dependentes dessa família vão estar intimamente envolvidos com as realidades e sofrimentos que a mesma vivencia em seu cotidiano.

Assim, a partir do exposto, é possível afirmar que as diferentes expressões da questão social estão interligadas com a interferência no tratamento em saúde mental de adolescentes no contexto Teresinense, sendo possível detectar que estão presentes na saúde mental infantojuvenil não somente a questão do preconceito e pobreza como normalmente abordado na literatura atual, mas também a questão da violência doméstica bastante pertinente, a evasão escolar, o desemprego e subemprego, questões de baixa renda, falta de acessibilidade, mobilidade urbana e questão de alcoolismo, sendo cada uma dessas interligadas entre si. Importante destacar que não somente a pessoa com transtorno mental está sujeita as consequências das diferentes manifestações da questão social, mas todo o seu núcleo familiar, em particular a figura feminina, que sofre não somente com as questões referentes ao cuidado, mas também com a realidade da violência doméstica e o desemprego.

É significativo ainda trazer um enfoque para a necessidade que os familiares e usuários dos serviços de saúde mental

possuem de acessarem serviços mais próximos de suas residências, assim como acessar benefícios que complementem suas rendas, o que colaboraria para a manutenção da saúde mental dos adolescentes e qualidade de vida da família como um todo.

Espera-se, a partir dos resultados verificados nesse estudo, que as expressões da questão social presentes na saúde mental infanto-juvenil não sejam reduzidas a problemáticas pontuais, como o preconceito, exclusão e pobreza, entendendo que essas realidades são sim pertinentes, porém, não únicas. O que reflete ainda a grande necessidade da existência dos benefícios sociais para as famílias e adolescentes usuários dos serviços de saúde mental, pois essas famílias atualmente estão sendo ameaçadas cada dia a caírem na miséria, pelos cortes nos direitos sociais. Realidade essa vivenciada paulatinamente pela sociedade brasileira. Entende-se ainda com os resultados desse estudo a importância da promoção de benefícios diversos e da articulação em rede nos serviços de saúde mental, para que as diferentes demandas dessas famílias e adolescentes sejam atendidos em sua totalidade. Assim como é perceptível também, que seja desfeita cada dia a visão de que o cuidado cabe somente a figura feminina.

Por fim, pretende-se contribuir para o acúmulo na literatura sobre essa temática das expressões na questão social na saúde mental infantojuvenil, como também para fortalecer a compreensão das realidades que vivenciam as famílias e adolescentes atendidos em serviços de saúde mental infantojuvenil no contexto teresinense. Assim como para promover essa discussão entre as diferentes áreas de formação profissional, para que tais usuários ao serem atendidos, sejam acolhidos em sua totalidade, fortalecendo um dos objetivos da política de saúde, a integralidade no atendimento.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2º ed. Rio de Janeiro: LTC, 1984.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://bit.dofKnkF>> Acesso em: 01 de Dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre: mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <<http://bit.dofKnkH>>. Acesso em: 01 de Dez. 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005 p. 51. Disponível em: <<http://bit.dofKnkN>> Acesso em: 19 de ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. M.S. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília-DF, 1993.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CANCIAN, Renato. **Comunismo Karl Marx- Marxismo faz crítica ao capitalismo.** 2014. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkP>>. Acesso em: 08 de Ago. 2019.

CÓRDOVA, Fernanda Peixoto; SILVEIRA, Denise Tolfo. A pesquisa científica. In: Gerhardat, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

DALTRO, Manuela et al;. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Rev. Saude Soc.** n27 (2) Abr-Jun 2018. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkS>>. Acesso em: 05 de Nov. 2019.

DIEESE. **Salário Mínimo Nominal.** Disponível em: <<http://bit.dolfKnkT>> Acesso em: 23 de nov. 2020

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS. **Projeto Terapêutico Institucional Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – Dr. Alexandre Nogueira.** Teresina, 2017.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história.** 8º ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

IANNI, Octavio. **A sociedade global.** 13º ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2008.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

JACCOUD, Luciana. Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/Unesco, 2009.

MELO, Ésio. **12 anos da Lei Maria da Penha: Saiba identificar os tipos de violência contra a mulher**. 2018. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkV>>. Acesso em: 02 de Dez. 2019.

MIOTO, Regina C.T. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Katálysis**. V.2, p. 21-26. Fev.1998

MOSER, Liliane; MULINARI, Bruna A. P. Proteção social e família: o caráter familista da política social no Brasil. In: **Anais do II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas**. 2017, Florianópolis-SC, 10p.

ONU. **Artigo 25: Direito a um padrão de vida adequado/ Declaração dos direitos humanos**. 2018. Disponível em: <<http://bit.dolfKnkX>>. Acesso em: 02 de Dez. 2019.

PEREIRA, Potyara. Política Social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Revista Serviço Social & Saúde**. Campinas (SP): UNICAMP, v.IX, n.10, Dez. 2010.

PEREIRA, Sofia L.B; GUIMARÃES, Simone de J. As expressões da questão social na saúde mental: Uma análise nos 4 CAPSs II de Teresina – PI. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.45, p.82-98, jul./dez. 2015.

ROSA, Lucia C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed, São Paulo: Cortez, 2011.

SAFIOTTI, Heleieth I. B.; ALMEIDA, Guey S. **Violência de Gênero: Poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter., 1995. <<http://bit.dolfKnk4>> Acesso em: 13 de maio de 2019.

SANTOS, Wanessa de S. **Relatório final de estágio obrigatório II**. Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil- CAPSi Dr. Alexandre Nogueira-CAPSi. Teresina, 2019

TEIXEIRA, Solange M. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina-PI**. 1º ed. Teresina: EDU-FPI, 2013.

TERESINA, **Decreto nº 5.559, de 06 de Março de 2003**. Regulamenta a Lei Municipal nº 3.444, de 03 de dezembro de 2002, que “Concede o Passe Livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo do Município e dá outras providências”, na forma que especifica. Teresina-PI, 2003.

CAPÍTULO VIII

**O CONSUMO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
E A MATERNIDADE:** as
manifestações da questão
social que atravessam a vida
de mulheres em período
gestacional/puerperal que
consomem spa

Maria de Fátima Moura de Porto dos Santos

Amanda de Carvalho Rêgo Santos

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Introdução

Este texto foi produzido a partir do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “ANOS DE FUMAÇA: um estudo de caso, nos leitos da RAPS, na Maternidade Dona Evangelina Rosa”, submetido e aprovado pelo comitê de ética da instituição supramencionada e pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, no dia 03 de setembro de 2018, obtendo o C.A.E.E nº 96316518.2.0000.5214, con-

cluído em 2018, no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí.

O interesse em estudar a saúde mental, principalmente a problemática que tange a mulher em período gestacional/ puerperal que faz uso de substância psicoativa (spa), surgiu a partir da experiência de Estágio Supervisionado obrigatório no 2º semestre de 2017 e 1º semestre de 2018, na Maternidade Dona Evangelina Rosa – MDER, nos leitos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e na Clínica Cirúrgica do Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha – HUT.

O objetivo geral da pesquisa foi: analisar as manifestações da questão social das usuárias de substâncias psicoativas internadas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, uma instituição estadual localizada no município de Teresina, no estado do Piauí. Isto é, compreender e analisar as principais manifestações das vulnerabilidades existentes no cotidiano da vida dessas mulheres como a fragilidade de vínculos familiares e comunitários, a vulnerabilidade socioeconômica e sociocultural. O trabalho desenvolveu-se com base na metodologia qualitativa e teve como sujeitos cinco profissionais e duas usuárias dos serviços da Maternidade em questão, que possuíam relação com a Rede de Atenção Psicossocial, em especial o cenário de álcool e drogas.

Em uma sociedade capitalista, as desigualdades sociais é constitutiva do seu modo de ser, o que se reproduz nas relações sociais, através das manifestações da questão social, que é “também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem” (IAMAMOTO, 2015, p. 28). Nesse contexto, o patriarcado é associado ao capitalismo, figurando as mulheres, a partir da sociedade moderna, na divisão sexual do trabalho, que esquadrinha a esfera pública, a rua, o espaço do trabalho e da política como associada ao homem e esfera privada, da casa, da família, como vinculada

à mulher. Com a segunda esfera, privada, desqualificada socialmente, como tendo menor valor nas relações de troca social, a mulher e seu ser foram forjadas como subordinadas aos homens. A condição feminina, associada à posição das mulheres na estrutura social, configurarão as desigualdades que perpassam seu estado de saúde e o acesso ou barreiras na utilização de serviços. Por sua condição posta, as mulheres na sociedade capitalista, por figurarem como principais cuidadoras dos membros familiares se tornaram as principais mediadoras nos serviços de saúde. Também, se constituíram como principal alvo da política de saúde, que no Brasil se concentrou no binômio mãe bebê. Nesse contexto, as mulheres tenderam a ser mais medicalizadas. Mas, na política de saúde mental elas ganharam pouca expressão, pois houve foco na figura genérica do “paciente”, somente em tempos mais recentes havendo maior entrelaçamento entre a política de saúde mental e as políticas públicas para as mulheres. Logo, o presente trabalho, busca lançar luz à realidade vivida por mulheres gestante e puérperas que consomem substâncias psicoativas e são atendidas na Maternidade Dona Evangelina Rosa, no leito de Atenção Psicossocial.

Esse trabalho norteia-se pelos princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), que segundo Guimarães e Rosa (2019, p. 113) foi um movimento que surgiu no cerne do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, lutando “pela universalidade da saúde, pelos direitos sociais e pelo cuidado em liberdade, com ênfase nos direitos civis, conjugados aos primeiros” às pessoas com transtorno mental. É um movimento que abarca tanto a categoria de trabalhadores da saúde mental, como também usuários, familiares, universidades e entes da sociedade civil, com caráter político e democrático na construção do direito e cidadania.

