

SAÚDE MENTAL, PESQUISA E DESAFIOS PROFISSIONAIS

O que melhora o atendimento é o contato afetuoso de uma pessoa com a outra (Nise da Silveira).



RAFAEL NICOLAU CARVALHO
ALECSONIA PEREIRA ARAUJO
ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA
{ORG.}

SAÚDE MENTAL, PESQUISA E DESAFIOS PROFISSIONAIS

RAFAEL NICOLAU CARVALHO
ALECSONIA PEREIRA ARAUJO
ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA
{ORG.}



JOÃO PESSOA
2025



Universidade Federal da Paraíba

Reitor: Terezinha Domiciano Dantas Martins

Vice-reitora: Mônica Nóbrega



Centro de Comunicação Turismo e Artes

Diretor: Ulisses Carvalho Silva

Vice-diretora: Fabiana Cardoso Siqueira

CCTA



Editora do CCTA

Editor: Ulisses carvalho da silva

Conselho Editorial desta Publicação:

Ulisses Carvalho da Silva

Carlos José Cartaxo

Magno Alexon Bezerra Seabra

José Francisco de Melo Neto

José David Campos Fernandes

Marcílio Fagner Onofre

Secretário do Conselho Editorial: Paulo Vieira

Laboratório de Jornalismo e Editoração

Coordenador: Pedro Nunes Filho

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S255

Saúde mental, pesquisa e desafios profissionais [recurso eletrônico] / Organização: Rafael Nicolau Carvalho, Alecsonia Pereira Araujo, Ana Paula Rocha de Sales Miranda. – João Pessoa : Editora do CCTA, 2025.

Recurso digital (20,3 MB)

Formato: ePDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN : 978-65-5621-549-5

1. Saúde pública – Brasil. 2. Saúde mental. 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – João Pessoa, PB. 4. Saúde mental – Assistentes sociais. I. Carvalho, Rafael Nicolau. II. Araujo, Alecsonia Pereira. III. Miranda, Ana Paula Rocha de Sales.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 614(81):613.86

Elaborada por: Cleyciane Cássia Moreira Pereira CRB 15/591

Todos os direitos desta edição reservados à editora do CCTA/UFPB
João Pessoa – PB



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS

Elaboração

Rafael Nicolau Carvalho

Alecsonia Pereira Araujo

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Thaís Lopes Vasconcelos

Imagens de Capa

Banco de imagens Unsplash

Imagens do miolo

Acervo pessoal dos autores e banco de imagens Freepik

Revisão

Helena Tavares da Silva

Júlia Kauana Arcanjo da Costa

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro indispensável à realização deste estudo, que permitiu o avanço e o fortalecimento das ações de pesquisa. Nosso reconhecimento e gratidão também se estendem aos pesquisadores e colaboradores, estudantes de Iniciação Científica, mestrado e doutorado, bem como aos profissionais, gestores, usuários e seus familiares, cuja colaboração e dedicação foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Sem o compromisso e o esforço de todos, este projeto não teria alcançado os resultados esperados.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 08

PARTE I - PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO SUS 16

SUS E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: avanços e retrocessos sob o impacto da COVID-19 para a produção do cuidado
Patrícia Barreto Cavalcanti, Rafael Nicolau Carvalho, Alecsonia Pereira Araujo e Ana Paula Rocha de Sales Miranda 18

SAÚDE MENTAL EM FOCO: caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira
Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa, Isabella Oliveira Costa e Marianna Oliveira Costa 55

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE JOÃO PESSOA-PB: estrutura, funcionamento e atendimento em saúde.
Maruska Maria Meneses de Sousa e Rafael Nicolau Carvalho 79

OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: análise em um hospital pediátrico
Maria Jacielly Souza Figueiredo e Ana Lúcia Batista Aurino 110

PARTE II - DIREITOS SOCIAIS E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 132

ACESSO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)
Katiusca Torres Medeiros e Juliana Nunes Pereira 134

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB
Izaura Maria Omena, Alecsonia Pereira Araujo e Edna Tânia Ferreira da Silva 157

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NOS CAPS AD: reflexões a partir de uma revisão integrativa
Vitoria Camily Coutinho Braz de Araújo, Ana Flávia da Silva Morais, Rafael Nicolau Carvalho e Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa 184

PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL (PASM): urgência e emergência psiquiátrica em questão

Maria Luiza da Silva Pessoa Menezes, Pedro Soares Rocha Passos, Rafael Nicolau Carvalho e Alecsonia Pereira Araujo 207

PARTE III - SAÚDE MENTAL E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL
228

A INTERSETORIALIDADE ENQUANTO MECANISMO PARA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kassandra Queiroga Bezerra e Edna Tania Ferreira da Silva 230

O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: o desafio da intersectorialidade

Ana Katarina de Araújo, Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Patrícia Barreto Cavalcanti 257

SOFRIMENTO PSÍQUICO E SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA DA COVID-19

Jaqueline Figueredo Silva, Alecsonia Pereira Araujo e Danielle Viana Lugo Pereira 290

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: uma análise sobre a Síndrome de Burnout no Programa de Residência Multiprofissional de um Hospital-Escola

Danielle Viana Lugo Pereira e Valdezia da Silva Barbosa 314

PARTE IV - POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS 335

DESAFIOS E TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS NA POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL: um relato de experiência

Jailma da Costa Batista, Ingrid Jennifer G. Fernandes Gandoia, Fábila Vanessa F. da Silva Ataíde e Alexandre Rosas Leal de Albuquerque 337

CADÚNICO E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: Um relato de experiência na Saúde Mental

Franciele Lourenço Alves, Janielly Macedo de Vasconcelos e Priscila Maria da Silva 359

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES 381

SOBRE OS ORGANIZADORES 389

APRESENTAÇÃO

O livro “Saúde Mental, Pesquisa e Desafios Profissionais” compila textos que apresentam análises teóricas e contextuais sobre a saúde pública no Brasil. Em particular, foca-se na política de saúde mental, apresentando resultados de pesquisas e reflexões sobre as experiências profissionais dos autores.

Trata-se do primeiro produto do projeto “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa–PB”, aprovado pelo Edital n.º 19/2022 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) e pela Chamada Universal n.º 28/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O referido projeto tem por objetivo analisar a implementação da RAPS, a partir da interpretação dos atores sociais sobre a estrutura, o funcionamento e a produção das ações de cuidado.

A RAPS surge a partir de dois movimentos distintos, porém complementares. O primeiro movimento refere-se ao ordenamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na organização dos serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Iniciado em 2010, esse esforço visa integrar os sistemas municipais e estaduais para assegurar os princípios da integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde da população brasileira. O segundo movimento, que impulsiona especificamente a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é delimitado

pela atuação do Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desde meados da década de 1970, esse movimento defende um cuidado em saúde mental baseado nos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental, promovendo a prestação de cuidados em serviços abertos e de base comunitária, afastando-se progressivamente da lógica manicomial.

Esse movimento, que engloba diferentes atores sociais, avançou com importantes conquistas dentre elas a aprovação da Lei n.º 10.216/01, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e a mudança do modelo assistencial. A partir da lei, importantes medidas foram tomadas, como a criação e diversificação dos serviços de saúde mental e a consolidação e integração desses serviços em uma rede estruturada em diferentes pontos de atenção à saúde com densidades tecnológicas distintas. Contudo, o processo de implementação das RAS não ocorreu de maneira uniforme. Embora as redes tenham sido criadas por portarias ministeriais, cada região, estado e município as implementou conforme o grau de desenvolvimento do sistema e a profundidade do debate sobre saúde mental. Esses aspectos influenciaram a estruturação, integração e articulação das ações para atender às demandas da população. Por isso, é importante conhecermos o processo de construção e implementação da RAPS em João Pessoa-PB, considerando os fatores macroestruturais que impactam o SUS e a política de saúde mental.

Esses fatores incluem o desmonte das políticas públicas pelo neoliberalismo, o desfinanciamento do SUS, o avanço do conservadorismo na saúde mental e os impactos recentes da pandemia de Covid-19. Obviamente, não podemos esquecer os aspectos microestruturais, ou seja, como esses mesmos processos im-

pactam a nossa rede a nível local. Além disso, busca-se valorizar as opiniões e as avaliações das pessoas que fazem a rede, como os usuários e seus familiares, profissionais de saúde e gestores. Os primeiros ganham um destaque importantíssimo nesse projeto, pois, historicamente, foram excluídos tanto do convívio social quanto dos espaços de decisão e de avaliação. Nesse sentido, os próprios usuários e familiares avaliam as ações de saúde das quais participam. Este é um elemento raro nos estudos de avaliação de políticas públicas de saúde, especialmente na área da saúde mental, pois é importante lembrar que os usuários da RAPS carregam o estigma historicamente associado à loucura, atribuindo-lhes valores como incapacidade, periculosidade e irracionalidade. Portanto, considerar sua capacidade crítica de avaliação, conforme revelado na pesquisa, é uma forma de romper com essa cultura que impõe barreiras de acesso, participação social, limitando a vida em comunidade.

Além desses aspectos, é importante mencionar que todo projeto de pesquisa envolve colaboração. Este projeto teve início em 2019, foi impactado pela pandemia de Covid-19 e retomado em 2022 com apoio da FAPESQ. Durante esse período, várias pessoas participaram em diferentes etapas, como nas leituras e discussões do material bibliográfico coletado, nas atividades de formação e no trabalho de campo, por exemplo. Esses momentos reuniram estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e residentes de saúde mental, todos oferecendo suas perspectivas e experiências para fortalecer o processo de aprendizagem. Além disso, este projeto ofereceu cursos, formações e intercâmbios institucionais e internacionais, promovendo oportunidades de aprendizado em diferentes níveis.

O trabalho de campo envolveu a atuação e discussão nos serviços de saúde mental, com estagiários, estudantes de iniciação científica, mestrandos e residentes. Os participantes percorreram diversas trilhas nos serviços, na comunidade e nas unidades de saúde, buscando aproximar a vida acadêmica da comunidade por meio da saúde mental. Dessa forma, ao analisar a rede, também foi criada uma rede de interdependência, confiança, cooperação e relações entre as pessoas, os serviços e a comunidade. Todavia, esse primeiro produto não reúne todos os processos, mas apresenta a fase inicial do projeto. Os desdobramentos serão publicados em novos produtos, como a análise qualitativa das entrevistas com usuários e familiares e a internacionalização da experiência por meio dos intercâmbios acadêmicos realizados na Itália, na Espanha e em Portugal.

Não podemos deixar de mencionar também que esse livro chega em um momento muito especial para o nosso grupo, visto que o Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) completa, nesse mês de março, 25 anos de existência. O SEPSASS foi criado no ano de 2000 pela professora Patrícia Barreto Cavalcanti, que contribuiu por mais de 30 anos com a formação de estudantes de graduação e pós-graduação no campo da Saúde Coletiva e do Serviço Social. O SEPSASS foi o primeiro grupo de pesquisa no âmbito do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba a se dedicar exclusivamente às questões de saúde pública e a contribuir para o amadurecimento do exercício profissional dos assistentes sociais nesse âmbito, aliado a uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial. A professora Patrícia aposentou-se em 2024, deixando uma larga trajetória de pesquisa e de contribuições valiosas para o grupo em seus ensi-

namentos que se estendem para além da vida acadêmica. Somos eternamente gratos pela sua condução consistente e pelos laços profundos de amizade construídos.

Por fim, cabe-nos apresentar a estrutura desse trabalho. O livro está organizado em quatro eixos: 1) Panorama da Política Nacional de Saúde Mental no SUS; 2) Direitos Sociais e Produção do Cuidado em Saúde Mental; 3) Saúde Mental e Intervenção Profissional; 4) Política de Saúde e Saúde Mental: relatos de experiências.

No primeiro eixo, apresentamos 4 capítulos. O primeiro, intitulado “SUS e Política Nacional de Saúde Mental: avanços e retrocessos sob o impacto da Covid-19”, traz uma reflexão sobre os desafios que o SUS vem enfrentado desde a sua constituição e que se agravaram no contexto pandêmico. Além disso, o texto explora os impactos para a política de saúde mental nesse contexto. O segundo capítulo, “Saúde Mental em Foco: caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica brasileira”, contextualiza o processo de Reforma Psiquiátrica, dando as bases para compreendermos a constituição da RAPS e os desafios que surgem no horizonte de retrocessos a que assistimos nos últimos anos. O terceiro capítulo, “Caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial de João Pessoa-PB: estrutura, funcionamento e atendimento em saúde”, apresenta os resultados do estudo sobre essas dimensões, a partir da avaliação dos profissionais e gestores dos serviços de saúde mental. O texto apresenta uma reflexão importante sobre o que está disposto no aparato normativo e o que é efetivado pelo município. O quarto capítulo, “Os Impactos da Pandemia de Covid-19 na Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: uma análise em um hospital pediátrico”, apresenta os resultados de um estudo

realizado com os acompanhantes de crianças e adolescentes em hospital público infantojuvenil que é ponto de atenção em saúde mental. O texto destaca o quanto as crianças foram afetadas durante a pandemia, além da retração da rede que impactou no acolhimento adequado.

O segundo eixo também possui quatro capítulos: o primeiro, “Acesso da Pessoa com Transtorno Mental ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)”, explora as dificuldades de acesso desse grupo ao referido benefício, evidenciando as barreiras impostas tanto do ponto de vista da operacionalização do benefício pelo INSS, quanto das dificuldades de compreensão e do enquadramento das questões de saúde mental a uma lógica meramente biológica. O segundo capítulo desse eixo, “Análise da qualidade da assistência em saúde mental em João Pessoa-PB”, apresenta os resultados do estudo que avalia a qualidade das ações de cuidados prestados pelos CAPS do município, a partir da avaliação dos profissionais e gestores dos serviços. O texto elenca as dificuldades objetivas e subjetivas das equipes para a prestação do cuidado. O terceiro capítulo, “Análise das práticas de cuidado nos CAPS Ad: reflexões a partir de uma revisão integrativa”, analisa a produção do cuidado para pessoas com problemas de saúde mental decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas, a partir de uma revisão sistemática da literatura. O texto destaca que as medidas de desmonte da saúde mental têm um impacto maior nas políticas de álcool e drogas. O quarto e último capítulo, “Produção do Cuidado no Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM): urgência e emergência psiquiátrica em questão”, apresenta os resultados de uma revisão sistemática sobre as dificuldades de se implementar cuidados em saúde mental no âmbito da urgência e emergência

psiquiátrica. Esse eixo de atenção da RAPS é onde as práticas psiquiátricas conservadoras são mais evidentes.

O terceiro eixo possui igualmente quatro capítulos: o primeiro. “A Intersetorialidade enquanto Mecanismo para a Intervenção Profissional na RAPS”, apresenta os resultados do estudo realizado com os profissionais dos CAPS de João Pessoa sobre as articulações intersetoriais que realizam para garantir o atendimento integral das demandas de saúde mental. As autoras refletem sobre a dificuldade de implantar a intersetorialidade na prática, mesmo que ela seja uma diretriz estratégica para a qualidade das ações ofertadas pela rede. O segundo capítulo, “O campo da Saúde Mental como Espaço de Atuação do Serviço Social: o desafio da intersetorialidade”, faz uma reflexão sobre a atuação dos assistentes sociais no campo da saúde mental, por meio de uma revisão sistemática da literatura na produção da área. Nesse sentido, o trabalho problematiza a relação da intersetorialidade, diretriz da política de saúde mental, e o exercício profissional dos próprios assistentes sociais que atuam no campo. O terceiro capítulo desse eixo, “Sofrimento Psíquico e Serviço Social na Pandemia de Covid-19”, explora os impactos da pandemia para a saúde mental das assistentes sociais que atuaram na linha de frente em um hospital universitário em João Pessoa-PB. As autoras refletem como o sofrimento psíquico é invisibilizado no contexto do trabalho, apesar de gerar prejuízos significativos para as profissionais. O quarto capítulo, “Saúde Mental e Trabalho: uma análise sobre a Síndrome de Burnout no Programa de Residência Multiprofissional de um Hospital-Escola”, o trabalho apresenta os resultados do estudo com os residentes de um hospital-escola, problematizando

os aspectos do sofrimento que levam à síndrome de Burnout entre os residentes.

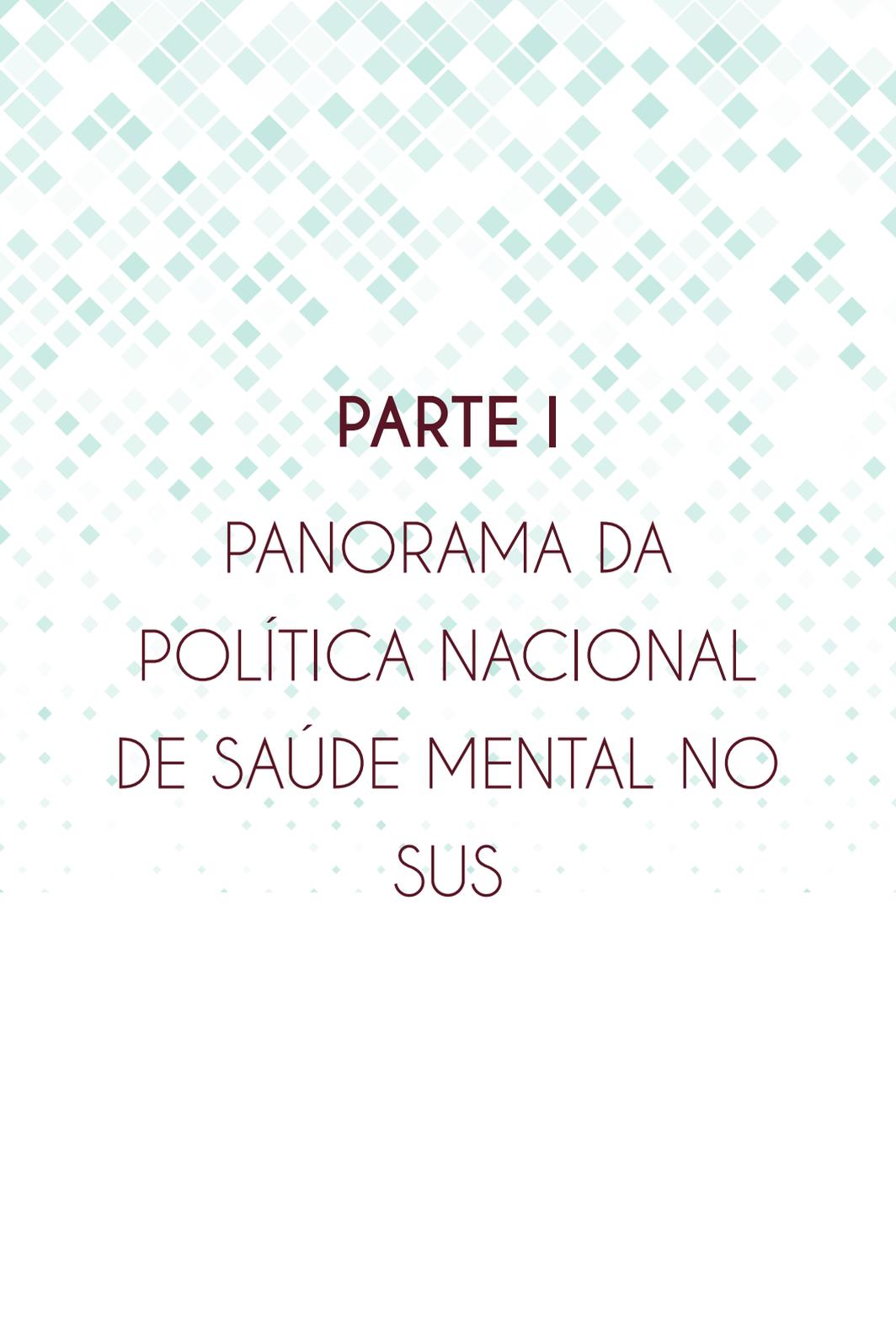
O quarto eixo possui dois capítulos: o primeiro, “Desafios e Tendências Contemporâneas na Política de Saúde e Saúde Mental: um relato de experiência”, apresenta uma descrição de uma formação em nível de pós-graduação de mestrandos e pesquisadores do setor que participaram desse curso, destacando os espaços de discussão sobre as questões da política de saúde mental. O segundo capítulo, “CadÚnico e o Programa Bolsa Família: um relato de experiência na Saúde Mental”, apresenta uma experiência prática do grupo de residentes vinculados a esse projeto que desenvolvem ações socioeducativas juntos aos usuários dos CAPS do município. A experiência foi resultado da participação das residentes no projeto e das discussões e intervenções realizadas por elas.

Dessa forma, acreditamos que a leitura dos capítulos, distribuídos em seus diferentes eixos, favorece uma compreensão panorâmica da política de saúde mental na cidade de João Pessoa, estimulando um pensamento crítico sobre os desafios que temos para garantir um cuidado integral, sem nenhum retrocesso. No conjunto, o livro também prepara o leitor para trilhar outros caminhos de interpretação que serão explorados no conjunto das novas publicações. Além disso, é um espaço de compartilhamento de ideias e experiências práticas proporcionadas pelo projeto e que, sem dúvidas, colabora para a consolidação da política de saúde mental.

Assim, desejamos uma boa leitura.

João Pessoa, 19 de março de 2025

Os organizadores.



PARTE I

PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO SUS



SUS E POLÍTICA
NACIONAL DE
SAÚDE MENTAL:
avanços e
retrocessos sob
o impacto da
COVID-19 para
a produção do
cuidado

SUS E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: avanços e retrocessos sob o impacto da COVID-19 para a produção do cuidado¹

*Patrícia Barreto Cavalcanti
Rafael Nicolau Carvalho
Alecsonia Pereira Araujo
Ana Paula Rocha de Sales Miranda*

Resumo

Este capítulo oferece um debate acerca do impacto da pandemia de Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. Assim, enfatiza a importância de refletir sobre o SUS e a política de saúde mental no contexto da pandemia, considerando as dimensões sociais e políticas que moldaram suas trajetórias. Portanto, trata-se de uma revisão do tipo narrativa, de caráter bibliográfico e documental, de natureza essencialmente qualitativa. É fato que a crise pandêmica de 2020 evidenciou tanto as fragilidades históricas, quanto a relevância do SUS, destacando sua rede assistencial e os esforços para atender a população apesar da precarização do sistema. A pandemia também agravou os problemas de saúde mental, revelando dificuldades na implementação da Política Nacional de Saúde Mental, sobretudo, em face do processo de contrarreforma nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, com práticas controversas e de retrocessos. O estudo ainda discute a sindemia, combinando desigualdade social e pandemia, afetando particularmente grupos vulneráveis. Com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva em 2023, há esforços para reconstruir o SUS e reverter os retrocessos, mas

¹ Trata-se de texto que foi revisado e ampliado do capítulo do livro: “Ideologia, política social e trabalho profissional: conjuntura e pandemia” cujos organizadores foram Edna Tania Ferreira da Silva, Jamerson Murillo Anunciação de Souza e Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva, publicado pela Editora UFPB, em 2022.

desafios políticos significativos permanecem, ante a correlação de forças políticas conservadoras que ainda impactam, nocivamente, a formação da agenda pública na área da saúde mental.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Saúde Mental, Pandemia de Covid-19.

INTRODUÇÃO

O capítulo que se apresenta expressa uma parte dos debates construídos pelos pesquisadores que compõem o Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Esses debates ocorreram no âmbito do projeto “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB” e também em resposta à crise pandêmica de 2020.

O modo como a pandemia impactou a produção do cuidado em saúde e a gestão dos sistemas de saúde em esfera global acarretou nuances, até então, não conhecidas. Assim, nosso objetivo com essa discussão é dar relevo a uma questão contraditória no Brasil, qual seja, por um lado, as fragilidades históricas do Sistema Único de Saúde (ainda mantidas) e, em contraposição, sua relevância em ter enfrentado uma das maiores propagações da Covid-19 no mundo.

Em meio a tal escopo, o crescimento vertiginoso dos problemas de saúde mental, como produto direto do contexto pandêmico, e as dificuldades de seu enfrentamento, por parte da Política Nacional de Saúde Mental, encerram o objeto central das nossas reflexões.

O Brasil atravessou (assim como o mundo todo) várias ondas da pandemia de Covid-19, marcadas pela alta da transmissão comunitária e pelo aumento de óbitos. Nesse cenário, o SUS demonstrou seu potencial, enquanto sistema universal, apesar de todas as iniciativas de desmonte de sua estrutura. Sua extensa rede assistencial, composta por milhares de unidades de saúde, da Atenção Básica à Alta Complexidade, evidenciou esforços hercúleos para o atendimento da população, mas também revelou as consequências da precarização do sistema que, no caso da pandemia, se expressou por meio da incapacidade de testagem em massa, pelos leitos adequados em números insuficientes, pela falta de insumos essenciais para o atendimento no contexto pandêmico, pela escassez de profissionais especializados, pela falta de cobertura assistencial em regiões longínquas e pela atenção à saúde das populações mais vulneráveis. O sistema, diante desse contexto, inevitavelmente, saturou.

Esse resultado é fruto do processo histórico de precarização dos embates político-ideológicos de projetos societários distintos para a saúde e do desmonte das políticas públicas, que se intensificou a partir de 2016 e que impactou o conjunto das políticas sociais, mas, sobretudo, a política de saúde com a finalidade de programas estratégicos, por meio de cortes de recursos e retrocessos na condução política do sistema.

Associaram-se a esse quadro a falta de coordenação nacional para o combate à pandemia; o negacionismo do governo anterior, frente a letalidade da Covid-19; a falta de incentivo às medidas sanitárias para reduzir a transmissão; e a inexistência de articulação e cooperação entre as demais políticas, de modo a mitigar os efeitos sinérgicos da pandemia em todos os âmbitos da

vida dos brasileiros. Outrossim, a repercussão disso na implementação da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM.

Alertamos para o fato de que, ao tomarmos a “nova” PNSM como parâmetro, não o fizemos de maneira aleatória. Tal política evidencia-se como crucial, se considerarmos as consequências psicossociais da pandemia que se explicitam desde a ocorrência de depressões e ansiedades até o seu agravamento, como a materialização de atos suicidas.

1.1 O SUS e a pandemia

Criado há mais de 35 anos, o SUS nunca teve tanta visibilidade como em tempos pandêmicos. Moldado sob as bases do Movimento Sanitário e fruto da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS vem sendo analisado por diversos matizes, dos quais alguns colocam em xeque a viabilidade de seus princípios fundantes; sua legislação; seus modelos de atenção à saúde; sua principal estratégia de gestão; sua condição de sistema complexo e seu histórico de subfinanciamento e desfinanciamento.

Todavia, em meio à crise sanitária, ocorrida no período de 2020 a 2022, também tem emergido o reconhecimento da crucialidade do SUS e das inovações e expertises inerentes a sua implementação, tais como: eficiência na cobertura vacinal; construção de linhas de cuidado amplas; consecução na criação de arranjos organizativos de densidades tecnológicas diferentes (Redes de Atenção à Saúde), tendo em vista o alcance da integralidade; disposição de fóruns de controle social, estimulando a participação da sociedade civil na sua gestão, dentre outras.

Assim, qualquer análise, que relacione o SUS à crise sanitária que vivemos no período supracitado, requer o realce do processo histórico que o constituiu, tendo em vista ser o SUS uma das maiores conquistas da população brasileiras, apesar de suas inúmeras fragilidades estruturais que afetam, sobretudo, a produção do cuidado em saúde. A literatura que reafirma a relevância do SUS é farta e densa. Autores, como Lobato e Giovanella (2012); Paim (2013) e Fleury e Ouverney (2012), atestam o papel que o SUS possui no redirecionamento do projeto civilizatório brasileiro, ultrapassando sua função de mero mecanismo de provimento da assistência pública à saúde.

Tomando por base tais preâmbulos, importa-nos ressaltar que temos assistido sistematicamente nos 34 anos de implementação do SUS à desconstrução do projeto político para a saúde, defendido por ocasião da Constituinte de 1988, bem como almejado pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

O projeto sanitário, de base universal e democrática, vem sendo atacado pelas inflexões neoliberais instaladas no país, na esteira da contrarreforma do Estado, aprofundada por Behring (2003), desde os anos 90. Os contrapontos apresentados pela perspectiva neoliberal na saúde são variações de projetos privatistas, a serviço das grandes corporações do mercado em saúde.

Ressaltamos que todos esses projetos concretizam a dinâmica de correlação de forças presentes no desenvolvimento dos pensamentos contidos na própria reforma sanitária, que, a partir dos anos 2000, se expressa em três direções: uma que persiste na defesa do ideário original, calcado na necessidade de termos um sistema de saúde gratuito, universal e democrático; uma segunda baseada na ideia de que o SUS, do modo que foi concebido, não

é sustentável e que, portanto, é necessário flexibilizar seus modelos de gestão; e, por fim, uma terceira direção ancorada em um projeto social mais amplo que prevê que a efetivação do direito universal à saúde só será possível por meio da desmercantilização da saúde e da resolução das questões estruturais brasileiras (Andreazzi, 2016).

Há que se ressaltar que os estudos produzidos por Bravo e Pealez (2018) sinalizam, não apenas três vias, mas quatro direções (geradoras de quatro projetos para a saúde nacional), a partir das quais têm se implementado as políticas de saúde no país.

Segundo as autoras mencionadas, o primeiro, denominado Projeto Privatista, teve origem no decurso da ditadura militar, deflagrada em 1964. Desde esse período, as características assumidas pelos governos, no que concerne ao Sistema Nacional de Saúde e, por conseguinte, às políticas governamentais de saúde, pautaram pelo privilegiamento da exploração da doença, do modelo hospitalocêntrico e médico centrado, alinhando-se, deste modo, à lógica do mercado em saúde. Tal projeto é retomado com ênfase nos anos 90 (ressignificado) sob a égide do neoliberalismo, tomado como rota no país. Desta feita, passa a determinar uma nova lógica de execução do atendimento em saúde, através da substituição do Estado pelas Organizações Sociais.

De acordo com as perspectivas de Bravo e Pealez (2018), expressando, no campo da saúde, a chamada “Nova Gestão Pública”, as terceirizações da gestão dos serviços públicos de saúde predominaram, aliadas aos ataques ao fundo público no que se refere ao orçamento da saúde. Vale ressaltar que, nessa década, em paralelo, estamos vivenciando a implementação do SUS e, consequentemente, de mais um projeto (direção) para o campo da saúde.

de no Brasil. É o momento em que o Projeto da Reforma Sanitária está se materializando.

A conjuntura dos anos 2000 aponta para a emergência do terceiro projeto, denominado Reforma Sanitária Flexibilizada, o qual, segundo Bravo (2013), configurou-se a partir da aceleração do subfinanciamento progressivo das políticas sociais, dentre elas, as de saúde diante das opções macroeconômicas seguidas pelo país. Nesse contexto, questiona-se a sustentabilidade do SUS tal como foi pensado originalmente, ao mesmo tempo em que emergem narrativas que procuram “alternativas”, “soluções” para os problemas estruturais do SUS. As alternativas vão desde a responsabilização profissional pela baixa qualidade da atenção até as proposições de novos arranjos gerenciais que deem mais efetividade, eficiência e eficácia às ações do sistema.

O golpe de estado sofrido por Dilma Rousseff em 2016 fez com que Michel Temer (seu vice) assumisse e, no contexto da saúde, acelerasse a modelagem do quarto projeto, tornando o SUS completamente refém da lógica do mercado. Bravo e Pealez (2020) asseguram que se concretiza a partir daí tal projeto, aperfeiçoado na gestão seguinte de Jair Bolsonaro.

O cenário mais recente, ocupado pela terceira gestão de Luis Inácio Lula da Silva, apresenta-se, no que se refere aos projetos constituídos para o setor saúde, ainda pouco alterado. Persiste o impacto nocivo da financeirização histórica e dos arranjos político partidários na condução das políticas de saúde.

A corrosão gradual, observada no interior do SUS, tem produzido danos nos seus três níveis de complexidade em saúde: nas relações descentralizadas entre as esferas gestoras; nas formas e percentuais de financiamento; no grau de impacto dos fóruns

de controle social na formulação das políticas locais de saúde; na precarização do processo de trabalho em saúde; mas, sobretudo, tem corroído o direito à saúde de modo universal, integral e equânime.

Nessa perspectiva, entendemos ser fundamental, preliminarmente, refletir o SUS, recuperando as décadas de luta política por um sistema universal e igualitário de assistência pública à saúde no Brasil, analisando com mais acuidade todas as ambiguidades, os conflitos e as questões que esse processo tem gerado desde então, notadamente, nos últimos anos de inflexão ultraliberal.

Tendo como cenário um país permeado por transformações econômicas, sociais e políticas, o SUS, enquanto proposta de democratização dos serviços de públicos de saúde, emergiu justamente neste caleidoscópio de mudanças. Tratava-se de mais um locus do aparelho estatal que necessitava de mudanças urgentes diante da inoperância do sistema de saúde até então adotado (visivelmente de cunho privatista e corporativo). A formalização do SUS só viria em 1988, assegurado pela carta constitucional, cercado de apoio tanto de entidades profissionais do campo da saúde, como por organizações da sociedade civil. Naquele momento conjuntural, um novo pacto político foi tecido, o que possibilitou a ampliação do direito à saúde, como a responsabilidade estatal.

Como todo processo constitutivo, o SUS atravessou (e ainda atravessa) várias fases e níveis de operacionalização, tratando-se de um processo inacabado, tal qual a própria Reforma Sanitária. Nesse processo de construção, várias dimensões foram acionadas desde às dimensões ética; operativa; cultural e, principalmente, político-ideológica. Partindo de um novo modelo de atenção à saúde, todos os polos mencionados teriam, por suposto,

que ser transformados paulatinamente em função dele. Entretanto, como todo processo em movimento, permeado por forças sociais complexas, verificam-se inúmeros gargalos que têm impedido a evolução qualitativa do SUS.

Há que se considerar ainda que, no período compreendido entre a germinação da Reforma Sanitária, a institucionalização do SUS e a crise atual que atinge o sistema, mudanças estruturais se processaram a nível mundial, impactando os países periféricos, como no caso do Brasil, fazendo com que muitas das conquistas sociais (o SUS é uma delas) refluíssem.

No entanto, apesar do desalentador cenário que o SUS apresenta, a densidade das questões geradas, a partir de sua operacionalização, revelam um modelo estatal de saúde instigante e dinâmico, no tocante às mudanças ocorridas no cerne das relações sociais transversais a ele, por vezes conflituosas, complexas, mas produtoras de transformações. Referimo-nos, principalmente, às mudanças observadas nas formas de tessitura das práticas profissionais e de gestão, nos serviços de saúde descentralizados, os quais demandaram em maior ou menor grau uma quebra nas relações de poder estabelecidas ao longo da história das políticas de saúde brasileiras.

Num país, tradicionalmente marcado por um Estado centralizador e autoritário, é importante observar a resistência na divisão dos centros de poder que a descentralização provocou. A etapa, posterior à municipalização, ou seja, à regionalização da saúde, vem mostrando-se incapaz de se sobrepor aos problemas gerados pela municipalização, tais como: fragmentação das ações, baixa cobertura e qualidade dos serviços prestados. Passados 33 anos, o que se observa, nesse quesito, é que os municípios ainda

não absorveram as prescrições da regionalização, resistindo aos processos de negociação e à formulação de pactuações.

No que concerne a outra mudança relevante provocada pela implantação do SUS, qual seja, a criação de uma cultura de prevenção e promoção à saúde, entendemos que avanços são constatados nomeadamente a partir da implantação do Programa Saúde da Família em 1994 (atualmente, Estratégia de Saúde da Família – ESF). Sem dúvidas, a expansão da estratégia, a partir de 2008, contribuiu para a construção de inúmeras experiências exitosas no nível da atenção primária em saúde, apesar das fragilidades inerentes à estruturação do programa/estratégia.

Enfim, a história recente da saúde pública brasileira nos mostra que, após os anos 80, o discurso que relaciona descentralização/municipalização, em geral, dissipou-se em meio às culturas institucionais arraigadas, enfrentando, por sua vez, as heterogeneidades dos poderes políticos locais, gerando inúmeras e diferentes experiências de materialização do Sistema. No que se refere à mudança do modelo técnico-assistencial, desafio primeiro da ESF, verificamos uma regressão, tendo em vista as recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, na gestão do ex-presidente Michel Temer, que, como asseveram Morossini *et al.* (2018),

Em nome de uma suposta maior autonomia dos municípios, o MS renuncia à sua responsabilidade de coordenação e indução de bases nacionais para a PNAB, fato bastante arriscado em um país com realidades locorregionais tão distintas e com um processo de descentralização que carece de aprimoramentos. São particularmente preocupantes as consequências do possível descompromisso dos gestores com a oferta universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e

a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização. Estas questões articuladas agravam o risco de desassistência de parte significativa da população, e de perda na qualidade dos serviços da AB (Morossini *et al.*, 2018, p. 22).

Todas as questões supracitadas já foram estudadas por uma gama de intelectuais que se constituem na massa crítica da Reforma Sanitária Brasileira. Autores, como Paim (2013), Bravo (2012; 2018), Bahia (2016), Bravo e Pealez (2020), têm se debruçado sobre os efeitos deletérios da conjuntura neoliberal e ultraliberal no processo de implementação do SUS, desfigurando-o do projeto original proposto pelo Movimento Sanitário.

Ao analisarmos tais efeitos, deparamo-nos com “velhos” problemas, ora de gestão, ora relacionados ao subfinanciamento crônico, ambos de ordem estrutural. A conjuntura mais recente colocou novos obstáculos ao funcionamento do Sistema. A eclosão da pandemia da Covid-19 impôs, além de novos impasses, o aprofundamento dos “velhos” e “conhecidos” problemas estruturais do SUS.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez um dos primeiros alertas acerca de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. As notícias iniciais davam conta da existência de uma “nova cepa” de coronavírus, até então desconhecida no contexto científico. Em 7 de janeiro de 2020, há, em definitivo, a confirmação, por parte da comunidade científica, da descoberta de um novo tipo de coronavírus, denominado Sars-Cov-2. A sua proliferação foi rápida pelo mundo, o que levou a OMS a caracterizar o processo como pandêmico, devido à sua acelerada disseminação por vários países.

No Brasil, a notificação do primeiro caso ocorreu em 26 de fevereiro do ano supracitado, na cidade de São Paulo. A expansão da pandemia no país foi rápida em contraposição às ações estatais, nomeadamente por parte da União que, só em janeiro de 2021, lança seu Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19.

Apenas em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o fim da Emergência de Saúde Pública da pandemia da Covid-19 em todo o planeta (OMS, 2023)

Conquanto tal avanço, importa enfatizar que a evolução exponencial da pandemia no Brasil suscitou a compreensão de inúmeras variáveis. Não obstante, elas se delinearem com especificidades, são variáveis mixadas, transversais às bases estruturais brasileiras e sistêmicas.

A primeira é a desigualdade social, histórica e estrutural, que caracteriza a realidade nacional. O abismo social que conferiu ao Brasil, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a 79ª posição em nível mundial, em relação ao índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ratifica as iniquidades sociais, particularmente, quando consideramos aspectos como: renda; acesso à saúde e educação (PNUD, 2019).

Nessa perspectiva, várias autoras já indicam o agravamento de tal desigualdade no decurso da pandemia, tais como: Boschetti e Behring (2021); Degenszajn *et al.* (2021), dentre outras. Outra questão angular e que se vincula ao acirramento das diferenças sociais é a tese de que, no Brasil, vivemos, de 2020 a 2022, uma sindemia, combinação de sinergia com pandemia, expressão nominada pelo médico e antropólogo americano Merrill Singer na década de 1990, que se traduz em um processo epidêmico no qual a doença (objeto da pandemia), ao interagir com condições

pré-existentes de saúde ou mesmo ambiental, pode se potencializar.

Decerto, uma sindemia que visibilizou iniquidades em saúde, as quais atingiram mulheres, idosos, população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, população negra, população indígena, dentre outros segmentos sociais.

Uma segunda variável é o cenário ultraliberal desenhado no país que, segundo Boschetti e Behring (2021),

É reforçado também por um reacionarismo violento - neofascista -, que se evidencia em discursos e ações de criminalização das lutas sociais e do pensamento de esquerda, que fortalece o negacionismo e persegue a autonomia da pesquisa, da formação e da produção de conhecimento, com ataques virulentos contra as universidades públicas. O conservadorismo moral negligencia os direitos humanos e as conquistas civilizatórias no campo da cidadania constitucional. A investida contra os direitos conquistados pelas mulheres na forma de crítica à “ideologia de gênero” se adensa com uma profunda LGTBfobia, manifestações racistas e destruição da vida dos povos originários. A militarização do governo “democraticamente” eleito conduz cada vez mais as ações governamentais, com 6.157 militares da ativa e da reserva em cargos civis (Boschetti; Behring, 2021, p. 73).

Destarte, a eclosão da pandemia no país foi acompanhada pelo colapso do SUS e por posturas e práticas por parte do governo federal, caracterizadas por negacionismo e inação. A esse respeito, Castro et al. (2021) concluíram que a vivência nacional foi marcada por várias narrativas em função da sua complexidade, apontando que a disseminação acelerada da pandemia no Brasil foi provocada por cinco fatores, quais sejam: dimensão territorial do país e desigualdade social; densa rede urbana (que possibilita

alta mobilidade); polarização ideológica e falta de alinhamento político entre o presidente e os governadores; falha na testagem e monitoramento dos casos; e, por fim, inexistência de sincronia nas medidas de distanciamento social e de contenção do vírus.

Uma terceira variável desvela-se na arquitetura de corrosão pela qual as políticas sociais, particularmente, a política da saúde, consubstanciada na implementação do SUS, vem experienciando nas últimas décadas, como bem acrescentam Boschetti e Behring (2021):

A pandemia, inquestionavelmente, revelou ao país e ao mundo o que o país insistia em ocultar: o desmonte da seguridade social e dos direitos trabalhistas pelos sucessivos ajustes fiscais deixaram o Brasil imensamente vulnerável diante da devastação do acelerado processo de contágio. Por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente universal e descentralizado, mas que já agonizava com falta de recursos. De outro lado, a intensa precarização das relações e condições de trabalho faz emergir um universo de trabalhadores e trabalhadoras que se viram, da noite para o dia, sem trabalho, sem nenhum tipo de remuneração, sem benefícios assistenciais e sem condições de seguir buscando nas ruas algum tipo de atividade precarizada (as atividades informais) que lhes assegurasse uma forma de rendimento e de sobrevivência (Boschetti; Behring, 2021, p. 11).

Como já discutimos anteriormente, Bravo et al. (2018) há muito alertam para o fato de que, muito antes da promulgação da Constituição de 1988, a política da saúde particularmente é cenário de disputas de projetos “distintos e antagônicos”, que refletem as contradições inerentes à relação Estado e sociedade civil no Brasil, margeada por reformas regressivas. O fato é que a financeirização do capital e a redução dos gastos sociais, mais

recentemente, imposto pela Emenda Constitucional nº 95, agravaram o subfinanciamento crônico do setor público de saúde (o que, no decurso de uma crise sanitária, multiplicou os problemas de enfrentamento).

Uma quarta variável relaciona-se diretamente à primeira, ou seja, à desigualdade. Contudo, diante da sua especificidade, nesta reflexão, optamos por destacá-la. Trata-se da desigualdade racial em saúde, analisada por vários estudiosos, dentre os quais destacamos Goes *et al.* (2020) e Santos *et al.* (2020). Em ambos os estudos, os autores refletem as assimetrias que a pandemia provocou em meio a uma sociedade marcada por um racismo estrutural. A falta de ações estatais assertivas, no sentido de mitigar os danos da crise sanitária, visibilizou a vulnerabilidade histórica da população negra no Brasil.

A última foi a contrarreforma produzida nos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro, traduzida na “nova” Política Nacional de Saúde Mental, que será discutida na próxima seção.

O fato é que, após a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva em 2023, o SUS vem sendo reconstruído fundamentalmente no que se refere aos recuos realizados pelos governos anteriores. Contudo, há que se ressaltar que a conjuntura que circunda a nova gestão de Luiz Inácio é bastante complexa diante das dificuldades no parlamento, majoritariamente de direita e de extrema direita.

Nesse contexto, a gestão do SUS vem se expressando conflituosa. Em algumas áreas específicas, observamos “correções de curso”, a exemplo da escolha técnica de uma mulher como Ministra da Saúde, profissional ligada à saúde pública, rompendo com tal escolha o ciclo de militarização do Ministério da Saúde (MS), ocorrido durante a gestão anterior. Ademais, a pasta toma, como

diretiva fundante, o papel estratégico do MS na condução federal do sistema de saúde, reativando os dispositivos de pactuação federativa (secundarizados no período de Jair Bolsonaro).

No âmbito da assistência, observamos o retorno de programas que haviam sido cessados, nomeadamente, aqueles voltados para a saúde da população negra, indígena e LGBTQIAPN+.

Contudo, no grande escopo que circunda o funcionamento do SUS, ancoramo-nos na análise realizada por Machado (2024), quando ela infere a existência de graves problemas distributivos, como a falta de condições de governabilidade e a necessidade de mudanças estruturais, que continuam como elementos impeditivos à consolidação do Projeto Sanitário em sua essência.

1.2 A pandemia e as regressões na “nova” política nacional de saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental Brasileira (PNSM) é uma política setorial, mas que tem, ao longo das últimas décadas, construído importantes articulações com outras políticas sociais e vem consolidando a atenção à saúde mental no SUS. Enquanto política, articula-se com os movimentos sociais e é resultado do processo histórico da luta antimanicomial e do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, iniciado no final nos anos de 1970.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um projeto de ruptura com o modelo manicomial, mas também de luta democrática e pelos direitos humanos. O movimento pela reforma integrou o movimento sanitário e participou ativamente das conquistas democráticas do país e da construção do SUS (Amarante; Nunes, 2018).

O Movimento pela reforma construiu experiências de cuidado em saúde mental, que foram consideradas pioneiras e inovadoras em vários estados brasileiros ainda no final dos anos 1970 e nos anos 1980, como por exemplo, a experiência do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, na cidade de São Paulo, em 1987, e da experiência de Santos (SP), em 1989, que deu bases para promover o desmonte da estrutura manicomial e a criação de uma rede de serviços substitutivos e intersetoriais, que deram margem ao desenho das propostas de mudança de modelo e, posteriormente, foram materializadas pela PNSM (Amarante; Nunes, 2018)

O projeto de reforma consolidou-se na Lei nº 10.216/01, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira, garantindo os direitos das pessoas com transtorno mental a um tratamento digno, humano, em ambiente comunitário e com apoio da família, redirecionando, assim, o modelo assistencial manicomial para o modelo de atenção psicossocial. Após a aprovação da Lei, editou-se um conjunto de portarias que viabilizam a mudança de modelo, com a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, com o intuito de prestar cuidados em saúde mental, ao passo em que reorganizam o fluxo da rede de saúde.