Para tanto o texto está dividido em quatro partes sendo esta a primeira. A segunda corresponde ao perfil sociodemográfico das usuárias de substâncias psicoativas, a qual discorre sobre as principais características das participantes da pesquisa, mulheres que fazem uso de spa nos leitos da RAPS na MDER; a terceira relata a concepção dos profissionais a respeito das manifestações da questão social que permeiam a vida das usuárias, onde aborda a visão dos profissionais de saúde, ligados aos leitos da RAPS na MDER, sobre a leitura e o perfil das usuárias; e as considerações finais.

Perfil sociodemográfico das usuárias de substâncias psicoativas

No ano de 2017, no intuito de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial e considerando as demandas de mulheres diagnosticadas com transtorno mental e as que são consumidoras de substâncias psicoativas, no período gestacional e/ou puerperal, foram qualificados seis leitos da RAPS, na Maternidade Dona Evangelina Rosa, possibilitando um serviço que respeita a singularidade de cada uma sendo um ganho ao seguimento pela ampliação da política pública de saúde.

O período a qual a mulher passa pela gestação e puerpério são marcados por profundas mudanças tanto nos aspectos físico e hormonais como nos emocionais. Essas transformações também abrangem, em maior ou menor escala, as pessoas que fazem parte de seus laços afetivos e familiares. Na divisão sexual do trabalho é atribuído socialmente a mulher o papel de mãe e cuidadora. Segundo Vernaglia *et al.*, (2014) seus estudos sobre o crack, apuraram que às mulheres é imputado o “papel de cuidar” dos filhos, e as mães nessas situações que eram indagadas sobre a entrega de seus filhos à adoção, elas tinham isso como uma forma de cuidado e responsabilidade. O

que pelo senso comum pode ser visto como “a falta de amor”, apontando ao que Badinter (1985) denomina sobre “o mito do amor materno”.

Ainda sobre a maternidade e o consumo de spa, Araújo (2014) relata que o fato de algumas abordagens profissionais serem preconceituosas e moralizantes, também corresponde a uma das manifestações da questão social, que contorna a visão de mundo sobre esse segmento e foi incorporado no imaginário social. Isso pode favorecer a usuária abandonar os serviços de saúde e conseqüentemente ao pré-natal. O que pode ser confirmado por Marangoni e Oliveira (2012, p. 167) “gestantes usuárias de drogas têm baixa adesão à assistência pré-natal e apresentam maior incidência de complicações obstétricas e ginecológicas”.

A partir das entrevistas realizadas no mês de setembro de 2018, onde duas usuárias dos leitos da RAPS da MDER aceitaram participar da pesquisa, encontrou-se o seguinte perfil: idade média de 28 anos; pardas; com baixa escolaridade - ensino fundamental incompleto; situação de desemprego; habitação de terceiros e em locais periféricos; número médio de 8 filhos, o que destoia da média nacional, de 1,9 filhos conforme IBGE; vínculos familiares fragilizados; início do consumo de spa na fase da adolescência (por curiosidade e/ou incentivo de amigos); e a principal droga consumida sendo o crack.

Destarte, esteado nas falas das entrevistadas, observa-se a presença de múltiplas expressões da questão social que permeiam suas vidas. Assim, segundo Iamamoto, a questão social é “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2015, p. 27), isto é, pode ser entendida como “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos [...] vinculado ao conflito capital e o trabalho” (CERQUEIRA, 1982, p. 21).

Outro fator que merece destaque é o território onde vivem. Lugares permeados de atrativos tanto ao tráfico, pelas precárias condições para o emprego formal, quanto para o consumo de spa. Associada a situação em que vivem (a condição de pobreza, a fragilidade e rompimento de vínculos familiares e comunitários, desemprego) podem funcionar como gatilho ao consumo, como forma de amenizar os seus problemas. Essa manifestação da questão social, se materializa no território de vida, pois residem no geral, em periferia, contexto onde as políticas públicas estão pouco presentes e onde o tráfico de spa é expressivo, o que pode se constata nas seguintes falas:

[...] eu vou na mão dos meus vizinhos, porque perto da minha residência, cada canto da esquina é uma boca de fumo. Aí por isso mesmo que fica ainda mais vulnerável a você usar, a seguir a entorpecente. Se eu vou numa esquina é uma boca de fumo, se eu vou em outra esquina é uma boca de fumo, se eu vou pra cima dos trilhos é uma boca de fumo [...]. (Usuária 1).

Ah, a facilidade é grande. É muito fácil. Na rua onde você se vira tem um ponto de droga. Aí tem tráfico ambulante. O tráfico é... é fácil demais ali na rua. Principalmente no interior onde a gente mora. Talvez se fosse calcular até mais que aqui. É muito fácil. (Usuária 2).

O conceito de território não se reduz ao seu âmbito geográfico, sendo também um espaço construído socialmente através de processos dinâmicos e históricos. Dessa forma, é compreendido tanto como espaço vivido (lugar onde acontece a vivência de sujeitos com particularidades comuns) como espaço administrativo (na dimensão jurídica do Estado). Isto posto, Sposati afirma que “ a concepção de território supõe movimento, isto é, a concepção de território não se confunde com uma área de abrangência, [...] é preciso ter claro que o território contém uma dimensão histórica, pois se constitui e

constrói sua identidade em uma dinâmica de relações”. (SPOSATI, 2013, p.06).

Esse meio, também é permeado pela pobreza, pela falta de infraestrutura, pela baixa escolarização, pela situação de desemprego, pelas inúmeras formas de violência, ou seja, o cenário em que essas mulheres estão inseridas as deixam mais ainda expostas ao consumo de drogas, já que o meio facilita e elas buscam nessas substâncias refúgio às problemáticas que enfrentam no seu cotidiano.

Assim a fala das usuárias evidencia que o seu local de vivência, o território onde elas habitam é marcado pelas manifestações da questão social, sendo locais marginalizados e esquecidos pela maior parte da sociedade e Estado. São vários pontos de venda e compra de drogas ilícitas na mesma região, o que pode caracterizar descaso do Estado com aquela comunidade.

Com isso, o território tem tanto a capacidade de potencializar a cidadania como de destruí-la quando não é visto com um olhar de totalidade, já que, “para as políticas sociais, o território, para além de um espaço geográfico, é um chão histórico, marcado por múltiplas relações, que materializa a identidade de uma dada política social” (SPOSATI, 2013, p. 09).

Uma outra dimensão remete aos vínculos familiares conflituosos. O vínculo dessas usuárias com a família e comunidade, por vezes é fragilizado ou até mesmo rompido. Com isso, demonstra-se a parca potência da política sobre drogas que prevê o tripé de responsabilidade do Estado, sobretudo no aparato repressivo, policial, sem suporte em outras políticas, como assistência social, educação e geração de emprego e renda.

Entende-se que as consequências relacionadas ao consumo de drogas não se resumem ao indivíduo de forma isolada, mas a toda uma estrutura a quem ele pertence. Contudo, a família muitas vezes ainda é culpabilizada pela situação em

que se encontra a usuária. Isso se configura como um olhar ultrapassado que enreda o trato com a defrontação das drogas, já que para Mioto,

A família conquistou na política os mesmos direitos, porque passou a ser compreendida não mais como culpada, mas como grupo fragilizado pela dependência química, vivenciada por seu familiar, com direitos à proteção pelo Estado, para enfrentar os múltiplos efeitos produzidos pela dependência. (MIOTO, 2007, p. 213).

Essa relação conflituosa e conturbada no cenário familiar pode ser legitimada pelo fato da construção social sobre o lugar a que pertence a mulher – o lar, na divisão sexual do trabalho, ser visto como naturalizado, o que requer crítica. Dessa forma, é plausível depreender o lugar, o espaço sociocultural onde essas usuárias estão postas. Ou seja, é fundamental entender o papel atribuído as mulheres com o decorrer dos anos, pois, Safiotti analisa que, “a mulher é socialmente responsável pela manutenção da ordem na residência e pela criação e educação dos filhos (SAFIOTTI, 1987, p. 9), o que precisa ser desconstruído. A mulher como historicamente associada ao meio doméstico, quando ela rompe com essa suposta predestinação, em uma sociedade que associou o capitalismo ao patriarcalismo, é considerada com desviante. Ou melhor, quando a mulher passa a ocupar o espaço urbano, tido como natural do homem, ela começa a ser encarada como fora do padrão, das regras criadas.

Concomitante a isso, também existe a questão do estigma e preconceito arraigado na sociedade, e até mesmo o fato do cansaço da família frente a complexa situação em que vivem. Nesse contexto é indispensável a compreensão que para além do usuário, também se faz crucial cuidar de quem cuida, isto é, cuidar da família. Pois, muitas vezes essas já se encontram

exauridas pelas consequências do consumo de *spa*. As fragilidades e os conflitos familiares relatados pelas usuárias podem ser vistas nas falas subsequentes:

[...] antigamente minha mãe não me ajudava, minha mãe me desprezava, minha mãe dizia que eu era a ovelha negra, que eu não era uma filha certa pra ela, que se ela soubesse que eu era daquele jeito ela preferia ter me matado, minha mãe dizia várias barbaridades comigo. Até com minha filha na barriga, ela dizia que o que eu tinha era um demônio, que eu tinha era isso e aquilo. Tudo devido o consumo da droga, tudo só por causa em relação a droga. (Usuária 1).

Mãe... coisada. Irmão pouca relação, pouca intimidade. (Usuária 2).

Tais conflitos denotam a exclusão de processos de educação, inclusive em saúde, e aos valores imperantes na sociedade, que embora remetendo o consumo à uma lógica médica, nem mesmo tal entendimento, como um problema de saúde, foi incorporado por muitos familiares, que acabam reproduzindo os valores dominantes.

A relação com a comunidade também tende a ser tensa, pela predominância dos mesmos valores, marcados pelo estigma, pois muitas vezes as usuárias são marcadas por julgamentos morais, que são extensíveis aos filhos, que são discriminados na escola, como admite uma das participantes:

Essa vida não é fácil não, não vou mentir, não é [...]. Você vê uma filha chegar pra você e falar assim: Mãe para de usar droga. Isso não é feio, isso é ruim. O que é você ter uma filha no colégio e as crianças dizer assim: Oh, tua mãe é uma drogada, tua mãe é isso, tua mãe é aquilo, isso não é fácil não, não vou mentir. (Usuária 1).