Nesse momento, houve a criação de programas e de ações estratégicas, como o Programa de Volta para Casa (PVC), que apoia os usuários mediante pagamento de uma bolsa-auxílio, para as pessoas que permaneceram longos anos em internações psiquiátricas; o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH-psiquiatria), que avalia as condições de funcionamento das instituições psiquiátricas, com base em seus

relatórios, promoveu-se o descredenciamento do SUS, a redução gradual dos leitos e o fechamento de várias instituições psiquiátricas; e a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), como ferramenta para garantir moradia para os usuários egressos de instituições psiquiátricas e impossibilitados de retornar às suas famílias de origem. Nessa década, essas iniciativas marcaram a redefinição da rede e dos cuidados em saúde mental (Amarante; Nunes, 2018).

Assim, o movimento de reforma acumulou experiências que foram inovadoras para a redefinição das práticas de saúde mental, principalmente, por meio da estratégia de desinstitucionalização, criando redes, ferramentas de cuidado e de gestão no âmbito da saúde mental, contribuindo, desse modo, para a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica e com o próprio SUS, ao mesmo tempo em que foi sendo moldada a partir da reorganização do sistema com as mudanças do modelo assistencial, na última década, e com a sua organização, que prioriza a atenção em redes.

Em 2011, organiza-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPPS), dentro da estratégia das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que cria e integra diferentes pontos de atenção à saúde mental na rede de saúde, englobando as atenções: básica; de urgência e emergência; residencial; hospitalar, estratégias de desinstitucionalização; e atenção psicossocial estratégica, da qual fazem parte os CAPS.

A Política de Saúde Mental brasileira produziu avanços reais, mas também sofreu retrocessos significativos nos últimos anos. Como avanços, destacam-se: a criação de mais de 2 mil serviços comunitários; 2 mil iniciativas de projetos de economia

solidária; e mais de 600 serviços de residências terapêuticas. Observa-se a redução de mais de 35 mil leitos psiquiátricos; a concentração de recursos na atenção hospitalar para atenção psicossocial; inovações tecnológicas para o modelo de atenção, como a criação do Consultório na Rua, matriciamento em saúde mental e diversificação dos tipos de CAPS; ênfase nos processos interdisciplinares e intersetoriais; inovações no âmbito das políticas, como a Política Nacional de Álcool e Drogas, Política de Saúde Mental para infância e adolescência, Políticas de Economia Solidária; adoção da intersetorialidade, como princípio estratégico para o cuidado integral em saúde mental; e consolidação de um campo de conhecimento que articula os saberes produzidos sobre a reforma com as políticas públicas e as práticas de saúde mental (Lima, 2019).

Esses avanços convivem com as dificuldades estruturais do SUS e dos próprios desafios particulares dessa política, como os problemas de gestão dos serviços, deficiências de estrutura, ausência de mecanismo de avaliação, fragilidade na articulação de ações de saúde mental na atenção básica, baixa densidade de articulações intersetoriais, ausência de estratégias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, bem como baixa produção do conhecimento sobre o funcionamento da RAPS e embates entre os modelos biomédico e psicossocial. Esse processo acentua-se a partir de 2016, com modificações na legislação, na posterior extinção de políticas e programas estratégicos para a saúde mental, alinhando-se, novamente, à lógica manicomial (Farias, 2019).

A ofensiva dos últimos anos concretizou-se com a edição da Norma Técnica nº 11/2019 que institui a “nova” política de saúde mental, que apresentou um cenário trágico para a aten-

ção psicossocial com a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, o aumento dos recursos para abertura de leitos psiquiátricos, a proibição de fechamento de leitos e de serviços psiquiátricos, assegurando as Comunidades Terapêuticas como serviços de atenção às pessoas com problemas com álcool e com drogas, inclusive reconhecendo a matiz religiosa no tratamento e o abandono da estratégia de Redução de Danos, internacionalmente, reconhecida e recomendada pela OMS. Todas essas medidas foram produzidas ou reafirmadas pelo governo Bolsonaro.

Esse ataque foi denominado de contrarreforma da saúde mental, pois, como aludido, não havia a presença do novo, mas sim do velho, da defesa de uma psiquiatria biológica, do isolamento e da defesa do hospital psiquiátrico como estratégia de assistência, além de reatualizar práticas e procedimentos invasivos e com pouca evidência científica sobre sua eficácia, como, por exemplo, a eletroconvulsioterapia, que reaparece como procedimento ofertado pelo SUS (Farias, 2019; Lima, 2019).

A “nova” política de saúde mental não tinha nada de novo, visto que acumulava um conjunto de retrocessos e ataques aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, negando as conquistas do movimento de luta antimanicomial, afetando diretamente a qualidade da assistência em saúde mental e os direitos humanos e sociais.

Desta feita, a pandemia de Covid-19 chegou ao país em meio ao cenário de desmonte da política de saúde mental e da grave crise política e social que atravessávamos, ganhando matices fascistas, racistas, sexistas e antidemocráticas durante o governo Bolsonaro, ou seja, o vírus da Covid-19 encontrou, em solo

nacional, um outro vírus, o fascismo viral (Dimenstein; Simoni; Londero, 2020).

Segundo Duarte (2009), o fascismo viral, ou novo fascismo, foi (e continua sendo) uma condição endêmica, espalhando-se pelo globo de forma silenciosa, repetindo a mesma lógica da biopolítica, a preservação da vida de alguns (por serem superiores), dependendo da negação da vida de muitos outros (os inferiores, pobres, negros, povos originários, idosos) (Duarte, 2009).

Alguns estudos apontam que podemos dividir as consequências da pandemia de Covid-19 em quatro estágios ou ondas (Rohde, 2020). Vejamos como essas fases vêm se desenvolvendo, considerando o nosso contexto particular:

1. Primeira fase: sobrecarga imediata sobre o sistema de saúde;
2. Segunda fase: diminuição de recursos para o tratamento de outras condições agudas em virtude da pandemia;
3. Terceira fase: interrupção do cuidado de várias doenças crônicas;
4. Quarta fase: aumento dos problemas de saúde mental, resultado das iniquidades sociais agravadas pela infecção, das medidas de contenção e dos efeitos diretos da doença.

Na primeira fase, o impacto foi imediato e, como aludido, o colapso do sistema foi ocasionado por um conjunto de fatores, já mencionados, como os problemas históricos do SUS e o seu desmonte mais recente, mas também pelo negacionismo do governo, que minimizou a gravidade da pandemia, não assumindo a coordenação das medidas de contenção, colaborando com a

desinformação, ao desacreditar o uso de máscara, as medidas de distanciamento, o isolamento social e ao promover medicamentos e tratamentos ineficazes, como o tratamento precoce para a Covid-19.

Na segunda fase, evidenciou-se um grave problema do SUS, como a falta de recursos financeiros e seu subfinanciamento. A pandemia exigiu todos os esforços e recursos (nem sempre disponíveis), dada a sua gravidade, e a assistência a outros programas de atenção à saúde foram prejudicados, devido à realocação de recursos financeiros e humanos e à falta de capacidade instalada para dar continuidade aos cuidados a outras condições de saúde.

Na terceira fase, o problema alastrou-se pelas políticas e programas de atenção às condições crônicas, que também foram fortemente prejudicados pela descontinuidade dos programas, pela redução dos recursos, pelo fechamento dos serviços, em virtude das medidas de contenção da pandemia, aumentando o risco de vida para as pessoas que dependiam de assistência contínua, a exemplo dos serviços de saúde mental que oferecem acolhimento em situações de sofrimento psíquico e apoio psicossocial.

Na quarta fase, em um contexto pós-pandêmico, assistimos (como havia sido prospectado) a uma explosão de diagnósticos psiquiátricos, de traumas e do aumento de casos de suicídios como consequência direta da pandemia e das medidas de contenção. Essa ideia já havia sido reforçada pelos estudos científicos embasados em contextos de outras epidemias, como a de SARS, em 2003, a de H1N1, em 2009, a de MERS, em 2012, e a de Ebola, em 2014, que foram realizadas durante e após essas epidemias, demonstrando o aumento de transtornos mentais comuns, tais como: estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e indícios de

aumento do comportamento suicida. Os estudos ainda reforçam que os efeitos psicossociais² desses eventos são mais duradouros e amplos dos que os impactos diretos da pandemia, superando até mesmo o número de mortes (Faro *et al.*, 2020; Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020).

O sofrimento psíquico durante e pós pandemia está relacionado com os fortes estressores vivenciados pela população como o medo do contágio, o enfrentamento da infecção, a morte de familiares, o luto, mas também com o isolamento social, a falta de contato e interações, a ruptura da rotina de trabalho e de estudos, suspensão das atividades sociais e econômicas gerando inseguranças e incertezas sobre o futuro, além do agravamento da vulnerabilidade social (Faro *et al.*, 2020).

Os impactos econômicos e psicossociais são enormes. Assim, proliferaram-se recomendações de organizações nacionais e internacionais com manuais de orientações e cuidados para a saúde mental, durante a pandemia, para públicos diversos, como usuários de serviços de saúde, profissionais de saúde e da assistência social, gestores e população em geral, a exemplo, os divulgados pela OMS, pela OPAS, pelos Ministérios da Saúde e por algumas entidades profissionais, como enfermagem e psicologia. Tais recomendações se mantêm até hoje, quase dois anos após o término oficial da crise sanitária. Importa ressaltar que, para Dimenstein, Simoni e Londero (2020), algumas dessas produções desconsideram as particularidades da situação brasileira na abordagem dos

2 A expressão psicossocial revela a relação indissociável da condição singular humana e do contexto social que, a partir das relações vivenciadas, produzem significados que (re)direcionam a totalidade da vida humana e social.

impactos psicossociais da pandemia, pois fortalece a hegemonia das forças despolitizadoras e psicologizantes da experiência do sofrimento.

As ações anunciadas à época, para mitigar os efeitos na saúde mental, referiram-se, em grande medida, à ampliação de serviços de apoio psicológico, de práticas de relaxamento, de escuta e de terapias on-line. Afinal, como sinalizam os autores, como a pandemia é algo “natural”, as respostas emocionais também são as mesmas, homogeneizando a atenção, desconsiderando os aspectos sociais e culturais que ampliam os impactos da pandemia no Brasil.

Três questões se colocam para compreendermos os impactos psicossociais da pandemia e os desafios postos até hoje, para a política de saúde mental brasileira, visto que o impacto da pandemia, na produção do sofrimento psíquico, foi desigual na população brasileira, pois as condições de vida também são desiguais, então, nenhum cuidado à saúde mental pode ser uniforme, portanto, não podemos desconsiderar essa particularidade (Dimenstein; Simoni; Londero, 2020).

As pessoas são afetadas de formas diferentes pelas situações estressoras e isso depende de suas condições socioeconômicas, culturais e subjetivas. Uma camada da população viveu a pandemia de uma forma, com medos e incertezas, mas a grande maioria, além desse medo e dessa incerteza, esteve em situação de risco elevado, pois não havia como guardar distanciamento social e ter medidas de higiene em ambientes precários, com falta de recursos econômicos para provimento das necessidades básicas e falta de infraestrutura (problema crônico e estrutural da maior parte da população).

A suposta igualdade ante o vírus foi uma fantasia, visto que as formas de exposição e de adoecimento foram extremamente desiguais entre a população. As medidas uniformizantes invisibilizaram o sofrimento de grupos populacionais específicos, expressando as desigualdades de populações, como moradores em situação de rua, moradores de comunidades pobres, povos tradicionais, população LGBTQIAPN+, população negra, mulheres, idosos, população carcerária, pessoas em situação de risco e pessoas com problemas de saúde mental (Santos, 2020).

As pessoas com problemas de saúde mental moderados e severos, em acompanhamentos na RAPS, tiveram maior dificuldade de adotar medidas de higiene e de distanciamento social. Para essa população foi particularmente difícil compreender as medidas de isolamento social e de distanciamento, já que esse isolamento foi amplamente contestado pela reforma psiquiátrica, que sempre defendeu o acolhimento na comunidade, perto da família.

Outra questão específica para essa população foi o fato de ela ficar sem atendimento durante a fase mais aguda da pandemia, devido ao fechamento dos serviços de atenção psicossocial e do atendimento presencial.

Outro aspecto que merece ser destacado como impacto psicossocial elevado foi o fato de a Covid-19 aportar no país em um contexto de insegurança democrática, marcado por uma polarização entre esquerda e extrema-direita e a política de morte do Governo Federal. Podemos afirmar que houve a perda de elementos simbólicos de referência para a vida das pessoas, favorecendo, assim, a captura das subjetividades por essa política de morte e adesão à lógica ultraneoliberal.

Desse modo, observamos, perplexos, performances grotescas (no âmbito do exercício das individualidades tão apregoadas pelo neoliberalismo) de pessoas que procuraram se contaminar para adquirir a imunidade de rebanho, o não uso da máscara, o descumprimento das medidas sanitárias, os ataques agressivos a quem cumpria essas medidas, o boicote à vacinação e a disseminação de todo tipo de desinformação relacionado a ela repercutiu na vida coletiva, levando ao esgotamento dos sistemas de saúde pelo aumento do número de contaminações e de internações (Dimenstein; Simoni; Londero, 2020; Santos, 2020). -

Para quem não aderiu à lógica da necropolítica, viveu-se um estado de insegurança e de falta de referências que apontassem para a reconstrução da vida e de perspectivas de futuro, o que nos submeteu a um estado de sofrimento constante, levando-nos ao esgotamento. Somaram-se a esse sofrimento psíquico situações de precariedade econômica; riscos ampliados de mulheres e crianças na convivência familiar “forçada” com seus agressores, colocando-as em risco de violência doméstica e de abusos; e o fechamento das escolas e dos espaços de socialização. Essas condições funcionaram como amplificadoras e colocaram a população sob um maior risco, principalmente, quando não se vislumbravam medidas de proteção e de reconstrução para o conjunto da população.

Toda essa situação nos submeteu a uma situação de sofrimento, precipitando o desenvolvimento de sintomas mais intensos, o que requereria cuidados especializados e comunitários. É sabido que, nas situações de crise, com graves perdas dessas referências, como em pandemias, crises econômicas, desastres e catástrofes naturais, demanda-se mais das políticas de saúde mental e de proteção social, principalmente, para os grupos mais vulne-

ráveis que costumam ser invisibilizados nesse processo (Farias *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo, deparamo-nos com os retrocessos na política de saúde mental brasileira e com as tentativas de reatualização do modelo manicomial que, no contexto agravado pela pandemia de Covid-19, ganhou ainda mais força.

Por isso, devemos ter cuidado ao sugerir uma suposta epidemia de transtornos mentais em um cenário pós-pandemia, pois essa ideia, no atual contexto, vai ser traduzida pela lógica neoliberal e sua expressão neoconservadora. Já, no campo psiquiátrico, vai ser traduzida como a necessidade de mais serviços psiquiátricos, o reforço à patologização da vida social no uso indiscriminado de psicotrópicos e no controle dos corpos e dos comportamentos (Desviat, 2011). Nesse cenário, o sofrimento foi reduzido as suas expressões biológicas e psicopatológicas, tornando-se fonte de lucro para a indústria farmacêutica capitalista, com as internações e com o advento de novas drogas mais potentes e mais caras, tudo isso com fortes traços higienistas (Farias, 2019).

Em contraposição, estudos descrevem os impactos da saúde mental em diferentes grupos populacionais e em contextos sociais diversos. Para Dimenstein, Simoni e Londero (2020), essas iniciativas são uma tentativa de romper com o silenciamento da cultura, que se refere à ausência das causas econômicas e sociais; e das concepções e crenças que participam das formas de interpretação dos problemas de saúde mental e de tratamento em um contexto multicultural. Para Dimenstein, Simoni e Londero (2020), busca-se entender a experiência do sofrimento como um fenômeno complexo e multideterminado, porém, mais de ordem social e cultural do que meramente biológico, como sugerem os

campos psiquiátricos ligados à ofensiva contrária às políticas de saúde mental.

Sobre isso, em maio de 2020, o Conselho Nacional de Saúde orientou a revisão da nota técnica nº 12/2020 editada pelo Ministério da Saúde. Essa nota recomendava estratégias de organização da RAPS frente a pandemia de Covid-19, no entanto, para o CNS, a nota do ministério desconsiderou aspectos importantes para a atenção psicossocial. A recomendação do CNS solicitou a inclusão da RAPS nos planos de contingência da pandemia de Covid-19 dos estados e municípios; a criação de estratégias com manutenção dos cuidados e preservação dos vínculos; atenção aos casos crônicos e às condições de vulnerabilidade; a responsabilidade dos estados e municípios de garantirem a possibilidade de manutenção de ações intersetoriais e de assistência de forma virtual e segura; a ampliação de visitas e atendimentos domiciliares, dentre outros recursos que permitissem a manutenção dos vínculos durante a crise sanitária. A recomendação alertou para a criação de ações intersetoriais e não medicamentosas, particularmente, para a proteção de crianças e adolescentes, recomendando medidas específicas de proteção às pessoas em situação de rua e LGBTQIAPN+ (Castilho; Lemos, 2021).

O CNS ainda orientou que os gestores apresentassem planos que garantissem recursos financeiros do governo federal para os estados e municípios apoiarem a ampliação das equipes e da capacidade de atenção psicossocial, especialmente, os CAPS. Nesse sentido, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira foram reforçados, quando foi recomendada a adoção de medidas para a redução da concentração de pessoas internadas em hospitais psi-

quiátricos e de custódia, estimulando os processos de alta e de desinstitucionalização (CNS, 2020).

Ficou evidente a necessidade de uma articulação sinérgica de diferentes políticas sociais, que considerassem o papel estratégico da saúde mental na pandemia. Isso poderia produzir efeitos positivos na vida das pessoas, devolvendo seus referenciais norteadores e transformando a pulsão de morte, nesse contexto nefasto, em uma pulsão de vida.

O fato é que o sofrimento mental ampliou-se consideravelmente no país, no decurso da crise pandêmica, seguindo-se aos anos pós-Covid-19. Embora os estudos ainda se mantenham inconclusos, alguns dados já comprovam o aumento de tal incidência.

Conforme o Scientific Brief publicado pela OMS em março de 2022, a pandemia de Covid-19 desencadeou o aumento de 25% da prevalência de ansiedade e de depressão no mundo (OMS, 1993; Opas, 2022a). Os mais atingidos são jovens e mulheres. No caso dos jovens, provavelmente em razão do fechamento de escolas, da restrição do convívio social, do medo do desemprego e das inseguranças que já caracterizam e assolam essa fase da vida. No das mulheres, devido à intensificação da violência doméstica e da sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado, bem como às desigualdades estruturais de gênero, somadas, ainda, às preocupações comuns da humanidade em relação ao vírus, não obstante as diferentes condições de vida para proteger-se dos riscos. No Brasil, especificamente, levantamento em conjunto realizado pela organização global de saúde pública Vital Strategies e pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no primeiro trimestre de 2022, mostrou que houve o aumento de 41% nos casos de depressão no país (Vital Strategies; UFPel, 2022; Corbanezi, 2023, p. 5).

No entanto, observamos, desde o final do governo de Jair Bolsonaro e nos dois primeiros anos da gestão de Lula, ações da nova gestão, sobretudo, no sentido de garantir a ampliação do orçamento e financiamento para a área da saúde mental, direcionando os gastos para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas. Nos meses iniciais da nova gestão, houve o aumento de “27% no orçamento, o que significou a criação de 27 novos CAPS, 55 residenciais terapêuticos, quatro UAS e 159 leitos nos hospitais gerais, entre os meses de março a maio de 2023” (Rosa; Domingues, 2024, p. 5).

Decerto, as iniciativas com o intuito de reorganizar as estruturas das RAPS e de garantir a dotação orçamentária, para a prestação do cuidado em saúde mental, vêm em resposta ao movimento de luta antimanicomial e à Associação Brasileira de Saúde Mental. Porém, a manutenção do financiamento das Comunidades Terapêuticas, via Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, ainda se configura como retrocesso, já que elas não são passíveis de monitoramento por parte do controle social da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, acentuaram-se as ações de desmonte dos direitos sociais conquistados pelos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Essas ações têm sido implementadas pelas últimas gestões federais em diversos dispositivos que restringem os recursos financeiros para as políticas de corte social, por meio de portarias e de notas técnicas, atacando a atenção psicossocial como demonstrado ao longo desse texto.

Vivemos, durante as gestões de Michel Temer e Jair Bolsonaro, inúmeros retrocessos, nomeadamente na área da assistência pública em saúde mental. Tais retrocessos apontam para a culpabilização do indivíduo, a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais e a mercantilização da saúde e da loucura como forma de ampliar os lucros, exercer e determinar a vida e a morte das pessoas.

Não há dúvidas que os impactos se espraiaram com efeitos sinérgicos e todas as conquistas civilizatórias foram sendo deruídas, além da crise sanitária, que também foi social e econômica, haja vista a degradação do meio ambiente, o ataque aos povos originários e as tentativas de genocídio, tendo em vista que esses elementos fizeram parte da política de morte.

A retomada da democracia no país com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no fim de 2022, lançou luzes e esperanças de retomada dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, como diretrizes fundantes na condução da política de saúde mental e, por conseguinte, na produção do cuidado. Contudo, após dois anos de gestão e com alguns avanços perceptíveis, os desafios são incontestes, ante a correlação de forças políticas conservadoras que ainda impactam, nocivamente, a formação da agenda pública na área da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2021.

ANDREAZZI, M. F. Luta pela Universalidade da Saúde. **Rev. Pol. Públ.** São Luís, Número Especial, p. 75-84, novembro de 2016.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2021, n. 140, p. 66-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>. Epub 22 fev. 2021. ISSN 2317-6318. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRAVO, M. I. S. *et al.* As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. *et al.* A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 10 jun. 2021.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 269-279, ago. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802021000200269&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* **Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil**. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/372/6544/821/tab-pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CORBANEZI, E. Saúde mental, pandemia, precariedades: subjetivações neoliberais. **Sociedade & Estado**, 38(2), e46061, 2023. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202338020004>.

DEGENSZAJN, R. R. *et al.* Por que precisamos falar de desigualdade? **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2021, n. 141, p. 157-163. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.243>. Epub 01 jun. 2021. ISSN 2317-6318. Acesso em: 14 jun. 2021.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 13-18, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lng=pt&tling=pt. Acesso em: 10 jun. 2021.

DESVIAT, M. Panorama actual de las políticas de bienestar y la reforma psiquiátrica en España. **Estudios de Psicología**. Natal, v. 16, n. 3, p. 289-294, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300012&lng=es&tling=es. Acesso em: 10 jun. 2021.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; LONDERO, M. F. P. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-16, 2020.

DUARTE, A. M. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo. **Para uma vida não-fascista**, Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p. 35-50.

FARIAS, L. L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, Vitória, v. 11, n. 3, set./dez. 2019, p. 47-66.

FARIAS, L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 19 maio 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudios de Psicología**. Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social In: LOBATO, L. V. C. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GOES, E. F. *et al.* Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00278110.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LIMA, R. C. The rise of the Psychiatric Counter-Reform in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100100&tlng=en. Acesso em: 17 jun. 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. (orgs.). Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: LOBATO, L. V. C. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

MACHADO, C. V. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, 2017, 33 Sup 2:e00129616. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MACHADO, C. V. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cien Saúde Colet.**, 2024; 29:e02192024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bPwZcCFLf8bqkSR6YMfmPvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2021

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. 116, p. 11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 16 jun. 2021.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532-2532, 2020.

NASCIMENTO, F. L.; PACHECO, A. E. S. D. Sistema de Saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 5, p. 63-72, abr. 2020. Disponível em: <https://revista.ufr.br/boca/article/view/NascimentoPacheco>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (10): 1927-1953, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PINTT, L. **Covid-19 não é pandemia, mas sindemia**: o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54493785>. Acesso em: 10 jun. 2021.

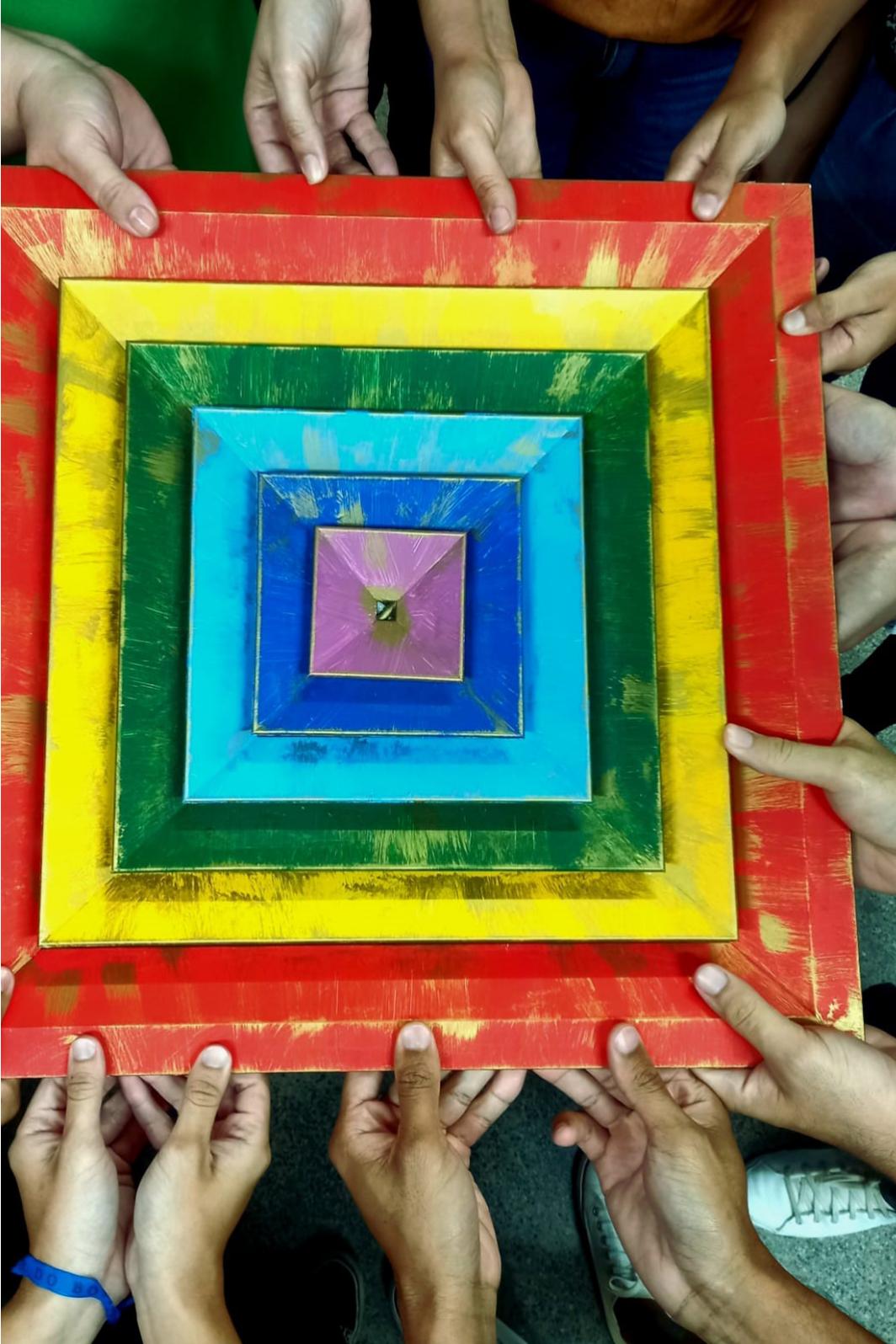
PONTE, C. F. (Org). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. (capítulos 8 e 9). Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ROHDE, L. A. **Guia de Saúde Mental Pós Pandemia no Brasil**. v. 1, n. 1, p. 1-129, 2020.

ROSA, A; DOMINGUES, B. O passado é uma roupa que continua servindo: Política de drogas e a manutenção das comunidades terapêuticas. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, jan.-dez. 2024.

SANTOS, M. P. A. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados** [online]. 2020, vol. 34, n. 99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WOLFF, C. S. *et al.* Pandemic in neoliberal necroeconomics. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 2, p. 1-7, 2020.



SAÚDE MENTAL EM
FOCO: caminhos
e descaminhos
da Reforma
Psiquiátrica
Brasileira

SAÚDE MENTAL EM FOCO: caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira

*Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
Isabella Oliveira Costa
Marianna Oliveira Costa*

Resumo

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) configura-se como um processo de conquista imensurável na história da saúde mental, pois a partir dela passou-se a compreender e desenvolver formas distintas de cuidados em saúde, contribuindo para a humanização do tratamento e atendimento, objetivando a desinstitucionalização. Todavia, foram e ainda são enfrentados alguns desafios para a efetivação da RP e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Sendo assim, este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”, desenvolvido no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS). Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter bibliográfico e documental, com abordagem essencialmente qualitativa. Para tanto, foram utilizados diversos/as autores/as de referência para o campo da saúde mental, bem como legislações que tratam das mudanças recentes e que delimitam os avanços e retrocessos na atenção à saúde mental operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em face ao exposto, é possível depreender que a PNSM, apesar de criada há mais de duas décadas, ainda se encontra em processo de construção em decorrência da onda de desmontes crescentes ocasionada pela política neoliberal, a qual define e incentiva o Estado mínimo e ocasiona um cenário de barbárie social, impactando diretamente nas condições de saúde da população.

Palavras-Chave: Brasil, saúde mental, reforma psiquiátrica, neoliberalismo.

INTRODUÇÃO

O movimento pela Reforma Psiquiátrica (RP), iniciado em meados dos anos 1970, defende uma concepção da loucura e dos processos de sofrimento mental de forma distinta da psiquiatria tradicional. Isso posto, não apenas a saúde pública e a estruturação dos serviços foram modificados, visto que alterações na relação entre a pessoa com problemas de saúde mental e a sociedade também foram e são suscitadas cotidianamente, pois o referido movimento ainda se faz presente no cotidiano de todos/as os/as envolvidos/as na luta pela construção de uma sociedade que não apenas compreenda o que significa o sofrimento mental e os denominados “transtornos mentais”, mas que também disponha de práticas baseadas na humanização das relações voltadas para usuários/as dessa política.

Diante disso, é cabível afirmar que a Reforma Psiquiátrica se consolida como um processo social complexo que apresenta como principais objetivos o fim do isolamento, a promoção da desinstitucionalização, a reinserção das pessoas com problemas de saúde mental na sociedade e a criação de serviços e centros de atendimento em substituição aos manicômios (Carvalho, 2015). Pode-se afirmar que alguns princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica estão inscritos na política; são eles: a promoção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade, promoção de espaços de acolhimento e convivência em grupo – fatores que se configuram como elementos fundamentais e norteadores da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), disposta na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção dos direitos das pes-

soas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em face ao exposto, cabe notar que a partir da implementação da PNSM, ocorreu um processo de transformação no modelo de assistência, mediante a estruturação de uma rede de serviços substitutivos, assumindo papel estratégico, com relevância para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – que se destacam por estimular a integração familiar e social (Mello; Mello; Kohn, 2007).

Na perspectiva de compreender de modo mais detalhado o assunto ora proposto e suas configurações a partir de uma realidade microssocial, porém entendendo esta como inserida e parte de uma totalidade, foi realizada pesquisa do tipo exploratória de caráter bibliográfico e documental com abordagem qualitativa, contando com a utilização de autores/as que abordam a temática, bem como legislações.

Ademais, com o intuito de elucidar as discussões propostas, foram utilizados autores, a exemplo de Amarante (1995; 2003; 2007), Bisneto (2007), Behring e Boschetti (2011), Mângia e Nicácio (2002), Carvalho (2015) dentre outros, os quais tratam dos processos relativos à Reforma Psiquiátrica brasileira, considerando o seu processo de desenvolvimento e percalços encontrados para a sua efetivação. Também foram utilizadas algumas legislações, a exemplo da própria Lei 10.216/01, portarias e resoluções.

Considerando a amplitude da discussão proposta, procurou-se perquirir com o máximo de aprofundamento possível as categorias analíticas que perpassam a problemática abordada.

Todavia, em virtude da complexidade e de suas intensas modificações no cenário contemporâneo, mediante a retomada

do poder por um governo denominado progressista, comprometido com os direitos humanos, ressalta-se que, apesar de todo empenho das pesquisadoras, ainda há muito a ser explorado, sobretudo diante das mudanças significativas nos últimos tempos – diante da vitória democrática do governo Lula –, em decorrência do olhar diferenciado à questão da saúde mental no Brasil, a qual passou por intensos retrocessos durante o governo ultraconservador do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022).

Portanto, na perspectiva de abordar os avanços e retrocessos da saúde mental no cenário brasileiro, o presente artigo traz análises que apontam os contextos de evoluções e intensos desafios enfrentados pela PNSM, conforme passaremos a discutir.

METODOLOGIA

Como mencionado, trata-se de uma investigação exploratória que tem por objetivo aprofundar o debate sobre determinado tema. Utilizou-se de duas abordagens distintas, porém complementares, como a revisão narrativa da literatura e uma análise documental. As análises e interpretações produzidas por essas abordagens foram interligadas para a produção da síntese narrativa que se apresenta.

A Revisão Narrativa consiste em um tipo de revisão da literatura tradicional ou do tipo estado da arte. Trata-se de uma abordagem que objetiva aprofundar o debate sobre um tema contemporâneo e levantar novas questões de pesquisa. Essa abordagem não possui uma metodologia específica, por isso pode ser denominada de revisão não sistemática da literatura (Rother,

2007). Os textos selecionados seguem os critérios determinados pelo pesquisador, como bases de dados, autores de referências, obras clássicas etc. No caso do presente estudo, além dos autores que tratam da Reforma Psiquiátrica brasileira e da PNSM, foram incluídos pesquisadores que analisam processos mais gerais que inflexionam o campo da saúde mental, como a contrarreforma do Estado, o neoliberalismo, crises políticas etc.

O estudo documental, por sua vez, buscou levantar a legislação que tem ordenado a política de saúde mental desde a aprovação da Lei 10.216/01 ao presente momento, principalmente os documentos mais recentes que demonstram mudanças significativas na organização, estruturação e na forma de ofertar cuidado. A análise documental está relacionada à abordagem qualitativa e tem como fonte e objeto de estudo os documentos. Nesse de tipo de abordagem cabe ao pesquisador buscar e selecionar os documentos, ler e sistematizar as informações contidas nos documentos, a fim de construir sua análise (Alves *et al.*, 2021). Desta feita, as buscas foram realizadas em sites oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Presidência da República, buscando por documentos primários.

Os documentos selecionados foram analisados a partir das inferências realizadas na revisão da literatura e a partir de uma perspectiva crítica de saúde mental, compondo, assim, o nosso corpus teórico.

Por fim, por meio de um perfilamento das análises, construíram-se sínteses narrativas como uma discussão sobre os principais temas de pesquisa.

DISCUTINDO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica emergiu a partir de críticas direcionadas ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (Amarante, 1995).

Salienta-se que o cerne das discussões se deu mediante o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, o qual se configurou como um movimento heterogêneo, formado por diferentes categorias de profissionais, bem como por pessoas com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos. Desse modo, objetivava denunciar os maus-tratos nos manicômios, a falta de higiene, a superlotação, a hegemonia de uma rede privada de tratamento da loucura, como também a falta de recursos e a precariedade das condições de trabalho na saúde mental (Amarante, 1995).

Um marco para o surgimento do MTSM foi a “crise da DINSAM”, como ficou conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas deflagrado no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro trimestre de 1978, por profissionais e estagiários/as que atuavam na prestação de assistência nas unidades (Amarante, 1995).

Nesse contexto, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, instigado pela luta popular no campo da saúde mental, sendo, então, considerado um grande disseminador na luta antimanicomial brasileira.

Seguindo e fortalecendo a luta antimanicomial, no final dos anos de 1980, especificamente em 1989, ocorreu, no Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, a apresentação do projeto de Reforma Psiquiátrica apresentado pelo então deputado Paulo Delgado. O projeto mencionado dispunha sobre a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, marcando o início dos registros da Reforma Psiquiátrica no campo da legislação (Brasil, 2001).

O projeto de Lei Paulo Delgado ampliou as discussões sobre saúde mental no país, privilegiando o oferecimento de serviços de base comunitária, propondo proteção e direitos às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, o projeto¹ fora aprovado doze anos após a sua propositura, sancionado como Lei nº 10.216/2001, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado (Amarante, 1995).

A aprovação dessa lei introduziu muitas inovações no modelo assistencial voltado para a saúde mental brasileira, ganhando impulso com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília no ano de 2002. Nesse mesmo ano, entraram em vigor as primeiras regulamentações federais sobre a implantação de uma rede de serviços substitutivos para a atenção à saúde mental. A articulação em rede de variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foi fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, conforme discute-se a seguir.

1 Antes de ser aprovada pelo Congresso Nacional, a Lei nº 10.216/2001, denominada Política Nacional de Saúde Mental, configurava-se como PL 3.657/89.

AVANÇOS E DILEMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM)

A Política Nacional de Saúde Mental² se propõe à efetivação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, determina a mudança do modelo de tratamento em que o foco seja o convívio familiar e comunitário ao invés do isolamento. Dessa forma, garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos de que a comunidade dispõe. Além disso, esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Ademais, é importante destacar que o Programa de Volta para Casa, que oferece auxílio financeiro para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política.

Portanto, a intenção da PNSM é de construção de uma rede comunitária de cuidados que possam garantir resolutividade, promoção de autonomia e de cidadania para as pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005). Tal rede é maior que o conjunto dos serviços de saúde disponíveis em um município e

2 Esta política visa atender as “pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas)” (Brasil, 2017).

é formada por diversas instituições, a partir da construção e do desenvolvimento de ações e intervenções voltadas para o público usuário da política de saúde mental, o qual foi por muito tempo totalmente relegado e estigmatizado pela sociedade³.

Nesse contexto de atenção e efetivação de uma nova forma de cuidado para os/as usuários/as da saúde mental, é importante destacar o relevante papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais estão voltados para pessoas com problemas graves e persistentes de saúde mental, pessoas em situações de crise ou em processo de reabilitação, tendo sido criados para ser substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos.

Os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Devem articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com a Rede de Atenção à Saúde Mental e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, hospitais gerais e especializados, etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (Ministério Público, Previdência Social, delegacias, igrejas, políticas educacionais de esporte, lazer, cultura, arte, bem-estar social, etc.) e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se (Amarante, 2007, p. 86).

Assevera-se que o esboço da rede de saúde mental calçada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, foi, de fato, induzida

3 Cabe enfatizar que apesar da aprovação e das conquistas adquiridas a partir do advento da Política Nacional de Saúde mental, bem como da Reforma Psiquiátrica como um todo, ainda há um grande preconceito social contra as pessoas que sofrem com problemas de saúde mental.

a partir da promulgação das portarias 189 de 1991 e 224 de 1992, em que o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de serviços substitutivos – Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – além de regulamentar outras modalidades assistenciais, tais como hospitais-dia, unidades e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Amarante, 2003).

Através da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, foram criados os serviços residenciais terapêuticos ou residências terapêuticas, destinados aos egressos de instituições psiquiátricas, com vistas a auxiliar os/as usuários/as no processo de reintegração social. Diante desse viés, de modo a viabilizar e agilizar a logística do atendimento, uma residência terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores e deve estar referenciada ao CAPS, operando junto à rede de atenção à saúde mental. Para tanto, um/a cuidador/a é designado/a para apoiar os/as moradores/as nas tarefas, nos dilemas e conflitos cotidianos do morar em busca da autonomia dos/as usuários/as (Brasil, 2005).

Esse serviço é de suma importância, e na medida em que vai sendo expandido, ocorre simultaneamente a redução dos leitos psiquiátricos, em consonância com o desenvolvimento de um processo de trabalho terapêutico que considere as particularidades dos casos e o ritmo de readaptação de cada usuário/a à vida em sociedade, consumando paulatinamente a desinstitucionalização almejada pela Reforma Psiquiátrica.

Seguindo o movimento de buscas pelo aprimoramento da Reforma mencionada, como desdobramento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde promulgou, no início de 2002, a Portaria 336/02 que revisava a Portaria 224 de

1992, regulamentando o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apontando esses como elementos centrais para as mudanças propostas no campo da saúde mental brasileira, classificando-os como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPSi infantojuvenil, em que:

CAPS I – são centros de menor porte, atendem adultos com transtornos mentais persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; CAPS II – são instituições de médio porte que têm condições de atender municípios com população de até 200.000 habitantes; CAPS III – são serviços de maior porte, oferecem uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população acima de 200.000 habitantes. A rede funciona durante as 24h, durante os sete dias da semana, inclusive feriados; CAPSad – são centros especializados para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas; CAPSi – serviço especializado no acompanhamento de crianças e adolescentes (Brasil, 2005).

Desse modo, é conferido aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência à saúde mental, passando a ser os dispositivos ordenadores e a principal porta de entrada da rede territorial voltada para pessoas com problemas de saúde mental, constituindo-se, portanto, como a estratégia proeminente do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A expansão da rede de CAPS é fundamental para as mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com problemas de saúde mental. Sob essa perspectiva, a partir da criação desses novos serviços, ocorre um processo de transformação na Saúde Mental, em que a atenção psicossocial e o seguimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica funcionam como base para a

produção do cuidado. Outro passo importante para a consolidação do processo de reforma foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria 3.088/11. A RAPS integra diferentes pontos de atenção à saúde mental nos demais níveis e redes do SUS. A RAPS objetiva prestar um cuidado integral em saúde mental para as pessoas com problemas de saúde mental e decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas. Suas diretrizes definem o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, promoção da equidade, garantia do acesso e da qualidade dos serviços, organização dos serviços em rede e o desenvolvimento do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com problemas de saúde mental (Brasil, 2011). A estratégia da RAPS faz parte do reordenamento do SUS para as Redes de Atenção à saúde (RAS).

Desse modo, foi a partir do surgimento da RAPS que se passou a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. No entanto, há uma série de entraves para a efetivação da RAPS e da reorganização da Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme veremos.

REFLEXOS DO NEOLIBERALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Houve muitas conquistas alcançadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a exemplo do artigo 196, o qual dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, assegurando a responsabilização do Estado no tocante à garantia da saúde população, assim como muitos outros direitos, a exemplo da assistência, educação e previdência, configurando o que pode-

ria ter sido denominado de estado de bem-estar social brasileiro. Contudo, logo em seguida, o país foi inserido, nos anos de 1990, de forma mais contundente⁴ no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em um contexto delineado pela política neoliberal, em que se prima pelo estado mínimo para o social e máximo para o capital, ou seja, o estado “mini-max”.

Sob essa perspectiva, a sociedade passou a conviver com políticas precarizadas e medíocres, incapazes de atender a tempo e a contento as demandas apresentadas e, inclusive, intensificadas diante do contexto de fome, pobreza, desemprego e miséria incitado pela política neoliberal. Enfim, um cenário de barbárie que se intensifica de forma assustadora, com requintes cruéis de necropolítica, sobretudo para a população negra, pobre e periférica, traços característicos do deletério racismo estrutural⁵.

4 Utilizamos a expressão contundente para enfatizar que o ideário neoliberal no Brasil já vinha sendo ensaiado no governo de Fernando Collor de Melo, sendo, posteriormente, após o processo de impeachment deste, continuado por Itamar Franco e realmente desenvolvido de forma bastante intensa e impiedosa nos governos de FHC.

5 “Em resumo: o racismo estrutural é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que ocorre “pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição. [...]” (Almeida, 2021).

Em face ao exposto, é necessário enfatizar que desde os anos de 1990, com o advento do neoliberalismo⁶ no Brasil, todas as políticas públicas passaram a ser menosprezadas, efetivadas como sinônimos de prejuízo para o Estado, “necessitando”, portanto, de um enxugamento da máquina estatal no que diz respeito aos recursos e gastos direcionados a essas políticas.

Diante desse cenário, pode-se, indubitavelmente, afirmar que a Política Nacional de Saúde Mental, assim como diversas outras, já emergiu em um cenário de restrições e precarizações delineadas pelo neoliberalismo. Nesse sentido, “[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p.156).

Contudo, mesmo diante de um contexto avassalador e opressor de direitos assegurados na CF/88, não se deve minimizar a importância do surgimento e da existência das políticas públicas, pois essas se configuram como relevantes conquistas para a sociedade e são respostas aos movimentos reivindicatórios organizados pela classe trabalhadora.

Deve-se enfatizar, ainda, que todos os outros governos após FHC também desenvolveram e desenvolvem a política neoliberal. Há alguns que apresentaram ou apresentam uma certa

6 “O impacto do neoliberalismo no Brasil, em nível das políticas sociais, está sendo o desmonte da assistência pública nas áreas da saúde, educação, previdência, segurança, justiça, cultura, entre outras. Na área da Saúde Mental, nesse quadro, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa” (Bisneto, 2007).

preocupação diante dos desdobramentos da questão social, ou seja, um compromisso com a população mais vulnerabilizada, buscando medidas – ainda que compensatórias – para reduzir os impactos da questão social.

Seguindo a perspectiva da agenda ultra neoliberal, no ano de 2016, como se já não bastassem todos os ataques sofridos pela classe trabalhadora, foi criada e aprovada a Emenda Constitucional 95/2016, no governo interino do presidente Michel Temer (2016-2018), que assumiu o poder após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff.

A interinidade de Michel Temer comprovou aquilo que já se antecipava. O governo avança, o mais rápido que pode, na agenda de retrocesso que se deseja impor ao país –, entrega do patrimônio público, avanço do fundamentalismo, retirada de direitos trabalhistas, criminalização do pensamento crítico, recuo da legislação ambiental, arbitrariedade escancarada da força policial, cortes nas políticas sociais, tributação regressiva [...] (Miguel, 2016, p.36).

Justamente na ênfase ao cumprimento da agenda neoliberal, com a intenção de reduzir as despesas voltadas para os gastos públicos, a EC 95/2016 objetiva o congelamento por vinte anos nos investimentos voltados para as políticas públicas, ocasionando um tremendo desmonte nessas políticas que passaram a ser ainda mais minimalistas e fragilizadas.

Após Michel Temer cumprir o seu mandato e não ter tentado a reeleição, foi eleito o presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022), a partir de uma ampla campanha apoiada pelo presidente Temer e reforçada por intensas “*fake news*”, cuja intenção era propagar falácias para ludibriar a consciência popular e im-

pedir que Fernando Haddad⁷, do Partido do Trabalhadores (PT), fosse eleito.

Sob o governo de Bolsonaro, dado o caráter ultra neoliberal adotado e executado por ele, e ainda sob a égide da emenda enfatizada, as políticas públicas tornaram-se ainda mais fragmentadas, diante do intencional processo de precarização exacerbada da máquina pública, com vistas ao fortalecimento do capital privado e do descaso peremptório à classe pauperizada, ou seja, a classe que vive e sobrevive da venda da sua força de trabalho.