Nessa fala, pode-se observar a marginalização ao consumo de spa, visto que lugares como o lar e a escola, que poderiam ser vistos como espaços de cuidado e refúgio, passam a ser locais marcados pelo estigma e preconceito, o que pode favorecer o adoecimento, desgaste e fragilidades no meio familiar e comunitário. E processo que deixa o usuário à margem, o invisibilizando, enfraquece e mingua as políticas públicas sociais. Assim, de acordo com Goffman:

A estigmatização daqueles que têm maus antecedentes morais pode, nitidamente, funcionar como um meio de controle social formal; a estigmatização de membros de certos grupos raciais, religiosos ou étnicos tem funcionado, aparentemente, como um meio de afastar essas minorias de diversas vias de competição; e a desvalorização daqueles que têm desfigurações físicas pode, talvez, ser interpretada como uma contribuição necessidade de restrição à escolha do par (GOFFMAN, 1988, p.118).

Dessa forma, as mulheres que fazem uso de spa têm suas vidas marcadas pelo consumo e suas singularidades por vezes são esquecidas e/ou negligenciadas, sendo vistas por muitos como alguém que não cumpre seu papel social. Porém, as suas condições mínimas de sobrevivência, nem sempre são atendidas, visto que das usuárias entrevistadas nenhuma possuía trabalho formal, vivendo em situação de pobreza, tinham baixa escolaridade e eram desassistidas pelos programas sociais o que indica a destituição histórica de direitos que enfrentam para ter acesso à educação, ao mercado de trabalho, ao auxílio do governo, isto é, são pessoas que na maioria das vezes são tidas como “invisíveis sociais”. Assim, não há políticas sociais fundadas no princípio da equidade, pois quem tem menos na sociedade brasileira, acaba inclusive, sem acessar políticas ou acessando de maneira frágil. Assim, “a vulnerabilidade para o consumo de drogas é maior nos indivíduos insatisfeitos com

sua qualidade de vida, que não tem uma integração social, que não possuem acesso a informação adequada sobre o uso de drogas.” (CRUZ, BARROS, 2017, p. 52).

A violência é mais uma manifestação da questão social que atravessa o cotidiano dessas mulheres. A rua, na sociedade capitalista demarcada como espaço masculino, mas também como espaço de passagem, quando é ocupado pelas mulheres, às vezes até pelos atrativos que oferece, tem as marcas da violência. Como algumas mulheres para manter o consumo de spa, usam o corpo como “moeda de troca”, tanto na obtenção de dinheiro ou da própria droga, são expostas à violência. Assim, para essas mulheres que convivem no espaço urbano e prosseguem no consumo, aumenta suscetibilidade de várias formas de violência, sendo as mais comuns a física e sexual.

Destarte, a violência é ampla possui diversos tipos permeando diferentes áreas da sociedade inclusive o âmbito da saúde. De acordo com Minayo:

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra ‘vis’ que quer dizer força e se refere as noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes (MINAYO, 2006, 13).

Com isso, a partir da fala de um dos profissionais entrevistados, pode-se visualizar os tipos de violência, pela qual essa população está exposta.

Elas ficam bem vulneráveis a outras pessoas que chegam para elas para fazerem atos sexuais que não sejam da vontade delas. Muitas são estupradas. Acho que a vulnerabilidades delas são bem maior em relação ao resto da população. (Entrevistado 05).

Em suma, os corpos dessas mulheres figuram como de domínio masculino, expostos e sem proteção do Estado.

A relação de dependência a substâncias associada ao contexto territorial precarizado e ausência de políticas sociais, só agravam as manifestações da questão social. Antes mesmo da dependência essas mulheres já se encontravam destituídas de direitos como cidadãs, o que somente é agravado com o consumo prejudicial. Quando essa dependência corresponde a mulher que faz uso de crack e outras drogas, percebe-se um agravamento nas condições de vida e existência em geral, pois essas estão mais propícias a serem violentadas e adoecerem, já que nesse meio tende a existir a troca de drogas pelo sexo, isto é, segundo Marangoni e Oliveira (2012, p. 167) “a falta de condições financeiras pode levá-las a participar de atividades ilícitas e à prática sexual sem proteção em troca de drogas ou dinheiro, tornando-as sujeitas ao risco de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis”. Logo, a violência sobre os corpos dessas mulheres é redobrada, pois se associa à pobreza ao sexismo e ao estigma.

Concepção dos profissionais a respeito das manifestações da questão social que permeiam a vida das usuárias

Os profissionais, ao serem indagados sobre a visão que tinham a respeito da mulher grávida ou puérpera que faz uso de

spa, apresentaram diferentes concepções, que vão desde o olhar biomédico simplificado, na qual a mulher necessita apenas de cuidados médicos, de realizar consultas, etc.; como também ao entendimento da mulher que necessita de apoio integral e àquela mulher que é fragilizada, abandonada pela família. É necessário compreender que este processo ultrapassa o plano biológico/curativo, sendo importante considerar e analisar os determinantes sociais do processo saúde doença, bem como as manifestações da questão social subjacentes a todo processo de vida. Desse modo, no que tange o olhar que considera apenas o aspecto biomédico, destaca-se a seguinte fala:

A visão que eu tenho delas é assim [...] de muita vulnerabilidade, né, psicológica, né, social e também física até, por conta da falta de cuidado, do cuidado físico, que elas não têm o pré-natal, né, elas chegam aqui, realmente, sem... A grande maioria não realizou nenhuma consulta. [...] Sem muito, alguns casos fizeram uma ou duas consultas. (Entrevistado 01).

Logo, percebe-se o olhar micro sobre a mulher e sua condição, pois sua condição e vida é vista sob o foco estrito das necessidades em saúde, sobretudo da ausência ou pouco envolvimento com o pré-natal. Nesse sentido, há uma redução da mulher à sua condição de gestante, sem que seja visualizada em seu contexto em geral.

Adicionalmente a isso, há a percepção do profissional sobre a ideia do amor materno, como algo inato ao ser mulher e isso é usado como uma estratégia de abordagem para que a consumidora de spa “saia” da dependência, sendo que tal processo é simplificado à relação mãe bebê. Observa-se:

É um momento em que elas ficam muito vulneráveis, é um momento em que a gente diz muito aqui que é a hora

da gente... é... entrar com tratamento, porque ela tá mais aberta a... devido o amor pelo bebê, pelo filho pode, né, é uma oportunidade que a gente tem de tirar ela dessa... desse mundo, né, dessa dependência, de resgatar, né, e devido essas questões, né, todas, de quebra de vínculo, de falta de cuidado, mais a maternidade... ela se torna uma coisa boa, uma coisa boa que pode ser uma janela para a gente ter um acesso a ela, a sensibilizar para ela sair disso, né, se ajudar, procurar ajuda para sair dessa... de se tratar dessa doença, né, porque é uma doença, né, essa dependência que ela vai adquirindo e fica doente, não tem como. (Entrevistado 01).

A partir da fala acima, é notório observar a visão conservadora daquilo que Badinter (1985) chama de “o mito do amor materno” trabalhado em seu livro “Um amor conquistado”, na qual a mesma destaca que “o amor materno” é visto como algo inerente à condição de ser mulher, e não como algo adquirido, fruto da interação mãe/filho construída no processo social de reprodução. Ou seja, “o amor materno” é produto das relações sociais, sendo criado socialmente, não é algo biológico e natural do sexo feminino. Ou melhor, o momento da gravidez é generalizado como sendo o mesmo para todas as mulheres, visto como um momento que permite abertura, em função do amor pelo bebê. Um “momento”, para sensibilizar a mulher para sair da dependência, pois o foco é a abstinência. Claro que se comunga com a literatura de que não existe padrão de consumo seguro durante a gestação. Mas, sabe-se o quanto é complexo esse momento, e que não basta apenas o amor da mãe pelo filho para ocorrer a abstinência. Claro que ele pode ser um gatilho importante, porém, tem que vir acompanhado de outras condições, como projeto de vida, possibilidades reais, para produção do cuidado que vão para além da relação mãe e filho. Não basta o amor de mãe, há que se conjugar várias políticas e condições reais de vida, que vão para além da sensibilização ou da necessidade da mulher “se ajudar”. Isso é simplificar

um processo complexo, que historicamente levou à violação de direitos e exige ações para além da intervenção pontual.

De outra forma, identificou-se na perspectiva de outros profissionais, a compreensão dessa mulher a partir de uma visão de totalidade, como sujeito de direitos e que necessita de apoio integral, na qual se deve levar em consideração tanto fatores biológicos como os determinantes sociais do processo saúde doença descritos no artigo 3º da lei 8.080/ 1990. Nesse horizonte, destaca-se as seguintes falas:

Trata-se de uma pessoa, né, que merece muita atenção, muita assistência, né, da parte de toda a equipe, né, multiprofissional. Então, ela necessita realmente desse apoio integral, [...] em todo o seu... Situação de saúde, né, que envolve não só a questão doença, né, mas toda relação dela, [...] econômica, psicossocial, né, que envolve essa mulher. (entrevistado 02).

Olha a gravidez por si só ela já é um momento delicado né, levando em consideração que a mulher ela pode ficar mais vulnerável né, nos aspectos emocionais, psicológicos. [...] e se a gente somar uma gravidez sendo ela de risco habitual ou de alto risco, somar ao uso de substâncias psicoativas, aí é que essa mulher deve ter uma atenção integral, vendo os aspectos emocionais envolvidos juntando gestação e o uso prejudicial, então é uma questão que é muito delicada e merece de atenção e de atenção no local certo né, infelizmente essas mulheres usuárias de substâncias psicoativas quando em uso prejudicial a referência dela era o Hospital Psiquiátrico né, o Areolino de Abreu, então a questão obstétrica o ciclo gravídico-puerperal era esquecido, negligenciado. E aí, como eu vejo né, então eu vejo como um momento que requer um acompanhamento multiprofissional (Entrevistado 04).