No que diz respeito a PNSM, vivenciou-se um avassalador processo de desmonte, em que:

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019f *apud* Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 2).

A “Nova Política” peculiariza-se pelo retorno do incentivo à internação psiquiátrica, além da sua separação da política sobre álcool e outras drogas, reacendendo o caráter conservador caracterizado pela culpabilização, opressão e punição dos/as usuários/as, desconsiderando todo o contexto em que essas pessoas estão inseridas, como também as suas histórias de vida.

7 Haddad, a princípio, era candidato à vice-presidência da chapa encabeçada pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, mas naquele momento, o mencionado ex-presidente foi considerado inelegível, daí Haddad passou a concorrer como presidente, mas perdeu para Bolsonaro.

Em face a esse cenário de intenso retrocesso na história da PNSM, identifica-se o incentivo ao retorno de práticas abominadas a partir do advento da Reforma Psiquiátrica, a exemplo do retorno de financiamentos a hospitais psiquiátricos, eletroconvulsoterapia⁸ e financiamento de Comunidades Terapêuticas⁹ – podendo o tempo de estadia nestas chegar a doze meses –, rompendo, assim, com um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica, que é o retorno do indivíduo para o ambiente familiar, ou seja, a desinstitucionalização. No entanto, essa “Nova Política” estava totalmente voltada ao paradigma manicomial, aumentando as tabelas de custeio de hospitais psiquiátricos.

A partir do ano de 2022, momento em que o país passa a ser governado pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva, considerado um governo comprometido com as causas sociais voltadas para as populações mais vulnerabilizadas, evidencia-se que este, dentre outros desafios diante de todo um intenso processo de sucateamento provocado pelo governo Temer e agudizado desmedidamente pelo governo Bolsonaro, assume o grande desafio de

8 A indicação da eletroconvulsoterapia foi feita por meio de nota técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, “[...] ignorando os registros históricos de que esta fora empregada corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais anteriormente à Reforma Psiquiátrica. Ainda que existam indicações técnicas para o uso da eletroconvulsoterapia, estas se aplicam a uma parcela extremamente pequena dos casos de transtorno mental grave e estão longe de ser uma solução em larga escala [...]” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

9 Cabe destacar que no governo Bolsonaro houve um enfoque acentuado para o financiamento de tratamentos em Comunidades Terapêuticas, geralmente vinculadas às igrejas, tendo estas o foco da realização de trabalhos com dependentes químicos.

tentar resgatar tudo o que foi desconstruído durante os quatro anos em que este esteve no poder, somado aos dois anos da gestão de Temer.

Em face a isso, com relação à PNSM, o governo Lula vem buscando realinhá-la aos princípios da Reforma Psiquiátrica, algo que foi totalmente desconsiderado pelos seus dois antecessores, conforme mencionado. Nesse sentido, vem-se procurando trabalhar na busca pelo fortalecimento dos CAPS, tendo em vista as necessidades já existentes e intensificadas em decorrência da pandemia causada pela Covid-19, que aumentou, assustadoramente, as questões de saúde mental na população (Matta et al., 2021).

Na intenção de recuperar os estragos cometidos nos governos anteriores, o governo Lula criou, através do Ministério da Saúde, o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ou seja, reaproximou o cuidado e o debate sobre álcool e drogas à Saúde Mental, considerando, portanto, a importância da indissociabilidade da discussão e do cuidado sobre esses assuntos. Todavia, um dos grandes desafios do atual governo é recompor o orçamento da RAPS.

Logo, o que se evidencia são os constantes entraves em decorrência do engessamento dos investimentos nas políticas públicas em virtude da EC/95, mas, ao mesmo tempo, as incessantes tentativas de negociações por parte do governo, encontrando e traçando estratégias para voltar a devida atenção à PNSM, assim como a todo o SUS, que tem sofrido um severo processo de desfinanciamento e, por sua vez, um consequente desmonte.

Nessa perspectiva, deve ser mencionada a recém-criada portaria GM/MS N° 635, de 22 de maio de 2023, que preconiza o retorno dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), desfi-

nanciados no governo anterior, ficando a cargo dos municípios a sua manutenção. A portaria em tela reformula o NASF destituído e lhe atribui uma nova terminologia denominada NASF e-Multi, recriado com o objetivo de fornecer suporte multiprofissional à Atenção Primária à Saúde (APS), contando com a possibilidade de inserção de diversos profissionais de saúde, a exemplo de assistentes sociais, psicólogos/as, pediatras, psiquiatras etc., configurando-se, portanto, como um grande avanço no que tange ao reforço à Estratégia Saúde da Família (ESF), que se configura como a principal porta de entrada da atenção à saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme as análises traçadas no decorrer desta discussão, é possível considerar que a PNSM é fruto de um amplo processo de organização da sociedade, de trabalhadores/as, estudiosos/as e profissionais inseridos/as nesse campo. Entretanto, a efetivação dessa política, mesmo diante de uma série de avanços e conquistas, ainda está em processo de construção e efetivação de direitos voltados para os/as usuários/as, sobretudo diante de um contexto exacerbado por desmontes nas políticas públicas como um todo e, conseqüentemente, na política de saúde mental brasileira.

Além disso, não se deve deixar de mencionar que a maré montante de desmontes na sociedade brasileira é fruto do neoliberalismo adotado e efetivado como estratégia econômica e ideológica de governo desde os anos de 1990, sendo intensificada de forma cada vez mais contundente pelos governantes de extrema

direita, ultra conservadores, que estiveram à frente do comando do país, a exemplo de Itamar Franco, FHC, Michel Temer e Jair Bolsonaro. Obviamente os presidentes Dilma Rousseff e Lula deram continuidade à agenda econômica neoliberal, no entanto tiveram um olhar perpassado por um cariz mais humanizado para as classes menos favorecidas.

Contudo, as políticas públicas jamais se aproximaram e/ou se aproximarão, enquanto o modelo predominante for o capitalismo, de buscar atender de fato as demandas apresentadas pela sociedade cada vez mais adoecida e pauperizada, pois o arcabouço econômico e ideológico do modo de produção capitalista – o neoliberalismo – aproveita-se e se reitera através da intensificação da barbárie social para se sobrepujar. Portanto, jamais será possível qualquer tipo efetivo de igualdade de classes enquanto o capitalismo monopolista se configurar como o modelo predominante.

Sob essa perspectiva, faz-se necessário o revigoramento das premissas do Movimento de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica, para que as conquistas alcançadas não sejam esquecidas e, assim, busque-se pela manutenção, ampliação e fortalecimento dessas premissas diante de uma conjuntura tão avassaladora de direitos e acentuadamente preconceituosa, sobretudo, com aqueles/as que estão fora dos padrões de normalidade estabelecidos socialmente.

Nesse sentido, é decisiva a atenção para que não se tenha a efervescência de momentos sombrios e macabros, que, por vezes, mostram-se através de atitudes e verbalizações medíocres e hostis por parte de alguns representantes do povo e até mesmo da sociedade no tempo presente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro. Editora Jandaíra, 2021.

ALVES, L. H. *et al.* Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica1. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 51-63, 2021.

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

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

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

BEHRING, Elaine.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria n. 224/92**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1992.

BRASIL. **Portaria/GM n. 3.088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Presidência da República. Casa Civil, 2011.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Série F. Brasília, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental – **Caderno Informativo**, Série D, n.15. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental – **Relatório final**. Brasília, 2002.

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

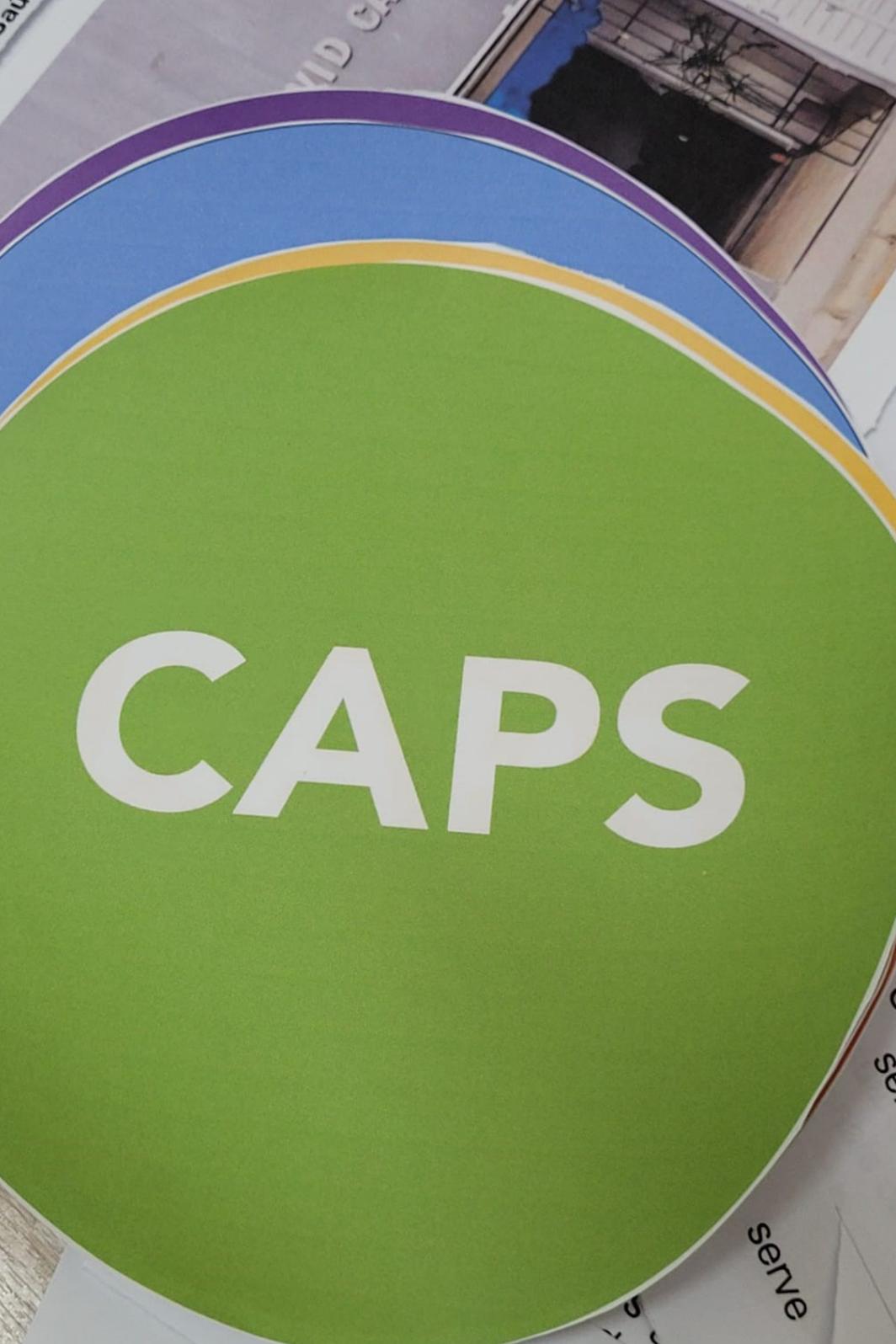
DELGADO, P. G. G (ET AL). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, MF; MELLO, AA F; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MIGUEL, Luis Felipe. **A democracia na encruzilhada**. In: Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

MÂNGIA, Elizabete Ferreira; NICÁCIO, Fernanda III Conferência Nacional de Saúde Mental: Efetivar a Reforma Psiquiátrica. In: **Rev.Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v.13, n.1, p.i-ii, jan./abr.2002.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* (orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, jun. 2007. DOI 10.1590/S0103 21002007000200001.



CAPS

serve

CARACTERIZAÇÃO
DOS CENTROS
DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE
JOÃO PESSOA-
PB: estrutura,
funcionamento e
atendimento em saúde

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE JOÃO PESSOA-PB: estrutura, funcionamento e atendimento em saúde

*Maruska Maria Meneses de Sousa
Rafael Nicolau Carvalho*

Resumo

O presente capítulo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RASP) do município de João Pessoa-PB”. Neste texto discute-se parte dos resultados do referido projeto que trata da caracterização e análise da estrutura e do funcionamento dos serviços de saúde mental pesquisados. Foram aplicados questionários em três (03) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Quanto à estrutura física dos serviços, quatro quesitos (04), de um total de dez (10) presentes no questionário, não foram atendidos por todos os serviços. Quanto ao funcionamento, analisaram-se os horários e a quantidade mínima de profissionais na equipe técnica, sendo considerada a única em que todos os itens foram atendidos por todas as unidades. Quanto ao Atendimento (número de usuários atendidos, oferta de refeições, dispensação de medicamentos, publicização da agenda de atividades e realização da supervisão clínica), apenas um dos serviços não apresentava a supervisão clínica, mas realizava reuniões semanais para discussão dos casos mais importantes com toda a equipe. Ressalta-se que os CAPS pesquisados não atendem a todos os requisitos com relação à estrutura e apresentam ainda alguns problemas normativos. Contudo, apesar dessas evidências, os serviços atendem de forma humanizada e se esforçam para ofertar um cuidado de qualidade.

Palavras-Chave: CAPS, Saúde Mental, Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”¹, desenvolvido no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS). Este recorte parcial, por sua vez, foi aprofundado e apresentado como Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), defendido e aprovado no ano de 2019, da qual os autores participaram.

Assim, este artigo discute apenas parte dos resultados do referido projeto, particularmente, os dados relativos à caracterização dos serviços pesquisados, como a estrutura, o funcionamento e as prerrogativas do atendimento. Vale mencionar que o projeto foi aprovado na Chamada Universal nº 28/2018 do MCTI/CNPq e foi desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem na esteira do movimento brasileiro pela reforma psiquiátrica e se consolidam como principal recurso substitutivo ao hospital psiquiátrico, representando, de forma mais ampla, uma mudança de modelo assistencial implementada pela Política de Saúde Mental brasileira (PSM) (Amarante, 2018).

1 O Projeto de Pesquisa é coordenado pelo professor Dr. Rafael Nicolau Carvalho, docente do Departamento de Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba.

A PSM reconhece os direitos das pessoas com transtorno mental a um tratamento digno, não discriminatório em serviços de saúde humanizados que não excluam as pessoas do seu ambiente familiar e social. Essa política propõe o tratamento em liberdade e reconhece o usuário como sujeito ativo do seu tratamento, que considera sua subjetividade, cultura e os aspectos sociais.

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica iniciou-se a partir do movimento sanitário na década de 70, que era a favor das mudanças do modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde, no entanto, no Brasil, as mudanças propostas só tiveram maior visibilidade na década de 80. O novo modelo assistencial surgiu com os Movimentos de Trabalhadores na Saúde Mental (MTSM), que era um movimento formado por trabalhadores, associações, sindicatos, usuários e familiares. Foi esse movimento que protagonizou a luta e denunciou a violência e o fracasso do modelo hospitalocêntrico (Amarante, 2017).

Vale destacar que o modelo asilar é caracterizado pelo isolamento dos indivíduos em hospitais psiquiátricos, por longos períodos de internação, além do uso massivo de medicamentos. O modelo de atenção psicossocial é voltado para o bem-estar dos usuários e sua autonomia, considerado um modelo de cuidado humanizado (Amarante; Nunes, 2018).

Em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado [PL 3.657/89], que versava sobre a reversão do modelo assistencial psiquiátrico, com a extinção progressiva dos manicômios, para um modelo centrado na atenção comunitária; afirmava também os direitos das pessoas com transtorno mental, reconhecendo-as como sujeitos de direitos. Esse projeto foi apro-

vado rapidamente pela Câmara dos Deputados, mas foi rejeitado no senado, sendo aprovado um PL substituto, que abandonou, principalmente, a extinção dos manicômios. O projeto aprovado deu origem à Lei 10.216/01, que reconhece os direitos das pessoas com transtornos mentais e promove mudanças na organização da rede. Em 2001, com aprovação da referida lei e ficando popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, tornou-se, assim, um dos principais marcos na luta pela reforma (Amarante, 2017).

A despeito de sua tardia aprovação e múltiplas mudanças no esboço inicial, a lei continua a estruturar-se sob aspectos importantes, tais quais: (1) os direitos das pessoas com problemas de saúde mental, como tratamento humanizado; (2) redirecionamento da assistência em saúde mental como normatização das internações compulsórias, introdução de serviços alternativos em substituição à internação, bem como a instituição dos CAPS (Nunes; Guareshi, 2011; Martinhago, Oliveira, 2012).

Em 2002, a Portaria no 336/GM é aprovada pelo Ministério da Saúde, que veio de forma definitiva estabelecer os CAPS, aprimorando os parâmetros trazidos na Portaria nº 224/92, expandindo o alcance de seu atendimento e categorizando-os em modalidades de acordo com o porte do serviço, a complexidade da assistência e a abrangência populacional. Desse modo, os CAPS passaram a ser denominados como CAPS I, CAPS II e CAPS III, seguindo esses critérios. Ainda nessa classificação, os CAPS podem atender públicos específicos; assim, temos o CAPS Ad, para atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, e o CAPS infantojuvenil, para atenção às crianças

e aos adolescentes com problemas de saúde mental (Amarante, 2017; Martinhago, Oliveira 2012; Nunes; Guareshi, 2011).

Em decorrência das recorrentes discussões para reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), em redes de atenção, em março de 2011 foi publicada a Portaria nº 3088/11, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com princípios e diretrizes do cuidado, tais como: respeito aos direitos humanos, cuidado em liberdade, combate a estigmas e preconceitos, cuidado integral, promoção de autonomia, estratégia de redução de danos, estratégia de educação permanente, controle social dos usuários e seus familiares e a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Apesar de todas as conquistas, o processo da Reforma Psiquiátrica encontra-se ameaçado pelo desmonte das políticas públicas nos últimos governos. Esse desmonte atinge a PSM como um processo denominado de contrarreforma psiquiátrica, que objetiva desmontar as conquistas das últimas décadas, colocando o modelo asilar como prioridade. Na prática, significa a inserção formal dos hospitais psiquiátricos no âmbito da RAPS, fortalecendo-os, centralidade do saber psiquiátrico, ignorando os demais saberes envolvidos no processos saúde-doença-sofrimento, presença das comunidades terapêuticas para usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas, ampliação do uso de psicofármacos e novas formas de financeirização e da geração de lucro por meio da indústria farmacêutica (Carvalho *et al.*, 2022c).

Diante do exposto, considera-se de suma importância a caracterização dos serviços de saúde mental, até mesmo para informar à sociedade como funciona o modelo de atenção psicossocial.

cial vigente e onde buscar a promoção e o cuidado em saúde nos diferentes serviços oferecidos.

Portanto, o presente capítulo tem por objetivo caracterizar os serviços ofertados pelos CAPS de João Pessoa, a partir das dimensões Estrutura, Funcionamento e Atendimento, utilizando para isso os critérios estabelecidos pelos dispositivos legais que orientam a organização desses serviços.

METODOLOGIA

O questionário foi construído a partir das análises realizadas com a pesquisa bibliográfica e documental, de modo a possibilitar a caracterização dos serviços de saúde mental e o desenvolvimento das ações de saúde.

O questionário foi dividido em três categorias: estrutura, funcionamento e atendimento. Quanto à estrutura, foram selecionadas dez questões; quanto ao funcionamento, duas; e ao atendimento, cinco questões.

Esse questionário levou em consideração os dispostos na Portaria 336/02, que regulamenta os CAPS e as diferentes modalidades do serviço com base no porte populacional e perfil da clientela, e a portaria 3.088/11, que institui a RAPS, e a portaria 130/12, que institui o CAPS Ad III e define uma estrutura mínima de funcionamento para os serviços. Para visualizar as questões analisadas em cada categoria, apresenta-se o quadro abaixo:

]

Quadro 1 - Questionário de Caracterização dos CAPS

Categorias	Variáveis
Estrutura	Mínimo de dois consultórios para atendimento individual
	Sala para atendimento coletivo/reunião de grupo
	Espaço físico para sala de espera
	Espaço físico para copa/cozinha
	Espaço físico para refeitório
	Sinalização visual com fluxo de atendimento e acesso
	Acessibilidade para cadeirantes e/ou pessoas com dificuldade de locomoção
	Banheiro exclusivo para usuários
	Banheiros exclusivos para profissionais
	Espaço físico exclusivo para farmácia
Funcionamento	Atende os critérios para funcionamento para CAPS II e CAPS III
	Composição da equipe técnica de acordo com o preconizado
Atendimento	Número de usuários atendidos por dia compatível com a classificação do CAPS
	Refeições para os usuários conforme comparecimento/tipo de tratamento
	Realiza dispensação de medicação
	Possui cronograma e agenda de atividades semanais afixados em local visível
	Possui Supervisão Clínica ou apoio Técnico externo

Fonte: Elaborado a partir dos documentos legais e revisão bibliográfica (2019)

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde de nível superior lotados nos serviços selecionados para esta pesquisa e que tiveram disponibilidade em participar.

Foram aplicados 02 questionários por serviço (CAPS III Caminhar; CAPS III Ad David Capistrano e CAPS infantojuvenil Cirandar. Um questionário aplicado com um profissional ligado diretamente à assistência e outro com um profissional que tivesse em posição de coordenação/gestão e/ou responsável técnico por alguma atividade. Ao final, os questionários eram conferidos para verificar alguma divergência entre as respostas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Conhecer o modo de estruturação, as condições de funcionamento da rede por meio da análise dos CAPS, pode nos indicar a consolidação das mudanças em curso, que foram incorporadas pelas legislações e que são conquistas do movimento pela reforma psiquiátrica (Carvalho *et al.*, 2017b).

A capital paraibana possui atualmente 05 CAPS, distribuídos da seguinte forma: dois CAPS do tipo III, dois CAPS AD do tipo III e um CAPS infantojuvenil. O CAPS Ad tem uma particularidade: um serviço está sob a gestão municipal e o outro sob gestão do governo do Estado, por se tratar de um serviço regionalizado que atende a municípios da região metropolitana que não contam com esse tipo de serviço. Para esta pesquisa, apenas o CAPS Ad III David Capistrano integrou o estudo.

O Centro de Atenção Psicossocial Gutemberg Botelho foi o primeiro CAPS a ser inaugurado na Paraíba, em 2001, e atualmente fica localizado no Bairro dos Estados, em João Pessoa-PB.

Funciona 24 horas por dia, atendendo diariamente cerca de 100 pessoas. O CAPS Caminhar foi inaugurado em 2010, até então, considerado de nível II, passando, a partir de 29/12/2011, a ser um CAPS III, atendendo uma média de 100 usuários diariamente; atualmente tornou-se referência no tratamento de usuários com tentativa de suicídio. O CAPS AD III David Capistrano foi inaugurado no ano de 2010, atendendo uma média de 60 usuários por dia. O CAPS infantojuvenil Cirandar foi inaugurado em 25/03/2008 e realiza mensalmente 80 triagens, aproximadamente 60 atendimentos diários em alguma atividade ofertada pelo serviço, possuindo 510 usuários cadastrados, além de coordenar os serviços da Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), que atende crianças e adolescentes em situação de ameaça a vida (Diário de campo, 2018).

De acordo com dados do MS, a cobertura nacional dos CAPS é de 0,86 CAPS/100 mil habitantes. O estado da Paraíba supera a média nacional, tendo uma média de 1,57 CAPS/100 mil habitantes, sendo o estado com maior cobertura (Brasil, 2015). Seguindo as mesmas regras de cálculo utilizadas pelo Ministério da Saúde para o indicador de CAPS/100 mil habitantes² e considerando os serviços CAPS presentes no município e a estimativa populacional de João Pessoa-PB de 809,015 mil pessoas (IBGE,

2 Vale destacar que esse indicador foi criado para acompanhar a ampliação da rede substitutiva ao longo do tempo, bem como auxiliar os gestores na avaliação e no acompanhamento das prioridades da RAPS. Contudo, a atenção psicossocial é ofertada por diversos serviços espalhados na rede de saúde que compõem os pontos de atenção à saúde mental da rede. Portanto, esse indicador não pode ser considerado isoladamente, pois sozinho não reflete a implantação da RAPS, apenas a abrangência de um componente da rede, a Atenção Psicossocial Estratégica, onde se encontram os CAPS.

2019), a capital paraibana possui cobertura de 0,67 CAPS/100 mil, considerada uma cobertura boa, conforme parâmetros estabelecidos (Brasil, 2015).

O CAPS III Gutemberg Botelho não participou deste estudo, pois no período de elaboração do projeto e consequente submissão à Gerência de Educação em Saúde (GES), o serviço passava por uma ampla reforma em suas instalações, já para atender ao plano de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial de João Pessoa.

Desse modo, apresenta-se a Tabela 1, com a sistematização dos dados:

Quadro 2 - Estrutura, funcionamento e atendimento prestado pelos CAPS de João Pessoa- PB

Estrutura	Parâmetro	CAPS Caminhar	CAPS Ad	CAPS infanto-juvenil
Mínimo de dois consultórios para atendimento individual	Sim	02	01	-
	Não	-	01	02
Sala para atendimento coletivo/reunião de grupo	Sim	02	-	02
	Não	-	02	-
Espaço físico para sala de espera	Sim	-	-	01
	Não	02	02	01
Espaço físico para copa/cozinha	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Espaço físico para refeitório	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Sinalização visual com fluxo de atendimento e acesso	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-

Acessibilidade para cadeirantes e/ou pessoas com dificuldade de locomoção	Sim	02	02	-
	Não			02
Banheiro exclusivo para usuários	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Banheiros exclusivos para profissionais	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Espaço físico exclusivo para farmácia	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Funcionamento				
Atende os critérios para funcionamento para CAPS II e CAPS III	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Composição da equipe técnica de acordo com o preconizado	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Atendimento				
Número de usuários atendidos por dia compatível com a classificação do CAPS	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Refeições para os usuários conforme comparecimento/tipo de tratamento	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Realiza dispensação de medicação	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Possui cronograma e agenda de atividade semanais afixados em local visível	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Possui Supervisão Clínica ou apoio Técnico externo	Sim	02	02	-
	Não	-	-	02

Fonte: Pesquisa direta (2019)

Eixo 1 - Estrutura

Sobre a estrutura, quatro itens (04) não foram atendidos por todos os serviços pesquisados, a saber: *mínimo de dois consultórios para atendimento individual, sala para atendimento coletivo/reunião de grupo, espaço físico para sala de espera e acessibilidade para pessoas com deficiência ou com dificuldade de locomoção*. Considera-se que esses componentes são importantes para garantir uma atenção de qualidade que preserve a integridade, o acolhimento, a acessibilidade e o direito ao sigilo dos usuários. Por isso, a análise inicialmente versa sobre esses itens não atendidos e depois apresenta alguns comentários sobre os demais itens do questionário.

A respeito de o CAPS possuir no mínimo dois consultórios para atendimento individual, conforme orientação das portarias, houve divergência entre os serviços pesquisados. O CAPS infantojuvenil informou não possuir esse quantitativo de salas.

Com a promulgação da Lei 10.216, aprovada em 2001, que possibilitou o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtorno mental, dentre eles, o sigilo nas informações prestadas, faz-se necessário que os serviços possuam uma sala para que possa garantir o direito e um serviço de qualidade para os usuários e familiares atendidos. Segundo o Manual que orienta a construção e a reforma de CAPS e UAs, indica-se que essas unidades dispõem de, no mínimo, dois consultórios para atendimento individual (Brasil, 2015).

O CAPS infantojuvenil, apesar de ter um espaço físico maior, em comparação com os demais CAPS pesquisados, não possui tais salas para atendimentos individuais, porém o atendi-

mento é prestado em salas que são utilizadas para atividades em grupos.

No tocante às salas para atendimento coletivo e/ou reuniões de grupos, conforme orientação da Portaria 305/02, apenas o CAPS Ad informou não possuir essa estrutura.

Conforme o Manual que orienta a construção e a reforma de CAPS e UAs, as salas de atividades coletivas são espaços para o atendimento em grupos e desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas, onde haja o fortalecimento do protagonismo familiar (Brasil, 2015). Os CAPS Ad e Caminhar funcionam 24 horas, e seu público de atendimento são os adultos, enquanto o CAPS infantojuvenil atende crianças e adolescentes, apenas no horário diurno. Com relação às atividades coletivas, o CAPS Ad, por não possuir espaço físico adequado para as atividades em grupos, realiza os grupos no refeitório do serviço, e também são realizadas algumas oficinas no território (Associações e quadras próximas ao CAPS Ad). O CAPS Ad informou não possuir essa estrutura.

Sobre espaço físico exclusivo para sala de espera, o CAPS Ad e Caminhar não possuem esse espaço, segundo os questionários respondidos, enquanto o CAPS infantojuvenil apresentou divergência nas respostas.

No entanto, conforme observações realizadas, nenhum dos serviços pesquisados possui salas de espera, o que ocorre é que os profissionais improvisam um espaço para que os usuários possam aguardar, enquanto esperam seu atendimento. Essa observação esclarece, por exemplo, a divergência de resposta no CAPS infantojuvenil: um participante apontou a existência desse espaço, enquanto outro não.

Vale destacar que essa categoria analisa a estrutura física do serviço, e nessa questão esperava-se a existência de uma sala exclusiva para os usuários que aguardam algum atendimento. Contudo, não se pode confundir o espaço físico com uma atividade comum no âmbito da saúde, que é denominada também de “sala de espera”. Esta, por sua vez, deve ser um espaço de interação entre usuários, familiares e até mesmo a comunidade, onde devem ser desenvolvidas atividades educativas, a fim de que o tempo, antes ocioso, torne-se produtivo. A sala de espera enquanto atividade é uma estratégia de educação e promoção em saúde inserida no trabalho com grupos (Rosa; Barth; Germani, 2011).

Sobre a acessibilidade (interna e externa) para pessoas com deficiência e com dificuldade de locomoção, apenas o CAPS infantojuvenil informou não possuir condições de acessibilidade.

De acordo com a lei 10.098/2000, que estabelece normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade, a reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverá ser executada a fim de que esses edifícios se tornem acessíveis às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzidas (Brasil, 2000). Ao observar a importância desse serviço, a acessibilidade no CAPS infantojuvenil é urgente, considerando a demanda e a dificuldade de mobilidade de alguns de seus usuários.

Sobre o espaço físico para copa e cozinha, todos os serviços pesquisados afirmaram possuir essa estrutura. A cozinha deve ser um espaço para preparo e manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários. Esse espaço faz-se obrigatório, à medida em que cada CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2015). A respeito dessa estrutura,

torna-se interessante correlacioná-la com o item “refeitório”, local para ingestão das refeições, que também esteve presente em todos os serviços.

Sobre a existência de sinalização visual interna sobre o fluxo de atendimento e acesso, permitindo a comunicação através de textos e figuras, todos os serviços pesquisados afirmaram possuir essa sinalização. A questão da sinalização visual interna nos serviços do CAPS, na verdade, representa uma condição para a satisfação da acessibilidade nesses setores, logo, é matéria introduzida formalmente na temática da humanização.

Acerca da existência de banheiros exclusivos para os usuários (masculino e feminino), todos os serviços afirmaram possuir essa estrutura.

De acordo com as especificações do Manual que orienta a construção e reforma de CAPS e UAs, as unidades devem possuir em sua estrutura: um banheiro feminino e um masculino e número de sanitários que supra a demanda de usuários. E ainda banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência (Brasil, 2015).

A respeito da existência de banheiros exclusivos para profissionais, todos os serviços afirmaram possuir essa estrutura. Ainda conforme o manual, indica-se a necessidade de banheiro com vestiário para funcionários, bem como a recomendação de que esse espaço seja próximo ao ambiente de repouso dos profissionais (Brasil, 2015).

De acordo com o Manual de Estrutura Física dos CAPS, a farmácia, enquanto espaço físico dessas unidades, é um ambiente obrigatório destinado ao armazenamento e à dispensação de medicamentos exclusivamente para usuários em acompanhamento

no CAPS, e que pela atribuição dessas funções, deve possuir pia, armário e mesa para computador (Brasil, 2015). Logo, é perceptível a importância desse espaço na viabilização de medicamentos e conseqüentemente no processo de assistência farmacêutica. No que concerne a esse item estrutural, constatou-se sua existência em todas as unidades dos CAPS.

Eixo 2 - Funcionamento

Esse eixo analisa o funcionamento dos serviços de acordo com o estabelecido pelos documentos legais. As questões foram: Atende critérios de funcionamento para CAPS II e III (porte, horários e turnos) e Composição Técnica de acordo com o preconizado.

Sobre o horário de funcionamento dos CAPS

Considerando que cada CAPS possui sua especificidade, essa questão influi diretamente em seu funcionamento. Dessa forma, os CAPS I e II deverão funcionar das 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Já os CAPS III, durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (Brasil, 2002). É importante ressaltar que o CAPS II pode comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas, modalidade em que se “encaixa” o CAPS I (Brasil, 2015). Em se tratando de horário de funcionamento, O CAPS Ad e o Caminhar, por exemplo, são considerados de modalidade III, ou seja, trata-se de centros de atendimentos para pessoas com problemas de saúde mental graves e persistentes, necessitando de atenção contínua, daí a razão

pela qual possuem assistência 24 horas (Brasil, 2015). Sobre esse item, todos os serviços pesquisados cumprem com esses critérios, tendo em vista as diferentes modalidades.

Sobre a composição da equipe técnica do CAPS: conforme portaria 336/02

No que tange à composição técnica dos CAPS, a Portaria 336/02 regulamenta a equipe mínima para cada centro, considerando sua especificidade, a saber:

- **CAPS I:** Médico com formação em saúde mental; enfermeiro; três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

- **CAPS II:** Um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

- **CAPS III:** dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, oito profissionais

de nível médio e técnico; técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Para o período de acolhimento noturno (plantões de 12 horas), recomenda-se: um profissional de nível superior das categorias já elencadas, três técnicos/auxiliares de enfermagem, um profissional de nível médio da área de apoio. Para o período diurno (sábados, domingos e feriados), recomenda-se o mesmo quantitativo do acolhimento noturno (Brasil, 2002).

Assim, considerando as recomendações da portaria supracitada, os serviços pesquisados atendem às requisições mínimas com algumas especificidades na questão de diversidade de profissionais de nível superior que se apresenta a seguir.

Com relação à diversidade de profissionais de nível superior

A diversidade profissional pode mudar de acordo com o serviço, pois o perfil dos usuários dos CAPS é diferente de acordo com as modalidades dessas unidades de saúde. Cada CAPS possui uma equipe mínima obrigatória de profissionais de nível superior, conforme regulado pela portaria utilizada para avaliar e caracterizar os serviços desse estudo.

Nos CAPS I, II, III e AD, essa variedade profissional em nível superior pode ser composta de terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Já no CAPS infantojuvenil, os profissionais podem ser: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

No que diz respeito à presença desses profissionais nessas unidades, foi relatado que todos os serviços possuem Assistentes Sociais, Psicólogos e Farmacêuticos. No CAPS infantojuvenil temos ainda a presença de terapeuta ocupacional e nutricionista. No CAPS Ad, aparece o profissional de Educação Física e ainda no CAPS Caminhar um profissional de nutrição.

Eixo 3 – Atendimento

Nesse eixo, dá-se prosseguimento à análise de variáveis que procuram mensurar os atendimentos realizados no serviço, conforme as portarias. Obviamente, os CAPS realizam muitas atividades que não são contempladas nessa categoria, pois a equipe pode, a partir de sua composição, organização e demandas dos usuários, ofertar uma variedade de ações, como acolhimento, reuniões de grupo de usuários, família, aconselhamento, atendimentos individuais diversos, dinâmicas grupais, atividades lúdicas etc. Contudo, esses indicadores são apenas para mensurar um quantitativo de usuários que utilizam os serviços diariamente, os planos de acompanhamento e a oferta de alimentação e medicação com a estadia do usuário no serviço. Outra atividade considerada nesse funcionamento foi a supervisão clínica externa, que aparece como imperiosa nos documentos legais, de modo a evitar a cronificação dos casos e discutir alternativas terapêuticas para os usuários em discussão com a equipe.

A respeito do número de usuários atendidos por dia e de acordo com o estabelecido para cada modalidade de CAPS

De acordo a Portaria/GM nº 336/2002, sobre o número de usuários atendidos diariamente, recomenda-se o seguinte:

- **CAPS I:** de 20 (vinte) usuários por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) usuários/dia, em regime de atendimento intensivo;

- **CAPS II:** de 30 (trinta) usuários por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) usuários/dia, em regime intensivo;

- **CAPS III:** de 40 (quarenta) usuários por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) usuários/dia, em regime intensivo;

- **CAPS Ad II:** de 25 (vinte e cinco) usuários por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) usuários/dia;

- **CAPS infantojuvenil II:** 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) usuários/dia (Brasil, 2002).

Os CAPS, de acordo com as respostas, atendem à quantidade de usuário/dia superior ao recomendado. A partir desse dado, podemos levantar duas questões que podem ser problematizadas em trabalhos futuros, a saber: 1) a demanda elevada em saúde mental, que pode acontecer por razões diversas como (falta de compreensão nos encaminhamentos da rede; incapacidade dos demais serviços em atender a demanda de saúde mental e o próprio contexto social, que pode favorecer o aumento dos problemas de saúde mental; 2) a capacidade do serviço em atender adequadamente essa demanda, tendo em vista as limitações da estrutura

física e da composição da equipe. Esses temas acabam se tornando objeto de investigação no âmbito da saúde mental e têm aparecido na produção bibliográfica do campo (Carvalho, 2015; Carvalho *et al.*, 2017a; Carvalho *et al.*, 2017b).

Sobre a oferta de refeição aos usuários, conforme comparecimento/atendimento:

As refeições nos CAPS são importantes, pois alguns dos usuários encontram-se em situações de vulnerabilidade social e de insegurança alimentar. A falta de alimentação ou passar do horário das refeições causa mal-estar e até agitação em determinados usuários. Assim, as refeições adequadas e no horário correto promovem saúde e contribuem com a permanência dos usuários nos serviços.

Ainda conforme a portaria Nº336/02, que dispõe sobre a organização dos CAPS como o modelo assistencial em saúde mental, usuários assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. No que tange a esse parâmetro, todos os CAPS atendem às recomendações.

A respeito da dispensação de medicamentos para tratamento farmacológico

A dispensação de medicamento no âmbito do CAPS é de suma importância no tratamento dos usuários, não apenas pelo simples ato da entrega do medicamento, mas pela sua função informativa e educativa, essencial na eficácia do tratamento. Para

Oenning, Oliveira e Blatt (2011), a função informativa e educativa na dispensação de medicamentos é essencial na assistência à saúde, pois favorece a redução dos riscos associados à farmacoterapia. Nessa direção, todos os serviços pesquisados possuem essa atividade de forma sistemática e constante.

Se o CAPS possui Cronograma/Agenda de atividades semanais afixados em local visível

O acesso à informação constitui importante aspecto para a promoção do cuidado integral à saúde, à medida em que exerce papel primordial no empoderamento do indivíduo, que deixa de ser receptor passivo, tornando-se um ser ativo e participativo, logo um “cidadão” (Almeida Júnior, 2009; Leite *et al.*, 2014). Nesse sentido, os autores reforçam que a informação pode fortalecer a relação de humanização entre os profissionais e os usuários.

No âmbito de acesso à informação através de Cronograma/Agenda de atividades semanais, todos os serviços apontaram a utilização desse recurso.

A respeito de receber supervisão Clínica ou Apoio Técnico externo para o desenvolvimento de suas atividades

A supervisão clínica assume um papel de grande importância enquanto estratégia de qualificação profissional à medida que discute questões clínicas, bem como a sua relevância na gestão institucional nos serviços da rede de saúde mental. A supervisão clínica é definida pela Portaria nº 1.174/2005 como o trabalho de um profissional da saúde que não faça parte do quadro de funcio-

nários, com experiência comprovada na área, que semanalmente dedique 3 ou 4 horas, acompanhando e assessorando os projetos realizados pela equipe na unidade de atendimento.

No que se refere a esse serviço, apenas o CAPS infanto-juvenil informou não contar com essa supervisão. A ausência de uma supervisão clínica ocasiona prejuízo na constituição do Projeto Terapêutico Singular do usuário de saúde mental, pois embora os técnicos do serviço sejam qualificados para o atendimento e acolhimento ao usuário de saúde mental, sempre foge do olhar profissional algo que poderia ser feito em determinada situação. Portanto, a supervisão clínica dará esse suporte quando surgirem diversos questionamentos da equipe em relação ao procedimento com o usuário do serviço.

Desenvolver ações para a saúde mental é algo complexo, que envolve várias questões, como a capacidade instalada do serviço, os recursos institucionais e comunitários disponíveis, o perfil do usuário, as particularidades dos problemas de saúde mental e as questões sociais que estão na base de muitos sofrimentos. Essas questões podem gerar incertezas sobre a condução mais adequada do tratamento, da elaboração dos projetos terapêuticos dos serviços e dos usuários. Ademais, pelas limitações estruturais, já mencionadas, impõem-se verdadeiros desafios e sofrimentos para a equipe. Nesse sentido, a supervisão clínica se ocuparia do debate dessas questões e a construção de um suporte para o serviço como um dispositivo de mudança na gestão do trabalho na saúde mental (Severo; Labate; Onocko Campos, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção psicossocial é ofertada por diversos serviços espalhados na rede de saúde que compõem os pontos de atenção à saúde mental da RAPS. Essa análise buscou apenas caracterizar os serviços que integram um componente da rede, a *Atenção Psicossocial Estratégica*, onde se localizam os CAPS. Apesar dessa limitação, os CAPS são os serviços pioneiros na reorganização da rede de saúde mental e ainda hoje são os principais serviços da RAPS, pois é nos CAPS que são produzidos os cuidados específicos voltados para a população que demanda cuidados em saúde mental, como os planos terapêuticos, o acolhimento, acompanhamento psicossocial, atenção à crise, entre outros. Desta feita, os CAPS acabam atuando também como ordenador da rede de atenção, pois eles podem receber usuários de forma espontânea, bem como referenciados de outros serviços que integram a RAPS, como as Equipes de Saúde da Família, o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outros.

Apesar das fragilidades identificadas, ainda assim existe atendimento humanizado, e os usuários que chegam ao CAPS são atendidos, embora seja uma equipe mínima que está inserida nesse serviço de saúde mental, mas que se esforça ao máximo para prestar um serviço de qualidade aos usuários que necessitam de cuidados.

Este estudo não cobriu todos os CAPS do município de João Pessoa, porém temos uma análise sobre as condições de funcionamento desses serviços. Este trabalho, por sua vez, contribui para uma dimensão mais global das práticas de saúde mental,

levando em consideração que o projeto ao qual este estudo está vinculado continua em desenvolvimento, e novos estudos serão realizados, cobrindo outros serviços.

Vale ressaltar que o processo de reforma ainda está em curso e que sofre refrações do contexto social e político adverso que atravessa o país. Chama-se a atenção para o recrudescimento da violência, principalmente da perpetrada pelo Estado contra a população mais pobre e vulnerabilizada, o avanço de ideário conservador em pautas que aparentemente tinham sido trabalhadas nas duas últimas décadas, como as questões de gênero, étnico-raciais, dos direitos da população LGBTQIAPN+, entre outras. Esse avanço compromete a saúde mental da população, que passa a demandar por cuidados em saúde e que não tem suas demandas plenamente atendidas, pois nesse mesmo contexto, temos a restrição dos direitos sociais e a redução do papel do Estado na oferta de políticas públicas.

Nesse cenário, o modelo asilar ganha força, e seus agentes passam a articular o desmonte da política de saúde mental, abrindo espaço novamente para o hospital psiquiátrico, o incentivo a terapias consideradas inadequadas pelo movimento reformista e o reforço ao estigma das pessoas com problemas de saúde mental.

Por essas razões, considera-se que o processo de reforma ainda está em curso e que, na atual conjuntura e no embate das forças sociais e políticas, pode sofrer recuos, mas também a criação de resistências e avanços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JÚNIOR, O. F. Mediação da informação e múltiplas linguagens. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em: <http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/ixenancib/paper/viewFile/3037/2163>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

AMARANTE, P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidados. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.2067–2074, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria Nº 189, de 19 de novembro de 1991**. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Diário Oficial da União, 1994a.

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 (SUS). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 28 jul. 2019.

CARVALHO, R.N. **A complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental**. 2015. 463p. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

CARVALHO, R.N. *et al.* **Dimensões da intersectorialidade e da Saúde Mental**: uma sistematização bibliográfica. Relatório de Pesquisa. Programa de Iniciação Científica. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017a.

CARVALHO, R.N. *et al.* **Análise dos modelos formais estruturantes das práticas de saúde mental**: uma revisão documental. Relatório de Pesquisa. Programa de Iniciação Científica. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017b.

CARVALHO, R.N. *et. al.* **Saúde Mental em Contrarreforma**: desmonte do cuidado e perda de direitos. In: XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2022, Brasília. Anais do XVII CBAS, 2022c.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S.; SILVA, L. M. C.; PALHA P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 18, n. 51, p. 661-672, Dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de junho de 2019.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p.281-98, 2006.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W. F. de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, Dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso: 10 de abril de 2019.

NUNES, K. G; GUARESCHI, N. M. de F. Da substituição à alternância: a legislação em saúde mental e a rede de serviços na cidade de Porto Alegre. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 137-153, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 de abril de 2019.

OENNING, D; OLIVEIRA, B. V; BLATT, C. Rl. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, n.7, pp.3277-3283. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800027. Acesso: 01 de março de 2019.

ROSA, J. BARTH, P. O. GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **PERSPECTIVA, Erechim**. v.35, n.129, p. 121-130, março/2011. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf. Acesso em: 22 de maio de 2019.

SEVERO, A.K.S. L'ABBATE, S. ONOCKO CAMPOS, R.T. SEVERO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, Sept. 2014. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300545&lng=en&nrm=iso Acesso em : 14 de abril de 2019.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, 2001.



OS IMPACTOS
DA PANDEMIA DE
COVID-19 NA SAÚDE
MENTAL DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES:
análise em um hospital
pediátrico

OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: análise em um hospital pediátrico

*Maria Jacielly Souza Figueiredo
Ana Lúcia Batista Aurino*

Resumo

O presente estudo teve por objetivo analisar os impactos da pandemia de Covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes atendidas em hospital infantojuvenil público do município de João Pessoa-PB. A metodologia utilizada compreendeu uma pesquisa qualiquantitativa. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura do tipo narrativa e, a partir dos achados, procedeu-se com a pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas com os acompanhantes das crianças e dos adolescentes, durante os meses de março e abril de 2023. Na instituição foi possível realizar a pesquisa com 14 acompanhantes. Os dados coletados foram quantificados e analisados para substanciar os resultados da pesquisa. Os principais resultados apontam que a pandemia afetou a saúde mental das crianças e dos adolescentes, sendo o motivo desencadeador do sofrimento o isolamento social. Além disso, foi possível identificar que a saúde mental de crianças e adolescentes requer uma maior atenção, sobretudo no período pós-pandemia, quando se evidencia o aumento de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental; em consequência disso, tem-se a busca por serviços de atenção psicossocial.