Ambos profissionais compreendem essa mulher de maneira integral, “apoio integral” para além do momento da gra-

videz, como um ser que “merece muita atenção”. Na direção de ser capturada e cuidada “toda relação dela”, não apenas o momento pontual da gestação e puerpério.

Na última fala é possível observar ainda que, segundo o profissional, quando as mulheres eram tratadas no Hospital Areolindo de Abreu era levado em consideração apenas o consumo e não sua condição de gravidez ou puerpério, por exemplo, e ressalta a importância da mulher ser ter tratamento no local adequado, que possibilite o cuidado integral e não apenas ações pontuais e focalizadas. Assim, nota-se a questão histórica da saúde pública no Piauí voltada aos consumidores de substâncias psicoativas, segundo Rosa e Guimarães (2017), se concentravam nos hospitais de referência psiquiátrica do Estado: Sanatório Meduna até 2010, seu ano de fechamento, e Hospital Areolindo de Abreu, “através de uma atenção segregadora, que isolava a pessoa de seu contexto de vida.” (ROSA; GUIMARÃES, 2017, p. 19).

No segundo depoimento, entrevistado 04, observa-se a visão da gravidez como um momento delicado, mas, o horizonte do profissional, na perspectiva da integralidade, tem por limite o acompanhamento multiprofissional, centrando seu olhar sobre os serviços de saúde mental, sem alusão às condições de vida, e intersectorialidade entre as políticas.

Por sua vez, alguns profissionais, remetem as manifestações da questão social exclusiva e preponderantemente para o grupo familiar, numa perspectiva culpabilizadora e simplificadora das relações, como visto a seguir:

Eu vejo é essa pessoa vulnerável, essa pessoa desamparada, muitas vezes desassistida. Porque a própria família, às vezes, já deixa essa pessoa abandonada e a própria sociedade né que também a gente sabe que existe a discriminação. Então resumidamente essa pessoa se encontra desamparada. (Entrevistado 03).

Logo, o desamparo, o abandono são imputados à família, sem que seja convocado os determinantes sociais do processo saúde doença, uma análise macrosocietária, para compreender a gênese da situação constatada.

Assim, a fala da profissional sugere uma visão que já deveria ter sido ultrapassada, pois, como apontado por Miotto,

[...] historicamente a culpabilização cercou a família. Durante muito tempo, até antes de 2002, as ações voltadas para o enfrentamento dos efeitos do consumo de drogas, causadoras de dependência química, a família foi responsabilizada por ter falhado no seu papel de socializadora e disciplinadora, por não evitar e/ou reprimir essa prática pelos seus membros, de modo que eles não se tornassem dependentes. (MIOTTO *et al.*, 2007, p. 211).

A fala da profissional foca a responsabilidade na família, simplificando relações complexas, que envolve a sociedade como um todo e as múltiplas manifestações da questão social que a política de redução de danos buscou evidenciar.

A consumidora deve ser vista sim como um sujeito que merece cuidado em saúde, na qual sua família também merece atenção visto as consequências que o uso de drogas podem trazer não só para quem usa, mas para toda a família e sociedade. A família sem apoio, sozinha, não possui todos os meios para a recuperação do usuário.

Percebe-se que nas políticas públicas sociais, a familiar é vista como potencialidade no trato com as problemáticas sociais, e isso as vezes é confundido com uma responsabilização a mais da família, esquivando o Estado e contribuindo para uma ótica neoliberal. De acordo com Miotto “parece que as políticas sociais, ao assumirem as medidas de ajuste estrutu-

ral e ao enfatizarem a família como fonte de recursos, para a solução dos seus problemas, demonstram uma concordância com a lógica neoliberal da ‘solução familiar’” (MIOTO *et al.*, 2007, p.199). Dessa forma, há uma perspectiva familista, onde a família é a fonte de todo problema ao mesmo tempo em que é a sua solução, sem que seja visto que sua capacidade de oferecer suporte, está relacionada à cobertura de proteção social que o Estado lhe oferece.

Ainda em relação ao tripé família, Estado e sociedade, Goulart (2014, p. 63) afirma que cabe aos profissionais “compreender, dentre a multiplicidade de tipos de famílias, com qual composição familiar ele está trabalhando”, desvinculando-se de ter um olhar conservador e moralizante sobre a família de dependentes químicos uma vez que é dever do Estado garantir especial proteção à família, porquanto “não se pode transferir à família a função de proteger os seus membros sem lhe assegurar as possibilidades para tal.” (Goulart, 2014, p.57).

As mulheres em período gestacional e puerperal que fazem uso de substâncias psicoativas estão expostas a situações diversas, tais como: ruptura de vínculos com familiares, situação de rua, prostituição, violência física e sexual, estigma/preconceito no meio social, bem como no âmbito hospitalar, tanto por parte de alguns pacientes/usuárias do SUS quanto por parte de profissionais da saúde, um contexto confirmado pela literatura. Observa-se que os profissionais entrevistados estão em consenso com a literatura:

[...] a gente sabe que a grande maioria tem quebra de rompimento de vínculos, dificilmente elas têm vínculos fortalecidos com a família [...] porque esses vínculos já são todos rompidos, devido um histórico, às vezes, muitas vezes já longo dessa... desse uso, dessa dependência química que elas têm. (Entrevistado 01).

Elas estão vulneráveis a comorbidades, elas estão vulneráveis

a agressão. (Entrevistado 03).

Geralmente as pacientes que vem para cá, que são usuárias, são moradoras de rua, tem uma situação bem desfavorável em relação ao resto da população [...]. (Entrevistado 05).

Muito embora o consumo de spa aconteça em todas as classes sociais, o acesso a direitos, em um contexto de padrão de consumo dependente coloca as mulheres pobres e sobretudo negras a situação de maior destituição de direitos. Ademais, quando essa dependência corresponde a mulher que faz uso de crack e outras drogas, percebe-se que há um agravo maior, posto inclusive a criminalização histórica desse segmento pela política proibicionista e imagem social estigmatizada, veiculada pela mídia.

Percebe-se um olhar homogeneizante e de certa forma até mesmo conservador por parte dos profissionais sobre essas mulheres. As usuárias são vistas como “vulneráveis” e frágeis em geral, sujeitas a violências, sobretudo o estupro, exatamente por serem mulheres, e, sobretudo quando se encontram no espaço na rua. No entanto, o que se percebeu é que cada usuária passa por uma situação singular na qual o período gestacional/puerperal é congruente, mas suas situações são específicas. Algumas mulheres que chegam à MDER, nem sempre são solteiras ou vivem em situação de rua, exemplo disso foram as duas usuárias entrevistadas que tinham companheiros. Os vínculos familiares pareceram fragilizados, porém não se deve ter uma visão de vitimização dessa mulher. Ou seja, são mulheres plurais, cujas potencialidades podem ser descobertas e instigadas para elas serem as protagonistas de suas próprias histórias. Assim, se o profissional reduzir seu olhar à vulnerabilidade, à relação mãe bebê, sem ampliá-lo, pode não contribuir para o empoderamento e mudança na vida dessas usuárias.

Além disso, a dependência química, as falhas nas políticas públicas voltadas para este segmento, a falta de suporte integral da Rede, falta de acesso à educação, moradia e serviços, inexistência de apoio na comunidade, etc. correspondem à condição de pobreza em geral, imposta pelo lugar social que ocupam na sociedade, segundo as entrevistadas:

[...] são múltiplas situações de vulnerabilidades, né, que elas estão expostas, né, desde a questão mesmo na relação dela com a substância né, bem como toda situação socioeconômica dela, né, a questão da vulnerabilidade econômica, de falta de acesso aos serviços, né, das políticas públicas, tanto de saúde, educação, de moradia. (Entrevistado 02).

Observa-se ainda a falta de apoio familiar ou o “adoecimento” e cansaço familiar como outra faceta da vida da mulher consumidora de SPA:

Olha aqui que a gente trabalha na maternidade pública eu percebo inúmeras né, e praticamente toda essa questão mesmo de falta de apoio né, a família muitas vezes já também adoecida e cansada né, já não sabe mais o que fazer. E quando a gente fala de grávida, de gestante e usuários substâncias aí é que realmente eu percebo uma dificuldade em ter uma rede de apoio na comunidade, com esse olhar voltado para esse momento da vida dela. (Entrevistado 04).

A relação dessas mulheres com a família por vezes é conturbada. Os determinantes que circunscrevem a relação da mulher com família, perpassado pelo estigma e preconceito está enraizado na sociedade, e até mesmo o cansaço da família em relação a situação que passam, haja vista o familismo.

Outro ponto que foi destacado por uma das entrevistadas se manifesta na situação da criança que fica sob os cuidados

da mulher consumidora de spa, com precário suporte da rede formal e informal de cuidados:

[...] a gente sabe que uma pessoa que faz uso de substâncias psicoativas e que não tem o apoio da família, que não tem um suporte integral da rede social, essa criança também tá vulnerável, né, são crianças que estão vulneráveis tendo que ficar sob os cuidados de uma pessoa que nem de si pode cuidar, né, às vezes tá bem, às vezes não está. (Entrevistado 02).

Assim, na fala dos entrevistados, a família mais uma vez é responsabilizada pela presença ou falta do “bem estar” da usuária e a mesma é vista como uma pessoa que não possui responsabilidade para o cuidado de si e/ou da criança, pois o Estado não oferece suporte integral. Mais uma vez é percebido a visão vitimista sobre as usuárias, como se estas não fossem capazes de cuidar, pelo fato de também merecerem cuidados.

Assim prevaleceu entre os profissionais um olhar limitado à relação mãe - bebê, à sua família e múltiplas vulnerabilidades, o que denota precariedade formativa, de supervisão ou educação permanente, ou falta de ação em rede, para ampliar o debate.