Palavras-Chave: saúde mental, crianças, adolescentes, pandemia.

INTRODUÇÃO

As ações voltadas para saúde mental de crianças e adolescentes surgem tardiamente no Brasil. Até o séc. XXI, as práticas na atenção infantojuvenil eram inexistentes e somente em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216/01, foram criadas condições específicas para esses indivíduos (Brasil, 2001).

No que se refere à saúde mental das crianças e adolescentes na pandemia, é importante destacar que em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a Covid-19 como pandemia, e a partir de então vários países passaram a adotar medidas de contenção para evitar a propagação do vírus. Dessa forma, a saúde mental das crianças e dos adolescentes foi afetada, pois eles passaram por mudanças repentinas no cotidiano de suas vidas, que os levaram a experienciar emoções como medo, angústia, incertezas e solidão (Almeida *et al.*, 2021; Binotto, Goulart, Pureza, 2021).

A partir do isolamento social, medida primordial utilizada durante esse período, as crianças e os adolescentes foram privados de visitas de familiares e amigos, restritos de passeios e brincadeiras, e suas aulas presenciais foram interrompidas. Então esses elementos que permitem interações sociais foram retirados de seu cotidiano por um tempo prolongado, e todas essas situações podem afetar a saúde mental (Almeida *et al.*, 2021).

Além disso, durante esse momento, muitos desses sujeitos presenciaram conflitos familiares em suas casas, sentiram insegurança alimentar, sentiram medo de serem infectados ou passaram pelo luto de perder familiares e amigos, produzindo ou intensificando o sofrimento mental (Alencar, 2022; Marques *et al.*, 2020).

Por outro lado, esse período também foi difícil para aqueles que já realizavam acompanhamentos na rede de saúde mental, pois a partir do isolamento social e das demais medidas de restrição, muitos usuários ficaram desassistidos, já que os serviços de saúde estavam voltados principalmente aos cuidados das pessoas infectadas pela Covid-19. Portanto, a rede de saúde mental que possuía algumas fragilidades se intensificou durante a pandemia, contribuindo para a dificuldade na produção de cuidado a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é analisar os impactos da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes no Hospital Municipal do Valentina (HMV), e de forma mais específica buscou-se: identificar o perfil socioeconômico das crianças e dos adolescentes atendidos nessa unidade; analisar os principais motivos que levaram as crianças e os adolescentes a buscar o cuidado em saúde mental após a pandemia; identificar os principais diagnósticos psiquiátricos nas crianças e nos adolescentes; caracterizar as condições de acesso das crianças e dos adolescentes aos serviços da RAPS durante a pandemia e atualmente.

REVISÃO DA LITERATURA

As ações voltadas para saúde mental de crianças e adolescentes eram inexistentes até o séc. XXI. As primeiras práticas na saúde mental destinadas às crianças e aos adolescentes aconteciam conjuntamente com as determinadas aos adultos. Desse modo, as crianças e os adolescentes gravemente debilitados pelo sofrimento psíquico eram internados em enfermarias compartilhadas com adultos nos hospitais psiquiátricos do país (Ribeiro, 2006).

Couto e Delgado (2015) também destacam que a falta de atenção pública para crianças e adolescentes com transtornos mentais e de uma diretriz política para estabelecer o cuidado nessa área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de caráter privado ou filantrópico, sendo as únicas opções de acompanhamento às crianças e aos adolescentes por muitos anos. Essa institucionalização era realizada fora do sistema tradicional psiquiátrico, ocorrendo em educandários, reformatórios e outras instituições equivalentes.

Em 1942, foi inaugurado por Getúlio Vargas, no Engenho de Dentro (RJ), o Hospital Neuropsiquiátrico Infantil, considerado um marco na história da psiquiatria infantil. No entanto, apesar de sua importância na história interna da psiquiatria infantil brasileira, pouco tem a ver com o desenvolvimento de uma agenda pública infantil, marcando uma clara e fundamental diferença em relação às instituições psiquiátricas adultas, cuja relevância como parte integrante da estrutura das políticas públicas até a reforma psiquiátrica era inquestionável (Couto; Delgado, 2015).

Em seguida, no ano de 1978, inicia-se efetivamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sendo uma grande conquista no campo da saúde mental, porém para crianças e adolescentes, a RPB não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico, que não se aplica estritamente a elas (Couto; Delgado, 2015).

Consequentemente, em 1988, com a Constituição Federal, ocorreram grandes avanços sociais. Com isso, as crianças e os adolescentes passaram a receber uma atenção constitucional, sendo vistos como sujeitos de direitos.

E em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.069/90 (Brasil, 1990), que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente,

te, foram enfatizadas características de cidadania das crianças e dos adolescentes, assim como a busca de garantir os seus direitos e sustentar a proteção integral desses indivíduos, conforme estabelecido no Art. 4 do ECA:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990a).

Outro grande marco voltado para crianças e adolescentes, sobretudo na saúde mental, foi no ano de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001), sendo construídas condições exclusivas para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes.

Além disso, nesse mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, e o tema da Saúde Mental infantojuvenil foi eleito como uma das prioridades da reforma psiquiátrica, afirmando que a elaboração e a implementação de ações na área da saúde mental infantojuvenil devem ser incluídas obrigatoriamente nas políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo de RPB e os princípios do ECA (Brasil, 2002).

De acordo com os princípios dispostos na Lei nº 10.216/01, os serviços de saúde mental voltados para crianças e adolescentes, sob a visão que atualmente domina a política de saúde mental, devem assumir funções sociais que vão além do mero tratamento

clínico, devendo ser incluídas ações como acolher, escutar, cuidar, enfrentar estigmas e melhorar a qualidade de vida das pessoas, dando-lhes o direito de participar plenamente e integrar-se em suas comunidades como um todo, a partir de uma rede de atenção que leva em conta a singularidade de as suas condições (Brasil, 2014).

Outro avanço do processo de reforma foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria N° 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), instituindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa portaria define os CAPS infantojuvenil, conhecidos também como CAPS i. Esse serviço foi criado e destinado especificamente às crianças e aos adolescentes, constituindo uma importante ação da política de saúde mental frente às questões da saúde mental para crianças e adolescentes. Essa medida representou a primeira resposta oficial do SUS às necessidades de atendimento de casos mais graves e complexos, envolvendo crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, e até aquele momento, não havia a possibilidade de atendimento na atenção psicossocial (Couto; Delgado, 2015).

Portanto, esses foram alguns dos principais acontecimentos no campo da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. A sua criação e seu desenvolvimento foram ganhando uma maior visibilidade e conquistas ao longo dos anos, mas ainda há muitas fragilidades.

METODOLOGIA

A pesquisa é de abordagem quali quantitativa. Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa, acerca

do tema, buscando uma maior compreensão sobre a saúde mental e a aproximação com a temática a ser abordada. Depois disso, foi realizada a pesquisa de campo exploratória, por meio de entrevistas semiestruturadas, analisando os impactos da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes no HMV. Os sujeitos da pesquisa foram os acompanhantes das crianças e dos adolescentes, e o período foi de março a abril de 2023. Na instituição foi possível realizar a entrevista com 14 acompanhantes das crianças e dos adolescentes que deram entrada no hospital. Em seguida, os dados coletados foram quantificados e analisados por meio da estatística descritiva, e as questões qualitativas, analisadas a partir enfoque teórico adotado, uma perspectiva crítica da saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01- Perfil socioeconômico das crianças e dos adolescentes, de acordo com os entrevistados no HMV/João Pessoa-PB

Idade	N° absoluto	%
11	1	7
12	2	14
13	2	14
14	2	14
15	4	29
17	3	22
Sexo	N° absoluto	%
Feminino	9	64
Masculino	5	36

Cor/Raça	Nº absoluto	%
Parda	8	58
Branca	3	21
Preta	3	21
Renda familiar	Nº absoluto	%
Abaixo de 1 SM	4	29
1 salário mínimo	4	29
2 salários mínimos	4	29
3 salários mínimos	2	13

Fonte: Elaboração própria (2023)

A faixa etária das crianças e dos adolescentes está entre 11 e 17 anos. O número de entradas de crianças de 11 anos corresponde a 7% (1); os adolescentes entre 12 e 14 anos de idade tiveram a média de 42% (6); os adolescentes de 15 anos foram 29% (4); e os adolescentes de 17 anos caracterizam-se em 22% (3). A pesquisa mostra que entre as crianças e os adolescentes internados no período, 64% são do sexo feminino, enquanto os outros 36% são do sexo masculino. Nesse sentido, os dados da pesquisa confirmam que há um maior número de entradas de crianças e adolescentes do sexo feminino.

As crianças e os adolescentes autodeclarados pardos correspondem a 58% (8), os brancas são 21% (3), seguidos dos pretos, que correspondem também a 21% (3). Dessa forma, os dados da pesquisa afirmam que há um maior número de entradas de usuários autodeclarados pardos, comparando aos brancos e pretos. Assim, ao considerar pretos e pardos, verifica-se que a maioria,

correspondente a 79%, é composta por negros, conforme os parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A renda familiar dos usuários está entre abaixo de um salário mínimo e 3 salários mínimos. O percentual de usuários que possuem a renda abaixo de um salário é de 28%. Os usuários que possuem a renda de 1 salário mínimo é de 28%, seguidos das famílias que possuem 2 salários, correspondendo também a 28%. E os indivíduos que possuem a renda familiar de 3 salários mínimos são 16%.

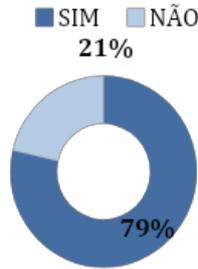
Segundo o estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes (ERICA), de abrangência nacional, os denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre a faixa etária de 12 a 17 anos são sempre maiores em meninas (38,4%) do que entre os meninos (21,6%) (Lopes et al., 2016).

Em relação à cor ou raça da população, dados do Censo de 2022 apontam que entre as pessoas de 0 a 14 anos, 49,3% são pardas, 42,2% brancas e 7,3% pretas. Dessa forma, é possível identificar que existe uma maior proporção de crianças e adolescentes pardos (IBGE, 2022).

Conforme uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD, 2010), existe uma relação entre pobreza na infância e transtornos mentais. Para analisar as carências das famílias, os cientistas aplicaram questionários socioeconômicos, e cerca de 11,4% da amostra declaram níveis de pobreza.

Gráfico 01- Acometimento da saúde mental das crianças e dos adolescentes pela pandemia, de acordo com os entrevistados no HMV/João Pessoa-PB

A PANDEMIA AFETOU A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA/ADOLESCENTE?



Fonte: Elaboração própria (2023)

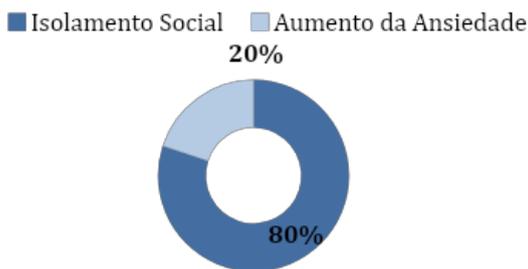
Entre os entrevistados, 79% afirmam que a pandemia afetou a saúde mental das crianças e dos adolescentes, trazendo consequências ao atual estado de saúde deles. Já 21% acreditam que a pandemia não afetou a saúde mental desses indivíduos, pois eles já tinham algum diagnóstico de transtorno mental desde muito antes desse período, então não ocorreram mudanças no estado de saúde ou são pessoas que estão em sofrimento decorrente de outros motivos. Contudo, é interessante notar que os participantes não relacionaram o momento da pandemia com a intensificação das questões de saúde mental preexistentes.

Um estudo realizado pela Kaiser Family Foundation, nos Estados Unidos, no final do mês de março de 2020, mostrou que 46% de adultos, sendo pais de crianças e adolescentes menores de 18 anos, acreditam que a pandemia tem um impacto negativo sobre a sua saúde mental (Polanczyk, 2020). E esses dados ainda

podem ser elevados, uma vez que o tempo de isolamento aumentou naquele período.

Gráfico 02 – Impactos da pandemia na saúde mental das crianças e dos adolescentes, de acordo com os entrevistados no HMV/ João Pessoa-PB

DE QUE FORMA A PANDEMIA AFETOU A SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA/ ADOLESCENTE?



Fonte: Elaboração própria (2023)

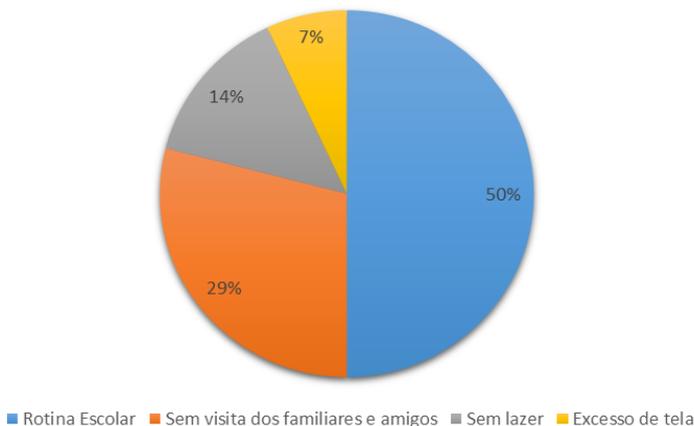
Dentre os principais motivos que afetaram a saúde mental das crianças e dos adolescentes na pandemia está o isolamento social, com 80%, pois essa foi a medida de restrição primordial para evitar a propagação do vírus entre as pessoas, então todos deveriam ficar em casa. E 20% acreditam que ocorreu um aumento da ansiedade em consequência da pandemia.

De acordo com Laccelva (2021), durante a pandemia, houve um aumento nos índices de ansiedade na população, incluindo as crianças e os adolescentes, principalmente devido ao isolamento social, além de conflitos familiares, exaustão das aulas online e

o luto, que geraram preocupações excessivas, obsessão em ideias negativas e dificuldade de memória e concentração.

Portanto, o isolamento social, como regra de contenção da Covid-19, pode contribuir para o sofrimento de crianças e adolescentes, pois estão associados à falta de interação social.

Gráfico 03 - Mudanças na rotina dos usuários durante a pandemia, de acordo com os entrevistados no HMV/João Pessoa-PB



Fonte: Elaboração própria (2023)

Entre as principais mudanças que ocorreram na rotina das crianças e dos adolescentes durante a pandemia, 50% afirmam que a predominante mudança foi na rotina escolar, 29% declaram que ficaram sem visita dos familiares e amigos, 14% sem lazer e 7% informam que ocorreu um excesso de tela.

A predominância da mudança na rotina escolar ocorreu devido às aulas a distância, pois com as escolas fechadas muitas, crianças e muitos adolescentes foram prejudicados. Nem todos tiveram como acompanhar as aulas em casa, por falta de equipa-

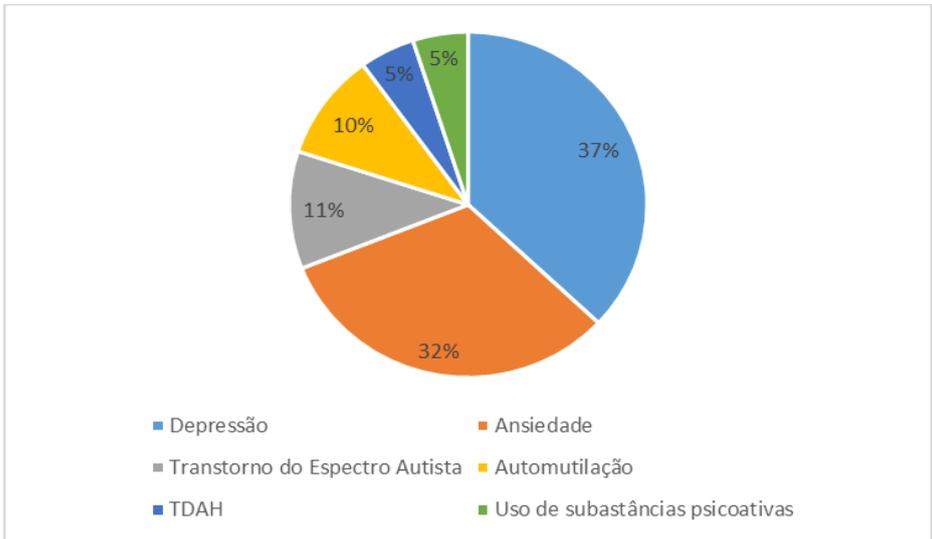
mentos tecnológicos, internet e apoio dos pais para realizações de atividades.

De acordo com o estudo “Cenário da Exclusão Escolar no Brasil – um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID na Educação”, realizado pela UNICEF em parceria com o Cenpec Educação, quase 1,5 milhão de crianças e adolescentes de 6 a 17 anos não frequentavam a escola tanto remotamente como presencialmente durante a pandemia, e 3,7 milhões que estavam matriculados não tiveram acesso a atividades escolares (UNICEF, 2021).

Além disso, muitas crianças e muitos adolescentes nesse momento se depararam com situações que geram sofrimento, sobretudo ficar sem visitas dos familiares e amigos, não poder abraçá-los e estar juntos, como também não poder sair para passear e se divertir, gerando muito estresse.

Durante esse período, muitos desses indivíduos também passaram por um excesso de tela, então o que já era um problema com a pandemia de Covid-19 foi intensificado. Com as aulas online, as crianças e os adolescentes foram aumentando o tempo de exposição aos aparelhos eletrônicos, e esses aparelhos também passaram a ser meio de interação com os amigos e familiares, já que estavam privados do convívio social (Varella, 2021).

Gráfico 04 - Tipos de problemas de saúde mental dos usuários do HMV, de acordo com os entrevistados no HMV/João Pessoa-PB



Fonte: Elaboração própria (2023)

Os principais diagnósticos e/ou sintomas identificados na entrevista com os usuários foram a depressão com 37%, seguida da ansiedade, com 32%, o Transtorno do Espectro Autista (TEA), com 11%, a Automutilação, com 10%, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), com 5% e o uso de substâncias psicoativas, com 5%.

Segundo uma pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com cerca de 6 mil crianças e adolescentes, com idades entre 5 e 17 anos, 36% apresentaram sintomas de depressão e ansiedade na pandemia.

Como durante o período de pandemia e isolamento social houve fatores que contribuíram para o sofrimento das crianças e

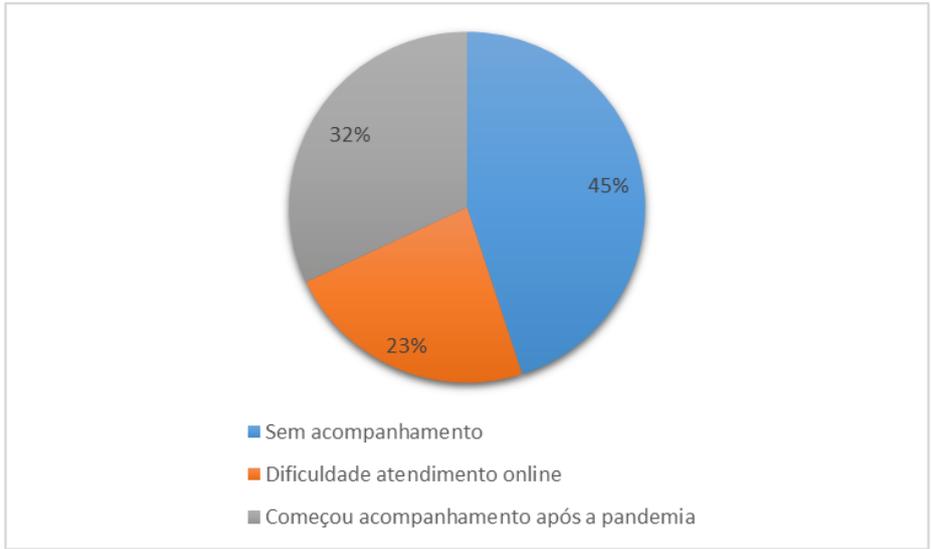
dos adolescentes, esse sofrimento foi se intensificando até que eles precisassem de uma maior atenção e cuidado na saúde mental e, ao procurar apoio nos serviços de saúde mental, foram diagnosticados sobretudo com os transtornos de ansiedade e depressão.

Além dos transtornos depressivos e de ansiedade, outros transtornos comuns entre as crianças e os adolescentes e que vêm crescendo no número de diagnósticos são o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). É importante destacar que esse número de diagnóstico aumenta porque as características e os critérios no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) vêm sendo reformulados, o que sugere a ampliação desses diagnósticos, que muitos especialistas têm criticado como inflação de diagnósticos psiquiátricos (Zorzanelli; Bezera Júnior; Costa, 2014).

Em relação à automutilação, segundo a Associação Americana de Suicidologia, um em cada cinco jovens relata que já se automutilou para aliviar o sofrimento mental. E geralmente esses indivíduos não se automutilam com a intenção do suicídio, mas para aliviar a dor e o sofrimento intenso (Barbirato, 2022).

No que concerne ao uso de substâncias, seja por uso de álcool, cannabis, nicotina ou outras substâncias, os adolescentes são suscetíveis aos seus efeitos e têm maior probabilidade de sofrer consequências de longo prazo. E com pandemia da Covid-19, a proporção de adolescentes que iniciaram o uso de substâncias diminuiu, mas ao mesmo tempo, a taxa de uso entre aqueles que já usavam substâncias aumentou, pois ampliaram seu uso como um mecanismo de enfrentamento do estresse (Levy, 2022).

Gráfico 05 - Dificuldades para acessar os serviços da RAPS durante a pandemia, de acordo com os entrevistados no HMV/João Pessoa-PB



Fonte: Elaboração própria (2023)

Durante a pandemia, os usuários tiveram algumas dificuldades para acessar os serviços e realizar os acompanhamentos. Dos entrevistados, 45% informam que ficaram sem fazer acompanhamento durante esse período e 23% afirmam que tiveram dificuldade em realizar o acompanhamento online.

Com a pandemia da Covid-19, os serviços foram interrompidos, deixando enormes lacunas no atendimento daqueles que mais precisam. Muitos países também registraram grandes interrupções nos serviços de saúde mental que salvam vidas, inclusive na prevenção do suicídio (OPAS, 2022).

No início da pandemia, um estudo observou que a realização de tele monitoramento ocorreu tanto para pacientes acome-

tidos pela Covid-19, para tratar de questões emocionais, quanto da população que era atendida por serviços de saúde mental. Isso ocorreu devido a essas populações terem apresentado maior risco de sofrimento psíquico pelo estresse emocional a que estavam expostos (Moreira *et al.*, 2021).

Segundo Müller, Berwaldt e Saraiva (2021), apesar da preocupação de que a comunicação com esses usuários não tivesse a mesma qualidade do atendimento presencial, pois não ocorre apenas verbalmente, mas também por meio de expressão física e comportamental, surpreendemo-nos com sua capacidade de compartilhar os conflitos e a fluência com que desenvolvem estratégias de enfrentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observou-se que a pandemia afetou a saúde mental de crianças e adolescentes de forma negativa, pois muitos desses indivíduos foram prejudicadas no período pandêmico e, mesmo após o fim da pandemia, ainda percebem-se os impactos na saúde mental das pessoas. De acordo com os resultados da pesquisa, o principal motivo que afetou a saúde mental das crianças e dos adolescentes durante a pandemia foi o isolamento social, já que foi uma das principais medidas adotadas para evitar a propagação do vírus da Covid-19.