Considerações finais

Ao trabalhar a temática de mulheres que fazem consumo de substância psicoativas no período gestacional ou puerperal, é necessário apreender que essa questão transcende a problemática do uso de drogas (licitas e ilícitas). Inúmeros são os fatores que interferem e estimulam o uso de spa, assim, a compreensão dessa problemática deve ultrapassar o fator biológico dependente, abarcando também os demais fatores que podem desencadear o consumo e dependência dessas substâncias.

Com a presente pesquisa foi possível traçar o perfil socio-demográfico das usuárias dos leitos da RAPS, de modo geral, são mulheres não brancas, semianalfabetas, não possuem nenhuma renda ou benefício socioassistencial e não fazem nenhum tratamento de saúde relacionado ao consumo de spa. Observou-se também que as vulnerabilidades presentes na vida das usuárias são convergentes com as vulnerabilidades analisadas pela literatura, tais como: a quebra de vínculos familiares, a baixa escolaridade, o duplo preconceito por questões de gênero, desemprego, dentre outras.

Dessarte, o trabalho dissertou sobre discursões de gênero com base em Safiotti (1987), e Vernaglia *et al.*, (2014), abordando a imagem e comportamento social construído e padronizado ao longo do tempo no que diz respeito a homens e mulheres, isto é, a mulher é incumbida ao meio doméstico, ao lar, a tarefa de ser mãe, cuidar da casa e dos filhos, fortalecendo “mito do amor materno”, que segundo Badinter (1985) corresponde ao sentimento natural entre mãe e filho, como se fosse algo biológico intrínseco do ser mulher. Porém, Badinter relata que não, esse amor, esse sentimento de maternidade são construídos socialmente. Assim, observa-se que as mulheres são duplamente vulnerabilizadas e estigmatizadas, já que usam a droga e não “desrespeitando” os papéis sociais determinados.

Em relação aos profissionais da MDER, destaca-se que o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe no âmbito da Saúde é de fundamental importância para os usuários do SUS consolidarem seus direitos. É necessário, também, que haja entre estes profissionais um compromisso ético político e moral para que não possuam uma postura moralizante e culpabilizadora das usuárias que consomem spa e de seus familiares, respeitando assim as diretrizes para o funcionamento da RAPS.

Diante do que foi exposto, entende-se que as usuárias de spa devem receber um apoio integral considerando não ape-

nas a questão obstétrica, mas também suas necessidades de trabalho, moradia, entre outros direitos que envolvem várias políticas públicas, o que torna necessário o trabalho interdisciplinar e a articulação com outros serviços e políticas, ação intersetorial. Nessa perspectiva, Goulart (2014, p. 130) afirma:[...] “faz-se necessário ainda entender que o usuário ou dependente não pode ser considerado apenas um dependente químico, apresentando necessidades e demandas que, para serem atendidas, direcionam-se a diferentes setores e políticas,”. Ainda afirma que o trabalho interdisciplinar e em rede deve ser pensado “pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, como forma de obter maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.” (GOULART, 2014, p.145).

Dessa forma, o atendimento integral ao usuário ultrapassa a questão biomédica, os determinantes sociais em saúde influenciam a forma do cuidado em saúde. Com isso, visto ser primordial aos serviços olhar ampliado e de totalidade, é de grande relevância a presença de assistentes sociais nas instituições de saúde, pois esses trabalhadores tem como objeto de trabalho as expressões da questão sociais que atravessam os vários setores da sociedade. E nessa perspectiva, em consonância com Mioto e Nogueira, “viabilizando concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde.” (MIOTO *et al.*, 2006, p.06), que se perceber a importância do Serviço Social na instituição.

Assim, compreende-se que para a garantia do apoio integral às usuárias de álcool e outras drogas, os atores das diversas políticas devem se comprometer ética e politicamente com os serviços prestados, comunicando-se entre si para a prestação de um serviço mais efetivo e agindo intersetorialmente.

Referências

ARAÚJO, Anne Jacob de Souza. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. 89f.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Disponível em: <<http://bit.dolfKnk6>>.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. Introdução. In: _____. **A “Questão Social” no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CRUZ, Ricardo Santos de Deus; BARROS, Sâmmia Fawsia de Deus.; Redução de danos, estigma, discriminação. In: **Redução de Vulnerabilidades associadas ao consumo de SPA: ferramentas para compreensão e ação**. GUIMARÃES, Thais Andrade Alves, *et al.*, (Orgs.) Teresina: EDUFPI, 2017.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOULART, Daniela Cristina Soares; SOARES, Ana Cristina Nassif **Famílias e dependência de drogas: interfaces com as políticas públicas**, 2014. Disponível em: <<http://bit.do/fKnaA>>. Acesso em 06 de Dezembro de 2017;

GUIMARÃES, Thais Andrade; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Questão Social e Serviço Social. In: _____. **O Serviço Social na contemporaneida-**

de: trabalho e formação profissional. 26^a ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MARANGONI, Sonia Regina; OLIVEIRA, Magda Lucia Felix de. Uso de crack por múltiplos em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciênc. Cuid. Saúde** 11(1):166-172, Jan.-mar.,2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SILVA, Maria Jacinta da; SILVA, Selma Maria Muniz Marques da. (2007). A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, 11(2), 197-220.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2006.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. Um fenômeno de causalidade complexa. In: _____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos Rosa; GUIMARÃES, Thais Andrade Alves. Política Estadual sobre drogas no Piauí. In: **Redução de vulnerabilidades associadas ao consumo de spa: ferramentas para compreensão e ação**. Guimarães, Thais Andrade Alves (Orgs.)[et al.]. Teresina: Edufpi, 2017. p.16-28.

SAFIOTTI, H. I. B. Papéis sociais atribuídos as diferentes categorias de sexo. In: _____. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SPOSATI, Aldaíza. Território e gestão de políticas sociais. **SERV. SOC. REV.**, LONDRINA, V. 16, N.1, 6, p. 05-18, JUL./DEZ. 2013.

VERNAGLIA, Taís Verônica Cardoso; VIEIRA, Regina Amélia de Magalhães Senna; CRUZ, Marcelo Santos. Usuá-

Sofia Laurentino & Lucia Rosa (orgs)

rios de crack em situação de rua: características de gênero.
Ciência & Saúde Coletiva, 20(6): 1851-1859, 2015.

PARTE III

**VIVÊNCIAS NA SAÚDE
MENTAL NA EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIA**

CAPÍTULO IX

**A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
EM TEMPOS DE PANDEMIA:
A EXPERIÊNCIA DO PROJETO
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE
SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

Ana Maria Cunha Iêdon

Giovana Maria Fernandes de Oliveira

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Introdução

A extensão universitária, ao lado do ensino e da pesquisa, compõe o tripé que constitui o eixo fundamental do ensino superior no Brasil, sendo um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade.

O contexto da pandemia da Covid-19, que levou a Administração Superior da Universidade Federal do Piauí (UFPI) a decretar suspensão por prazo indeterminado do Calendário Acadêmico, conforme a Resolução nº15/2020/CONSUN, devido a necessidade de isolamento social para resguardar a saúde da comunidade universitária e mitigar a transmissão do novo coronavírus, ocasionou na necessidade de redirecionar e

replanejar as atividades de extensão de forma geral, que tiveram que ser realizadas de forma remota, atendendo também a demanda da Pró-reitoria de Extensão e Cultura (PREXC).

É nessa conjuntura desafiadora que se desenvolve o Projeto de Extensão “Participação e Controle Social na Saúde Mental”, vinculado ao Departamento de Serviço Social e ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, que tem por objetivo contribuir com a organização e formação política em saúde mental, através do desenvolvimento de ações de mobilização, participação e controle social com usuários, familiares, profissionais e estudantes e que, no contexto imposto pela pandemia, passou a desenvolver suas ações de forma remota, ressignificando o uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs), através de experiências inovadoras e desafiadoras.

O projeto de extensão participação e controle social na saúde mental

A extensão universitária, juntamente com o ensino e a pesquisa, compõe o tripé que constitui o eixo fundamental do ensino superior no Brasil, sendo um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade. Assim, a extensão reafirma o papel de transformação social da Universidade, que deve ser voltada para os interesses e necessidades da maioria da população e propiciadora do desenvolvimento social e regional, assim como para o aprimoramento das políticas públicas (FORPROEX, 2012).

Segundo a Resolução Nº 085/18 do CEPEX da UFPI, são considerados Projetos de Extensão o conjunto articulado

de diferentes ações de extensão (cursos, eventos, prestação de serviço, produtos e publicações), com objetivos específicos limitados em um prazo determinado que promovam a interação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade, tomando como referência a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Os projetos de extensão têm caráter educativo, social e político, devendo compreender linhas e temas voltados para ações científicas e tecnológicas ou culturais, esportivas e de lazer.

As atividades de extensão têm o objetivo de levar à sociedade o desenvolvimento e aplicação de pesquisas e ensinamentos adquiridos nas comunidades acadêmicas, das quais fazem parte, visando transformar realidades e melhorar a qualidade de vida das pessoas, que por eles são assistidas. Além disso, permitem a convivência e a interação com as comunidades, possibilitando que novos conhecimentos sejam descobertos, e que efetivamente as teorias sejam postas em prática, a partir de situações diferentes daquelas vivenciadas nas salas de aula, de experiências e vivências, dessa maneira, constitui-se uma pluralidade que flexibiliza a elaboração de projetos que possibilita a interação sociedade/universidade.

Nesse sentido, o Projeto de Extensão “Participação e Controle Social na Saúde Mental” possui o objetivo de contribuir com a organização e formação política em saúde mental, através do desenvolvimento de ações de mobilização, participação e controle social com usuários da *Homo Lobus* (Associação Piauiense de usuários de álcool e outras drogas), da *Âncora* (Associação de Usuários, Familiares e Pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí, familiares, profissionais e estudantes), assim como construir espaços de discussão, estudos, trocas de experiências e formação sobre a Política de Saúde Mental, a luta antimanicomial, a participação e o controle social entre discentes, usuários, familiares e profissionais de Tere-

sina. Ademais, o projeto visa experienciar a participação social nos movimentos sociais e associações de usuários e familiares e nas instâncias de controle social na saúde mental, álcool e outras drogas, bem como qualificar profissionais e estudantes de Serviço Social para a intervenção na saúde mental e contribuir com a organização e realização do Encontro de Formação Política de usuários e familiares de Saúde Mental do Piauí.

É importante destacar que o referido projeto conta com o financiamento de duas bolsas do Programa Institucional de Bolsa de Extensão (Resolução nº 170/18 e Edital nº 12/2019 - PIBEX/UFPI). Os compromissos que um bolsista deve executar são: cumprimento da carga horária mínima de 12 horas semanais; executar as atividades previstas no Projeto e no plano de trabalho; participar de treinamentos e reuniões; participar do SEMEX; submeter e apresentar trabalhos acerca referido projeto; bem como seguir a orientação e supervisão da coordenadora do projeto, entre outras.

Nessa perspectiva, as bolsas ofertadas aos alunos são importantes, pois estimulam os docentes a desenvolverem ações de extensão e incentivam o engajamento dos discentes, proporcionando experiências além dos muros da universidade, tendo inúmeros ganhos para a vida acadêmica ao potencializar a articulação do tripé ensino, pesquisa e extensão. Ademais, as bolsas estão intimamente ligadas a garantia de acesso e permanência na educação superior, logo, tem extrema relevância para a vida acadêmica.

O referido projeto, coordenado por docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, teve início em março de 2020 e tem previsão de ações a serem desenvolvidas por 12 meses.

O impacto da pandemia do Covid-19 na universidade e nos projetos de extensão

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a Covid-19 é uma doença provocada pelo Coronavírus (uma família de vírus que ocasiona problemas respiratórios) SARS-CoV-2, que se encontra um quadro clínico de inúmeras infecções assintomáticas e quadros respiratórios preocupantes. Ainda de acordo com a OMS, cerca de 80% dos pacientes com a Covid-19 podem apresentar diagnósticos assintomáticos - que não apresenta os sintomas - e os 20% restantes podem chegar a necessitar de atendimento hospitalar e desses, 5% também poderiam vir a carecer de um suporte para o tratamento da insuficiência respiratória - fazendo o uso de suportes ventilatórios.

De acordo com o portal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) os primeiros casos do coronavírus aconteceram pela primeira vez de maneira isolada em 1937, mas apenas 28 anos depois a doença recebeu seu nome, uma vez que o seu perfil é semelhante a uma coroa visto através de microscópios.

Os sintomas da doença podem oscilar de um resfriado até uma pneumonia séria, tendo como sintomas mais comuns, a dor de garganta, febre, coriza, tosse e dificuldades de respirar além do seu meio de transmissão ser próximo a uma pessoa infectada ou através de contato com superfícies contaminadas – celulares, mesas, teclados, etc – mas também por abraços, apertos de mão, tosses e espirros.

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto desta doença e elaborou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e em 11 de março de 2020 a Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia (enfermidade epidêmica amplamente disseminada).

No dia 26 de fevereiro foi confirmado o primeiro caso do novo coronavírus no Brasil, entretanto, apenas no dia 13 de março o Ministério da Saúde começa a regimentar os critérios de isolamento e quarentena, que seriam aplicados apenas à pacientes confirmados com a doença ou com a suspeita da Covid-19. O isolamento se daria no espaço domiciliar ou nos hospitais (públicos e privados) por um período de 14 dias até o resultado de exames para informar se seriam necessários mais 14 dias ou se ocorreria a liberação do paciente. Já a quarentena seria aplicada por um prazo de até 40 dias, sendo estendida caso necessário e a determinação seria por ação administrativa formal e sendo assentado pelas secretarias de saúde de cada município, Estado, Distrito Federal ou vinda do Ministério da Saúde.

No dia 16 de março de 2020, o então reitor da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Arimatéia Lopes, informou – por vídeo – a suspensão das atividades acadêmicas e administrativas presenciais na universidade, para que seja evitado a propagação da doença no âmbito acadêmico. A suspensão das aulas começou a ser válida a partir do dia seguinte (17) e se estenderia até o dia 15 de abril. Sobre isso, a UFPI publicou nota informativa no seu site:

A Reitoria da Universidade Federal do Piauí, a administração superior da UFPI e os Diretores de Unidades de Ensino, reunidos nesta data, para analisar o contexto atual e decidir acerca das proposições do Comitê Gestor de Crise (CGC), constituído para elaborar plano de contingência e propor ações para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da declaração de pandemia pela Organização Mundial de Saúde, em razão da propagação do novo coronavírus (COVID-19) e, após ouvir o infectologista Carlos Henrique Nery Costa, que recomendou a imediata suspensão das atividades, corroborado pela representante da Fundação Municipal de Saúde, Amariles Borba, decidiu e informa que as aulas no âmbito da UFPI,

estarão suspensas, a partir de amanhã (17/03) até o dia 15/04 (UFPI, 2020).

Ainda no dia 16, a Reitoria da UFPI convocou uma reunião que uniu os representantes de vários setores da faculdade e formaram o Comitê Gestor de Crise (CGC), onde planejarão as orientações para as prevenções de acordo com a OMS e o Ministério da Saúde. Na reunião foi criado um plano de contingência com ações para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus, assim citado por Jaqueline Dourado - presidente do CGC - na conferência. Destaca-se que o meio de atuação do plano contingencial é dinâmico e se altera conforme as atualizações referentes a doença.

No que se diz respeito as medidas tomadas em relação as atividades de extensão, o plano de contingência publicado no dia 19 de março de 2020 ressalta que a Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PREXC) irá assegurar a promoção de atividades extensivas que tragam informações referentes ao COVID-19 para as comunidades externas a universidade. Também suspendem todas as atividades de ação de extensão, permitindo apenas aquelas que por ventura conseguirem atuar de maneira remota ou atividades que sejam extremamente necessárias, sendo essas possíveis de atuar com no máximo 5 integrantes e que esses não estejam em grupo de risco (idosos, fumantes, diabéticos, pessoas com problemas respiratórios, hipertensos e etc.).

Conforme aborda a Resolução o N° 015/2020/CONSUN - 02 assinada pelo reitor Arimatéia Lopes, o Conselho Universitário resolve segundo os artigos 2 ao 5:

Art. 2º Suspender no âmbito da UFPI, por tempo indeterminado, todas as atividades acadêmicas e administrativas presenciais, que não forem consideradas essenciais;

Art. 3º Determinar que a lista de atividades consideradas essenciais seja elaborada por um subgrupo do Comitê Gestor de Crise (CGC), em consonância com a legislação vigente e submetida à aprovação do CGC;

Art. 4º Determinar que, a cada quinze dias, o Comitê Gestor de Crise avalie o quadro epidemiológico da pandemia do novo coronavírus, para subsidiar a decisão de retorno à normalidade, das atividades acadêmicas e administrativas da UFPI (UFPI, 2020).

Os coordenadores de projetos de extensão que fazem parte do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX), tiveram que criar atividades de caráter não presencial e em seguida apresentar a coordenadoria da PREXC, para que os discentes permanecessem com suas atividades de maneira remota e, portanto, justificassem o recebimento das bolsas de extensão.

É nessa conjuntura que pode ser visto alterações de projetos de extensão no curso de Serviço Social da UFPI, tais como:

- **“Acolher: promovendo práticas de acolhida a pessoas idosas em situação de abrigamento”**. Coordenado pela Profa. Dra. Rosilene Marques Sobrinho de França, faz parte do Programa de Ações Integradas de Promoção e Defesa de Direitos Humanos, Sociais e Cidadania (PRAIDIH), vinculado ao Departamento de Serviço Social da UFPI, que visa o fortalecimento dos pilares da democracia e da cidadania, voltando-se aos debates sobre os temas de desigualdade social, etária, geracional, de classe, de renda, de raça/etnia e de gênero e pode ser vistos os demais temas também abordados pelo PRAIDIH através da página do Instagram *@praidih.ufpi*. O Projeto Acolher tem por objetivos contribuir para a garantia de direitos a um envelhecimento saudá-

vel, praticando com atividades que trazem a reafirmação da cidadania da pessoa idosa, atividades essas onde são feitas oficinas de músicas e práticas de acolhidas. O projeto atua desde 2017 no Abrigo Casa São José, localizado em Teresina e, por conta da pandemia vigente no ano de 2020, teve de se reinventar e lançou a ação de extensão “Acolher: em casa”, onde efetuaram as atividades de maneira remota, no qual os alunos do Curso de Serviço Social (CCHL/UFPI) e alunos do Curso de Música (CCE/UFPI) atuaram com a criação de vídeos e materiais técnicos contendo músicas, poemas, poesias e textos reflexivos para que os idosos pudessem fortalecer os vínculos afetivos mesmo estando isolados por fazerem parte do grupo de risco,

• **“Diálogos e Vivências com o SUAS em Tempos de COVID-19”**. Coordenado pela Profa. Dra. Iracilda Braga, em conjunto com outras professoras que também fazem parte do Departamento de Serviço Social da UFPI. Iniciou suas atividades em agosto de 2020 (durante a pandemia) e tem como seu público-alvo trabalhadores e trabalhadoras do SUAS e discentes da UFPI, que é feito através de *lives* semanais e temáticas no Instagram da própria professora. Os temas das discussões serão publicados em um e-book gratuito ao final do Projeto de Extensão. Todas as notícias referentes ao projeto podem ser encontradas no perfil do Instagram *@suascovid19_ufpi*.

• **“Questão Social e Atenção Especializada em Saúde nas Causas Externas: da dimensão assistencial à dimensão pedagógica”**. Coordenado pela Profa. Dra. Edna Joazeiro, o projeto de extensão visa, através da área educativa e pedagógica, buscar aproximação da Universidade com os profissionais de Serviço Social do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) e da Maternidade

Dona Evangelina Rosa (MDER) e com os professores do campo da saúde, onde promove práticas individuais e em grupo para que ocorra uma maior sensibilização para com a população usuária que está em casos de agravos na saúde ou não, derivados de fatores externos. Durante o período pandêmico, o projeto atua com ações de construção de materiais pedagógicos, educativos e informativos para a população no que se refere ao uso dos serviços de saúde. Divulgam esse material pelas mídias sociais afim de popularizar as medidas adequadas no enfrentamento da Covid-19 no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas podem ser encontradas no Instagram através do perfil *@causasexternasufpi*.

- **“Feira Agroecológica e Cultural”**. É um programa de extensão coordenado pelas Professora Doutoradas Valéria Silva e Lila Xavier, que visa construir um espaço de exposição e de vendas de produtos de agricultura sustentável e também de artesanatos, dando apoio aos agricultores e produtores familiares. A feira ocorria normalmente no espaço da Rosa dos Ventos na UFPI e também eram exibidas apresentações musicais, poesias e a realização de vendas de lanches saudáveis, entretanto, devido as transformações no cenário da pandemia, começou a realizar vendas dos produtos pelo WhatsApp e Instagram. Além disso, passaram a socializar informações através do seu instagram *@feiraufpi*.

- **“Programa Terceira Idade em Ação - PTIA”**. Surgiu em 1998 em um formato chamado de Universidades Abertas a Terceira Idade (UNATIs), tendo como foco a educação permanente da pessoa idosa, propondo atividades que promovam a intergeracionalidade entre os discentes e os idosos que participam das aulas. As atividades realizadas ocorrem dentro dos espaços físicos da

UFPI, onde são ofertadas aulas de computação, debates de músicas e filmes, musicultura, práticas de zumba e muitas outras dinâmicas. Nem com os portões da universidade fechados temporariamente devido a pandemia os seus monitores e alunos deixaram de praticar as atividades, através do perfil do Instagram (*@ptiaufpi*) e no grupo pessoal do *whatsapp*, onde professores e monitores continuaram a realizar exercícios físicos online, aulas de musicultura, indicações de filmes e documentários, informações referentes aos cuidados durante o isolamento etc.

• **“PET Serviço Social”**. Foi criado em 2009 e desenvolve atividades nos eixos de Ensino, Pesquisa e Extensão, tendo como tutora a profa. Dra. Dalva Macedo. Atualmente o trabalho do PET está dividido em 4 grupos de trabalho (GT) e cada um compõe eixos diferentes: o primeiro aborda a temática da Formação Profissional e Cotidiano Acadêmico-Institucional; o segundo eixo aborda Processo de Trabalho e a Garantia de Direitos; o eixo três traz o tema “Problematizando as relações sociais: expressões de etnia e gênero” e o último eixo traz a questão da Problematização da Violência de Gênero. Os temas são debatidos em rodas de conversa de um modo dinâmico mas, no atual cenário da Covid-19, as rodas de conversa passaram a ocorrer remotamente e a comunicação com a comunidade acontece também através das mídias sociais (no perfil do Instagram *@petsevsocial*), onde produzem *posts* e *folders* informativos e *lives* para debater temas provenientes dos eixos temáticos.

E não foi diferente com o Projeto de Extensão Participação e Controle Social na Saúde Mental, como será apresentado no próximo tópico.

A reinvenção do projeto de extensão participação e controle social na saúde mental em virtude da pandemia.

A Resolução nº 015/2020 do Conselho Universitário da UFPI, considerando a declaração de pandemia do novo coronavírus pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o estado de calamidade pública no País, decretado em 20 de março de 2020, vem a estabelecer a suspensão, por prazo indeterminado, do Calendário Acadêmico 2020.1 e 2020.2. Em decorrência disso, o Projeto Participação e Controle Social na Saúde Mental foi demandado a realizar um novo planejamento para suas atividades, que precisariam ser desenvolvidas de forma remota, por meio de tecnologias da informação e comunicação (TICs).

Por TICs, entende-se todo e qualquer tipo de tecnologia que auxilie na comunicação, podendo ser na forma de *hardware*, *software*, rede ou telemóveis em geral. Observa-se que tecnologia é a junção de duas palavras provenientes do grego, a primeira que origina “tecno” significa técnica, arte, ofício, a segunda, que origina “logia”, significa estudo. Logo, envolve todo estudo de conhecimento técnico, científico e artístico e suas aplicações através de sua transformação na utilização de ferramentas, máquinas, técnicas, conhecimentos, métodos, processos e materiais criados e utilizados a partir de tal conhecimento (SENAI, 2019).

A pandemia do novo coronavírus colocou a exigência de inúmeros setores da sociedade, em nível global, a se reinventarem. Nesse meandro, a OMS (2020) divulgou um guia com cuidados para a saúde mental, em que afirma que o distanciamento, a quarentena e o isolamento social além do risco de contaminação e outras situações, vivenciadas pela população associado a Covid-19 tem trazido instabilidade emocional significativa. Bem como agravamento de problemas psicológicos,

sendo de substancial importância o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde mental da sociedade como um todo, considerando estratégias que estejam em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, as TICs ganham novo significado, se tornando ferramentas estratégicas essenciais para reduzir os impactos físicos e de saúde mental provocados pelo distanciamento social, na medida em que propiciam conexão entre os indivíduos, quebrando as barreiras de tempo e espaço.

No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), calcada no princípio da garantia do bem-estar das pessoas que se encontram em condições de vulnerabilidade e risco social (pelo adoecimento, pelo sofrimento psíquico e/ou pela condição socioeconômica) e pelo entendimento da importância do trabalho junto à comunidade para assegurar o apoio à resiliência e à saúde mental (WHO, 2020), também enfrentou o desafio de (re) organização e (re)adequação da sua forma de ofertar cuidado nesse cenário de distanciamento social.

Sobre isso, o Ministério da Saúde elaborou a Nota Técnica nº 12/2020, com recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). O referido documento recomenda que os serviços de assistência à saúde mental mantenham o funcionamento sem comprometimento das atividades essenciais, sobretudo o atendimento da crise, mas devem suspender temporariamente as atividades em grupo e coletiva, de forma a reduzir a aglomeração e circulação de pessoas nos serviços. Orienta-se ainda o uso de ferramentas de comunicação, como atendimento virtuais, contatos com usuários por telefone ou aplicativo de mensagens, reuniões por videoconferências etc (BRASIL, 2020).

A Secretária de Estado da Saúde do Piauí elaborou um Instrutivo sobre atenção psicossocial em face da pandemia do novo coronavírus (SESAPI, 2020) em que também orienta a suspensão de atividades coletivas em caráter temporário, mas reforça a necessidade de manutenção dos atendimentos de urgência a crise em saúde mental (SESAPI, 2020).

Em decorrência da necessidade de distanciamento social como estratégia para evitar os riscos de transmissão do vírus, alguns Centros de Atenção Psicossocial passaram a desenvolver atividades de forma não-presencial, através de plataformas digitais e tecnológicas, utilizando-se das TICs para promover comunicação à distância por meio remoto, através de ligações telefônicas, mensagens de textos, chamadas por vídeo, entre outras atividades para a promoção da saúde mental desses usuários (ALMEIDA, 2020).

Nessa esteira, Vasconcelos e Weck (2020) também falam sobre os grupos de suporte mútuo virtuais, que passaram a adaptar os encontros presenciais para o formato online como medida preventiva no contexto da atual pandemia do Covid-19, como uma estratégia de continuidade das atividades e evitar o risco de transmissão e/ou contaminação entre os participantes, que tende a acontecer nas atividades presenciais.

Assim como essas experiências, o Projeto de Extensão Participação e Controle Social na Saúde Mental também passou a desenvolver suas atividades remotamente, ressignificando o uso das tecnologias de informação e comunicação, através de ações inovadoras e desafiadoras.

Nessa direção, em 16 de abril a 30 de junho foi criada uma página nas redes sociais instagram (@ppsam_ufpi) e facebook, referente ao Grupo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Políticas Públicas e Saúde Mental (PPSAM/CNPq/UFPI), a qual o Projeto de Extensão é vinculado, para divulgação das atividades e socialização de informações, visando construir

espaço de discussão virtual, estudos, trocas de experiência e formação sobre a Política de Saúde Mental, a participação e o controle social.

Nesse processo, buscou-se fazer um levantamento do contato de usuários, familiares, membros de associações, conselheiros e profissionais de serviços de saúde mental de Teresina para divulgação da página nos meios digitais e socialização de outros materiais do Projeto de Extensão, assim como a elaboração de tutoriais para o acesso às plataformas para promover a inclusão digital dos usuários e possibilitar sua participação nas ações previstas.

Ademais, a realização de fóruns online e vídeo conferências semanais com discentes do Projeto de Extensão para discussão de textos, planejamento e avaliação de ações, além de realizar *lives* com convidados externos para debater assuntos relativos ao Projeto de Extensão tais como: participação, controle social, política de saúde mental etc. Também foram realizadas entrevistas por vídeo chamada com membros das associações de usuários e familiares (Homo Lobus e Âncora) e conselhos estadual e municipal de saúde, visando aproximação e vivência sobre a participação social nesses espaços.

Dentre as atividades desenvolvidas, destacam-se as rodas de conversas online de suporte mútuo, as quais segundo Vasconcelos e Weck (2020, s/p) “caracterizam-se por encontros em espaços nos quais os participantes regularmente acolhem com empatia seus colegas de experiência comum, recriam vínculos de amizade e suporte, trocam estratégias de lidar no dia a dia com seus problemas comuns, e discutem temas relevantes previamente acordados pelo grupo”. Essas rodas de conversa possuem o objetivo de ser espaço de acolhida, desenvolver a solidariedade e ter trocas de experiências, contando com a participação de estudantes, profissionais e usuários das asso-

ciações Homo Lobus e Âncora, assim como professores universitários e lideranças de usuários.

Foram temas dos encontros online: O Amor e o Cuidado, a Reinvenção na Pandemia; Luta Antimanicomial; O Dia a Dia dos Usuários durante a Quarentena; O Empoderamento na Percepção dos Usuários; Contratualidade na Saúde Mental; As Relações familiares no contexto da Pandemia; entre outros. É válido dar ênfase que os temas e as discussões das rodas de conversa são escolhidas pelos usuários e têm acontecido às quintas-feiras e, por esse motivo, recebeu o nome “Quinta é nós!” por escolha dos participantes.

As rodas de conversa eram espaços de ampla participação dos presentes, em que todos tinham vez de fala e podiam expressar livremente sua opinião sobre o tema abordado. Os encontros eram vivências únicas e repletas de significados para todos os envolvidos, sejam estudantes, profissionais ou usuários. Para os discentes, a riqueza desses momentos se deu, sobretudo, pela possibilidade de ter uma aproximação e vivência com os usuários dos serviços de saúde mental, mesmo que de forma não presencial.

A partir dos relatos, os principais aprendizados se deram pela: importância da luta antimanicomial em suas vidas; o sentimento de ser capaz de enfrentar as dificuldades; a gratidão por poder estar expressando opiniões e pontos de vista como usuários; o partilhar experiências com profissionais e estudantes; a possibilidade de obter conhecimentos; a importância do empoderamento dos usuários e a possibilidade de estudar junto com a universidade e não ser estudado pela mesma; aprender e ensinar sobre a empatia; a importância de um vínculo entre usuário e profissional; a importância dos CAPS; dentre outros.

No entanto, também existem limitações e desafios no desenvolvimento de atividades online com usuários. Segundo Vasconcelos e Weck (2020), as limitações na realização de

grupos de suporte mútuo online se dão pelo fato de que os facilitadores terão mais dificuldade para observar a linguagem corporal dos participantes. Além disso, o grande desafio diz respeito a inclusão digital dos usuários, pois muitos não têm acesso a internet de qualidade, não tem celular ou têm dificuldade de manusear ferramentas tecnológicas, o que dificulta ou inviabiliza a sua participação.

Mas também existem vantagens nas atividades online, como a possibilidade de reunir pessoas de diferentes locais ou países e, sobretudo no contexto pandêmico vivenciado, a internet e as ferramentas tecnológicas têm sido importantes aliados para amenizar o isolamento social. Dessa forma, essa troca virtual se apresenta como uma estratégia para superar o sentimento de solidão e os impactos à saúde mental da população.

Assim, pode-se analisar que as reuniões virtuais têm algumas perdas, mas, por outro lado, possuem ganhos significativos. Segundo Vasconcelos e Weck (2020), as reuniões de suporte mútuo online são dispositivos que devem ser explorados e estimulados, principalmente no atual contexto de pandemia da Covid-19 e, posterior a pandemias também podem tornar-se uma alternativa para as ferramentas de apoio dos profissionais aos usuários.

O Projeto de Extensão também promoveu *lives* através da sua página do Instagram, abordando temas como: “Cuidado e promoção da saúde mental no contexto da pandemia do novo coronavírus” e “Serviço Social e saúde mental: tempos de pandemia”. Assim como houve a separação dos discentes do projeto em grupos para leituras e planejamento de *posts* educativos para as plataformas digitais.

Outra atividade remota desenvolvida pelo Projeto foi o “Curso de Formação: O trabalho do Assistente Social na Saúde Mental”, em parceria com o Conselho Regional de Serviço Social 22ª Região (CRESS-PI) e foi dividido em 10 módulos,

abordando desde a trajetória histórica do Serviço Social na saúde mental até a Atuação do/a assistente social no contexto da pandemia da covid-19 e os impactos na saúde mental. O curso, que aconteceu através da plataforma *Google Meet*, teve seu início no dia 1º de junho e seguiu até dia 1º de julho, com uma carga horária total de 24 horas e teve um total de 250 inscritos. Vale ser ressaltado que o fato das atividades do Projeto terem sido remodeladas para plataformas digitais, possibilitou que o curso tivesse um alcance de pessoas do Brasil inteiro.

Através do questionário avaliativo do curso, que obteve 150 respostas dos inscritos, constatou-se que: 53 participantes eram Assistentes Sociais inscritos no CRESS Piauí, sendo 21 atuantes na área da assistência social, 18 atuantes na área da saúde, 9 na área da saúde mental e 5 atuantes em outras políticas sociais; e 32 alunos de Serviço Social da UFPI; além da participação de assistentes sociais e estudantes de outras regiões.

Quando perguntado sobre a escolaridade, cerca de 34,6% (44 pessoas) dos participantes do curso tinham pós-graduação completa; outros 15,7% (20) com pós-graduação incompleta; 30% (38) tinham ensino superior ainda em andamento, ou seja, eram estudantes; e outros 19,7% (25) apresentavam superior completo, os demais participantes se encaixaram na modalidade de mestrado e doutorado.

Através da avaliação constatou-se também que participaram do curso pessoas de estados próximos ao Piauí, como profissionais e estudantes do Maranhão, mas também de outros estados como do Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Amazonas.

Os motivos mais citados para se inscreverem no curso de formação foram: interesse pelos temas abordados; disponibilidade em participar por ser online e gratuito, o que facilitou o acesso de pessoas de lugares distantes e possibilitou que professores com uma qualificação alta e de outros estados ministras-

sem alguns módulos; além da disponibilidade de certificados com carga horária, ajudando na qualificação profissional, seja dos já atuantes na área como também dos estudantes.

Dessa forma, o Projeto de Extensão apresentou importantes ganhos acadêmicos aos discentes, ao possibilitar o desenvolvimento de ações de mobilização, participação e controle social, mesmo no contexto da pandemia do novo coronavírus, contribuindo para uma compreensão teórico-prática sobre as instâncias de controle social e aproximação com movimentos sociais de usuários e familiares e a colaborar com a organização política de atores envolvidos com a Política de Saúde Mental de Teresina e também de outras regiões. Proporcionou também um contato entre os discentes com diversos segmentos, como membros de conselhos, associações, assistentes sociais e usuários.

Além disso, a oferta de bolsas de extensão para o projeto possibilitou maior estímulo dos alunos, sobretudo no cenário pandêmico que também impactou nas condições materiais de continuidade de estudo de muitos discentes que não tinham as ferramentas tecnológicas necessárias para participarem das ações remotas.

Assim, o Projeto se articulou com diferentes áreas do conhecimento, com profissionais de diferentes formações e com atores da comunidade em geral, permitindo o enriquecimento da formação acadêmica e da experiência dos alunos. Fortaleceu a interação dialógica entre segmentos da universidade com a comunidade (usuários, familiares e profissionais da saúde mental), promovendo a troca entre saberes acadêmicos e populares, de forma a estender o conhecimento acumulado no âmbito universitário, em uma aliança com esses setores e também com movimentos sociais, associações de saúde mental e instâncias de controle social.

Conclusão

O Projeto “Participação e Controle Social na saúde mental” possibilitou colocar em cena o protagonismo de um segmento histórico que por muito tempo foi silenciado, excluído e estigmatizado, fortalecendo assim, a identidade dos sujeitos em sofrimento psíquico e que fazem tratamento nos CAPS devido ao uso problemáticos com substâncias psicoativas. As ações, mesmo desenvolvidas de forma remota, mediadas por ferramentas tecnológicas, contribuíram para potencializar a “voz” desses sujeitos, possibilitando o exercício do protagonismo e autonomia.

Além disso, o referido Projeto permitiu a troca de saberes e de experiências entre discentes, docentes e usuários, em um cenário de excepcionalidade, em que todos precisaram suspender as atividades “normais” do cotidiano e se isolarem nos seus lares, para protegerem a sua saúde e da comunidade em geral dos riscos da propagação da Covid-19.

Apesar dos enormes desafios, o cenário contribuiu para uma maior aproximação entre os participantes do projeto, na medida em que, com a suspensão das atividades de ensino, a extensão universitária ganhou um novo sentido, de estímulo aos discentes a permanecerem engajados com as atividades acadêmicas e manterem seus vínculos com a Universidade.

Por fim, através da extensão, a UFPI pode reafirmar o seu papel de transformação social, que deve ser voltada para os interesses e necessidades da população e propiciadora do desenvolvimento social e regional, contribuindo com à assistência à saúde mental desse público tão afetado na pandemia.

Referências

ALMEIDA, C. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. In: LOLE, A; STAMPA, I; GOMES, R. (Orgs.). **O cuidado em saúde mental no cenário de pandemia da COVID-19: a experiência de (re) organização do CAPS UERJ**. Rio de Janeiro: MV Serviços e Editora; 2020, p. 259-267.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica N°12/2020** - CGMAD/DAPES/SAPS/MS. Disponível em: <<http://bit.dolfKnbi>> Acesso em: jul. 2020.

COVID-19: OMS DIVULGA GUIA COM CUIDADOS PARA A SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMI. [S. l.], 2020. Disponível em: <<http://bit.dolfKnbf>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

FOLHA INFORMATIVA – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [S. l.], 9 jul. 2020. atualizada diariamente. Disponível em: <<http://bit.dolfKnbp>>. Acesso em: 10 jul. 2020

FORPROEX - Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus – AM, Maio de 2012.

PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é Coronavírus?: (COVID-19). [S. l.], 2020. Disponível em: <<http://bit.dolfKnk8>>. Acesso em: 8 jul. 2020.

SENAI. Mas afinal de contas o que é TICs. [S. l.], 1 jul. 2019. Disponível em: <<http://bit.dolfKnbb>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SESAPI. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Instrutivo sobre atenção psicossocial em face da pandemia do novo**

coronavírus. Disponível em: <<http://bit.do/fKna7>> Acesso em 01 ago. 2020.

UFPI. Conselho Universitário. **Resolução nº 015/2020.** Estabelece a suspensão do Calendário Acadêmico 2020.1 e 2020.2 e dá outras providências.

_____. **Resolução nº 085/18.** Regulamenta o cadastro, o acompanhamento e a avaliação de Programas e Projetos de Extensão, no âmbito da UFPI.

VASCONCELOS, E; WECK, M. **Desafios e recomendações para a realização de atividades de ajuda mútua on-line no campo da saúde mental.** Rio de Janeiro, texto de discussão junto ao Projeto Transversões (Escola de Serviço Social da UFRJ). vol. 7. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020. Disponível em: <<http://bit.do/fKna4>> Acesso em: 21 jul. 2020.