O estudo também possibilitou identificar as mudanças na rotina desses indivíduos durante a pandemia, que contribuíram para os problemas de saúde mental, quais sejam: as mudanças na rotina escolar, a restrição de visita dos familiares e amigos e a falta de lazer, elementos fundamentais durante a infância e a adoles-

cência, principalmente por permitir interações sociais. E entre os transtornos mentais identificados nas crianças e nos adolescentes, há uma prevalência da depressão e da ansiedade.

Além disso, na pesquisa caracterizaram-se as condições de acesso das crianças e dos adolescentes aos serviços da RAPS. Como durante o período da pandemia, os atendimentos presenciais foram suspensos, muitos ficaram sem atendimentos e outros permaneceram em atendimentos online, mas não avaliaram o mesmo positivamente.

E em relação ao perfil socioeconômico das crianças e dos adolescentes usuárias do HMV, há uma prevalência de adolescentes do sexo feminino, autodeclaradas pardas e com renda familiar média de abaixo de um salário mínimo e dois salários.

Portanto, essa pesquisa procurou fazer uma discussão acerca da saúde mental de crianças e adolescentes e apresentou resultados significativos em relação aos objetivos propostos, sendo possível analisar os impactos da pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, é perceptível o quanto a saúde mental desse público requer uma maior atenção, sobretudo no período pós-pandemia, em que aumentou o número de diagnósticos de crianças e adolescentes, bem como a sua busca por serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Isabelle Lina de Laia *et al.* Isolamento social e seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, 2022. Disponível em: Revista Paulista de Pediatria.

ALENCAR, J., STUKER, P., TOKARSKI, C., ALVES, I., ANDRADE, K. Políticas públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da COVID-19: Ações presentes, ausentes e recomendadas (**Nota Técnica No. 78**). Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020.

BRASIL. **LEI Nº 8.069**, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. **Portaria nº336** de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em:15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília: MS; 2014.

BARBIRATO, Fabio. **Por que os jovens estão se automutilando?** Veja Rio, 29 abr. 2022. Disponível em: <<https://vejario.abril.com.br/coluna/fabio-barbirato/por-que-os-jovens-estao-se-automutilando/>>. Acesso em: 14 maio 2023.

BINOTTO, B. T., GOULART, C. M. T., PUREZA, J. da R. Pandemia da COVID-19: indicadores do impacto na saúde mental de adolescentes. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, 7(1), 195-213, 2021. DOI: 10.22289/2446-922X.V7N2A13.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, p. 17-40, 2015.

IBGE educa. **Perfil das Crianças do Brasil**. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2697-ie-ibge-educa/jovens/materias-especiais/20786-perfil-das-criancas-brasileiras.html>>. Acesso em: 19 maio 2023.

LEVY Sharon. **Uso de substâncias por adolescentes**. Jul 2022. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/problemas-em-adolescentes/uso-de-subst%C3%A2ncias-por-adolescentes#:~:text=O%20uso%20de%20subst%C3%A2ncias%20tamb%C3%A9m,como%20transtornos%20de%20sa%C3%BAde%20mental>>. Acesso em: 12 maio 2023.

LOPES, Claudia S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

MARQUES, E. S., de MORAES, C. L., HASSELMANN, M. H., DESLANDES, S. F., & REICHENHEIM, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, 36(4), e000744201.

MOREIRA, Wanderson Carneiro *et al.* Intervenções de saúde mental implementadas na pandemia de COVID-19: quais são as evidências? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MÜLLER, Ana Cláudia; BERWALDT, Daiane Schellin; SARAIVA, Vanessa Kraskin. Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 51-62, 2021.

OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. OPAS, 17 jun. 2022. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>>. Acesso em: 16 maio 2023.

Pesquisa mostra ligação entre pobreza na infância e desenvolvimento de transtornos mentais na fase adulta. **Instituto nacional de Ciência e Tecnologia**, 20 dez. 2021. Disponível em: <<http://inpd.org.br/?noticias=pesquisa-mostra-ligacao-entre-pobreza-na-infancia-e-desenvolvimento-de-transtornos-mentais-na-fase-adulta>>. Acesso em: 28 maio 2023.

POLANCZYN Guilherme. O custo da pandemia sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. **Jornal da USP**, 11 maio 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/o-custo-da-pandemia-sobre-a-saude-mental-de-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em: 12 maio 2023.

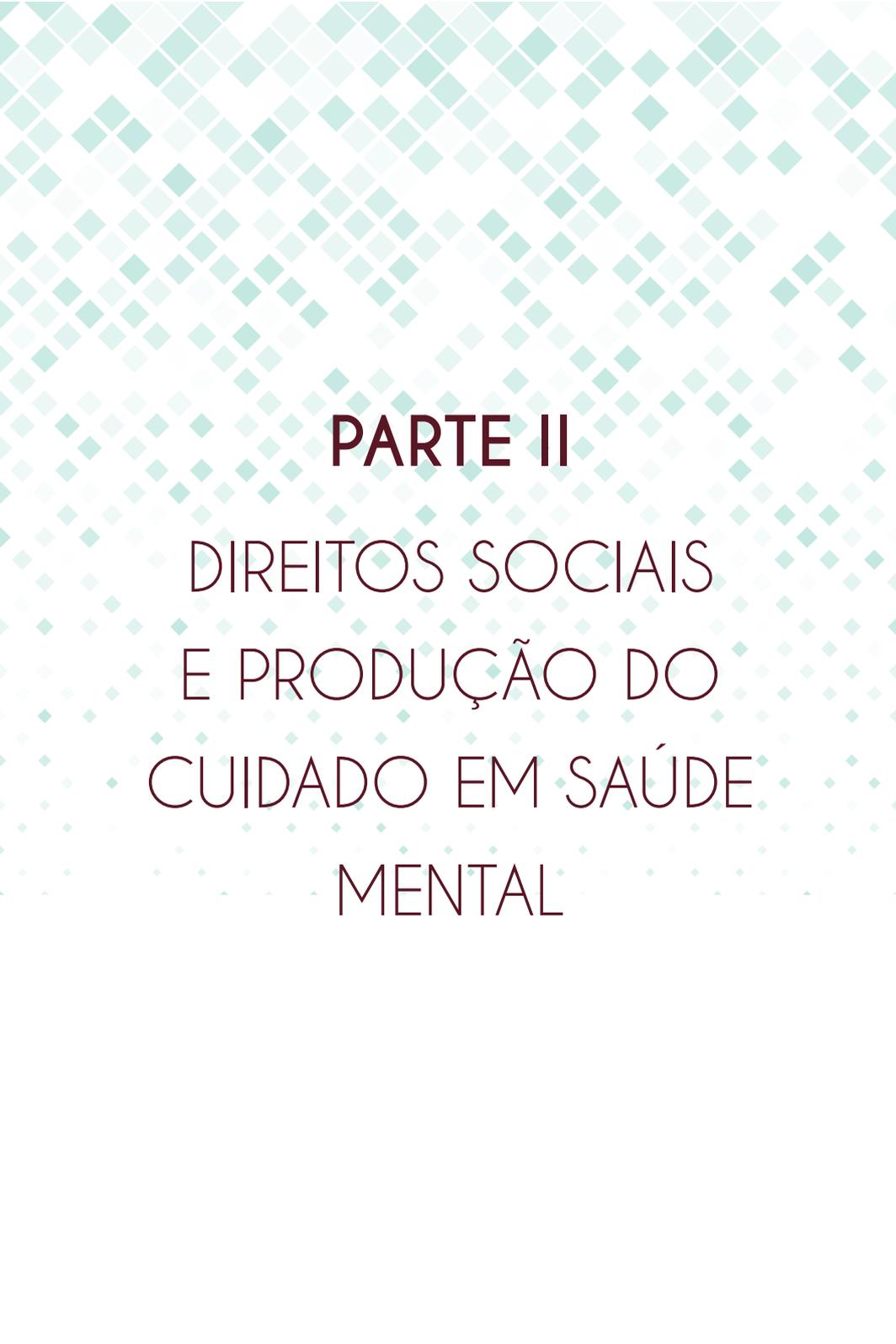
POLANCZYK, Guilherme. Pandemia é responsável por cerca de 36% dos casos de depressão em crianças e adolescentes. **Jornal da USP**, 13 out. 2021. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/pandemia-e-responsavel-por-cerca-de-36-dos-casos-de-depressao-em-criancas-e-adolescentes/>>. Acesso em: 28 maio 2023.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em estudo**, v. 11, p. 29-38, 2006.

UNICEF. Impacto da COVID-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a ‘ponta do iceberg’. UNICEF, 04 out. 2021. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens>>. Acesso em: 12 maio 2023.

VARELLA, Mariana. **Crianças, Adolescentes e o excesso de tela**. DRAUZIO, 19 out. 2021. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/coluna-2/criancas-adolescentes-e-o-excesso-de-telas-coluna/>>. Acesso em: 12 maio 2023.

ZORZANELLI, R.; BEZERA JÚNIOR, B.; COSTA, J. F. (Org.). **A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.



PARTE II

DIREITOS SOCIAIS E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

CENTRO DE
ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

CAPS • CAMINHAR

OFICINA SOCIOEDUCATIVA
SOBRE O BPC



BENEFÍCIO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA

PALESTRANTE:
KATIUSCA MEDEIROS

ACESSO DA
PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL
AO BENEFÍCIO
DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA (BPC)

ACESSO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

*Katiusca Torres Medeiros
Juliana Nunes Pereira*

Resumo

Este artigo tem por objetivo analisar o acesso das pessoas com diagnóstico de transtorno mental ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Trata-se de Benefício assistencial com operacionalização concessiva através do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, considerado o maior Programa de Transferência de Renda no Brasil em termos monetários, por garantir um salário mínimo mensal para as pessoas com deficiência (PCD) e idosos, desvinculado da necessidade de contribuição direta. As pessoas com diagnóstico de transtorno mental compõem a maior parcela de concessão de BPC, de acordo com dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). O cerne da busca pelo acesso ao BPC está ancorado nas expressões da “questão social”, vivenciadas pela classe trabalhadora alijada do mercado de trabalho, que tem seus direitos sociais negados, o que impele esse conjunto de trabalhadores/as a submeter-se ao cumprimento de condicionalidades de acesso a benefícios e serviços assistenciais. Destacamos que priorizamos enquanto recurso metodológico a pesquisa bibliográfica e documental, partindo da abordagem crítico-dialética, utilizando das categorias marxianas para fins de análise, nesse mesmo campo, com vistas a capturar o objeto em seu movimento real, partindo da aparência a sua essência, para compreender suas contradições e mediações, em uma perspectiva de historicidade e totalidade.

Palavras-Chave: BPC, Transtorno Mental, Proteção Social, Acesso.

INTRODUÇÃO

Este artigo perscruta o acesso ao Benefício de Prestação Continuada - BPC por pessoas com diagnóstico de transtornos mentais. Trata-se de benefício assistencial com operacionalização concessiva através do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, desde a criação do benefício, em 1996.

A Constituição Federal (1988) estabelece que o BPC deve abranger pessoas com deficiências (PCD)¹ ou pessoas idosas (65 anos), que não tenham capacidade de se manter ou de serem mantidas pela família. Por sua vez, a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS estabeleceu critérios de elegibilidade (acesso) com renda familiar a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo² per capita e definiu o conceito de família para acesso ao benefício.

Para compreender as formas e critérios de acesso ao BPC, deve-se analisá-lo como integrante da Política de Assistência Social, inserida na proteção básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo este caracterizado como um direito constitucional:

1 Conceito em consonância com Portaria nº 2.344 de 03 de novembro de 2010, da Secretaria de Direitos Humanos

2 O Congresso Nacional promulgou em 20 de março de 2020 a lei que aumenta de $\frac{1}{4}$ para meio salário mínimo o limite da renda familiar mensal per capita para idosos e pessoas com deficiência terem acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Porém essa alteração foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal – STF, mediante exame de medida liminar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 662, ajuizada pela Advocacia Geral da União - AGU, por alegação de ausência de fonte de custeio.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: (...) V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (Brasil, 1993).

Cumprir destacar que ao longo do processo histórico, as PCD tiveram suas necessidades negligenciadas, havendo nas políticas sociais a finalidade de “inclusão social”. Lancilloti (2003) afirma que os defensores dessa proposta não questionam os fundamentos da reprodução da exclusão, ou seja, a estrutura da engrenagem capitalista.

As políticas sociais se configuram como uma gestão do Estado sobre a força de trabalho, articulando em si demandas da *classe-que-vive-do-trabalho* e a valorização do capital. Essa simbiose tem impactos potentes, tanto no controle da força de trabalho, quanto no reconhecimento de algumas necessidades dos/as trabalhadores/as, diante das demandas urgentes do modo de produção capitalista.

Esse paradigma de sociedade reconhece apenas como cidadão/ã aquele/a que se encontra vinculado/a ao mercado formal de trabalho. No caso do Brasil, os direitos trabalhistas e previdenciários estão condicionados ao emprego formal, gerando uma *cidadania regulada*, que se concretiza na segmentação do mercado de trabalho assalariado entre empregados formais e informais, deixando às margens desses espaços um conjunto de trabalhadores/as que não se “enquadram” no mundo do trabalho.

A relação entre PCD e trabalho perpassa um histórico de segregação, abandono, integração e institucionalização - em espaços e tempo não lineares. Nas sociedades arcaicas eram aban-

donados/as à própria sorte, uma vez que não conseguiam manter a própria sobrevivência e eram impedidos de contribuir com o trabalho coletivo (Rosa, 2009).

A transição do feudalismo para o modo de produção capitalista marca um novo modelo de assistência às PCD, a institucionalização. Essa se dá em ambientes fechados, com regramentos rígidos e trabalho explorado, com medidas corretivas disciplinadoras (Rosa, 2009). A segregação foi fundamental para o desenvolvimento desse modo de produção. Porém, esse paradigma sofreu profundas críticas, o que ocasionou transições relevantes para outros modelos, como o surgimento da integração e, atualmente, o da inclusão social.

Em que pesem as transformações históricas acerca do direito ao trabalho³ - como resultante da luta do segmento, sob a justificativa de comprovada capacidade das PCD contribuírem para o sistema produtivo -, estudos recentes mostram que o quantitativo de empregos para PCD é muito menor quando relacionado à população empregada em geral, representando cerca de 0,7%, entre 2010 e 2014 (Brasil, 2018).

O diagnóstico de transtorno mental tem se apresentado como a terceira maior causa de afastamento do trabalho no ano de 2021, de acordo com dados do Observatório de Segurança do Trabalho e do Tribunal Regional do Trabalho TRT-13. Um dos reflexos da ausência ou negação de acesso ao trabalho é a reper-

3 Destacamos aqui a Constituição Federal de 1988, ao proibir discriminação em relação a salário ou aos critérios de admissão quando se tratar de pessoas com deficiência – PCD, e no serviço público, a garantia de vagas destinadas a PCD, com vistas a corrigir assimetrias históricas.

cussão em solicitações de benefícios de transferência de renda, a exemplo do BPC, cujo público representa a maior parcela de concessões: de acordo com dados do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), cerca de 31% das concessões, em detrimento de 13% por deficiência intelectual (Brasil, 2016).

Os postos de trabalho, em via de regramento, prezam por admissões de PCD que demandem menor investimento em acessibilidade. A tipificação das deficiências também tem influenciado nas remunerações. As deficiências físicas, auditivas e visuais são as que melhor remuneram, ao passo que a deficiência intelectual, que tem o mais baixo nível de instrução, tem a menor remuneração, conforme Mattos (2016), dados que se mantêm de acordo com a RAIS (2022).

POLÍTICAS SOCIAIS, SEGURIDADE SOCIAL E BPC: NOTAS INTRODUTÓRIAS

O lastro das políticas sociais que integram a Seguridade Social no Brasil foi restritivo, deixando a maior parte da população à margem de qualquer sistema de proteção social por décadas. Considerando a particularidade brasileira, enquanto país capitalista dependente, inserido no sistema capitalista apenas na era dos monopólios, essas políticas têm sua gênese em 1923, a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo esse um sistema que gerava garantias mínimas de saúde e outras providências para os trabalhadores de algumas categorias profissionais, em geral aquelas vinculadas ao desenvolvimento nacional (capital lucrativo) e consideradas mais importantes para o país. Esse tipo de cobertura protetiva foi exclusiva dos trabalhadores

formais em termos legais até 1988, quando a Constituição universalizou a saúde, condicionou o acesso à previdência e ampliou, ainda que de forma seletiva, o acesso à assistência social.

A Política da Saúde no Brasil, ao longo de seu processo de constituição, estruturou-se, dividida em saúde pública e medicina previdenciária, sendo que a primeira conservou-se centrada na criação das mínimas condições sanitárias para a população urbana, e de forma limitada para a população rural, com ênfase nas campanhas sanitárias (Bravo, 2000).

A medicina previdenciária esteve mais evidenciada de 1930 a 1945, e surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), que se intencionava expandir para um número maior de categorias de assalariados, porém com orientação contencionista. A saúde pública manteve-se com forte presença de aspectos ligados à privatização dos serviços, bem como à medicalização da vida social imposta tanto na saúde pública como na Previdência social (Bravo, 2000).

O movimento de crescimento da medicina previdenciária e das dificuldades de potencializar a saúde coletiva estendeu-se até a década de 1970, sendo priorizados, então, os interesses do mercado da saúde, em que foi ampliado o surgimento de clínicas e hospitais particulares.

Cabe destacar que no percurso de ascensão das políticas que integram a seguridade social, houve diversos movimentos de luta em defesa, em especial da saúde pública, movimentos que se fizeram presentes até a formação da Constituinte, tendo como

base os modelos europeus de seguridade Beveridgiano⁴ e Bismarckiano⁵, e segundo Lopes (2012), também pelo conceito de convenção nº 102 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a qual dava norte às ações dos sindicalistas e do movimento sanitário. A Constituinte, assim, conservou a estrutura de proteção social existente, a qual tinha em si o seguro social e os benefícios de natureza mista.

Dentro da trajetória de luta pelo direito à saúde, tem-se, concomitantemente ao processo de reforma sanitária, outro movimento no âmbito da saúde com forte relação com o objeto, o movimento de luta antimanicomial, iniciado no final dos anos 1970, o qual pleiteava a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva da luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental.

O Movimento Antimanicomial alcançou importantes avanços, entre eles a conquista da base legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei 10216/2011, conhecida como Lei do deputado Paulo Delgado. Após 12 anos de tramitação no Congresso, a legislação propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com

4 De acordo com o sistema Beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade (BOSCHETTI, 2009).

5 O chamado modelo Bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada de salários [...] (BOSCHETTI, 2009).

transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, possibilitando a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados a partir de 1987, bem como os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e mais recentemente a Rede de apoio psicossocial (RAPS).

Simultaneamente à construção do direito da pessoa com transtorno mental no âmbito da saúde, foram sendo trilhadas e construídas a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes pela Organização das Nações Unidas (ONU), vindo a fortalecer a perspectiva de direito social para essa parcela da sociedade, tratando, entre outras questões, do direito à segurança econômica e social.

No contraponto do percurso de lutas e interesses mercadológicos das políticas da saúde e previdência social, a política de assistência social trilhou caminho diferente e de pouca representatividade política no cenário brasileiro, visto que surgiu a partir de iniciativas cristãs, com viés caritativo e filantrópico, mas também por ser uma política voltada para a parcela mais vulnerável da população, sendo interesse do capital a permanência da escassez material na vida dessa parcela da população, a fim de manter a vulnerabilidade política diante das lutas que envolvem o pertencimento ao exército de reserva e os interesses capitalistas, considerando, ainda, a condição do Brasil enquanto país capitalista dependente, de caráter patrimonialista, burocrático e clientelista.

A assistência social, a política de saúde e previdenciária, bem como o seguro social em si permaneceram com seus formatos focalizados e contencionistas (Bravo, 2000) até a Constituição 1988, quando da construção da Seguridade Social e da disseminação da compreensão do conceito de cidadania.

No Brasil, a cidadania esteve longe de abranger o conjunto da população. A característica de uma cidadania forjada a partir da inserção no mundo do trabalho, o que configurava uma segregação ocupacional⁶, foi preenchida por um significado político claro e democratizador, com a Constituição de 1988. Porém, esse significado logo passa a sofrer ataques neoliberais, forjando uma compreensão neoliberal de cidadania, pautada na mínima intervenção do Estado (Dagnino, 1994; Brasil, 1988; Santos, 2010).

O conceito de Seguridade Social forjado a partir da Constituição de 1988, (Brasil, 1988, art.194), que “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos da saúde, previdência e à assistência social”. Aqui se destaca o termo integrado, que enseja uma articulação entre as políticas do sistema de proteção social brasileiro, não apenas em termos de sistemas operacionais, mas também nas redes de serviços e atenção, sendo um potencial mecanismo de garantias de acesso aos serviços.

A seguridade social no Brasil foi instituída na contramão do desmonte do estado de bem-estar social nos países capitalistas centrais. O contexto histórico regressivo mundial se fez materializado mais fortemente após a promulgação da Constituição de 1988, com a inserção do país na economia mundializada na

6 “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei” (Santos, 1979, p.75).

década subsequente, com a adoção de medidas profundamente neoliberais.

O direito formal da Seguridade garante, assim, a edificação de três políticas: a Previdência Social, Assistência Social e Saúde. O paradigma híbrido dessas políticas conferiu um conjunto de formas de acesso díspares, que envolvem direitos intimamente ligados ao trabalho formal, direitos balizados pela seletividade e aqueles de caráter universal.

O caminho das políticas sociais que integram a Seguridade Social no Brasil foi restritivo, deixando a maior parte da população à margem de qualquer sistema de proteção social por décadas.

O marco legal da mudança da assistência social ocorreu a partir da Constituição, a qual mudou o modelo que até então tinha uma configuração ligada à filiação, à previdência ou comprovação de ter tido vínculo no mercado de trabalho, conhecido até aqui como a Renda Mensal Vitalícia (RMV) (Stopa, 2019).

Apesar de ter seu marco legal na Constituição de 1988, o Benefício de Prestação Continuada ainda trilhou um longo caminho até a sua implantação, vindo a integrar a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, após 05 anos de lutas da sociedade e articulações por meio de Conferências de Assistência Social, sendo esse o início da luta pela implantação da LOAS.

Desde o início do processo de implementação da LOAS e do BPC, esse vem sendo permeado de questionamentos ligados à lógica do capital, em que se julgava a condição de escolhas do trabalho, com inquietações acerca da possibilidade de as pessoas escolherem não se vincular à previdência social, visto que teriam

acesso a um salário mínimo a partir da idade legislada. Essas argumentações não levavam em consideração a lógica do sistema e a divisão social do trabalho, em que as pessoas não escolhem vender sua força de trabalho de acordo com suas vontades (Stopa, 2019).

A regulamentação do BPC ocorreu sete anos após a promulgação da Constituição, regulamento em 1995 a partir do Decreto 1.774, extinguindo assim a concessão da RMV. A regulamentação não abarcou a LOAS em sua integralidade e segmentou o BPC em relação aos demais dispositivos constantes na Lei orgânica, retrocedendo a uma modalidade restritiva à questão da renda. A concessão do BPC apenas foi iniciada no ano seguinte, 1996, sendo o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão responsável pela operacionalização do BPC, condição que trouxe um legado e uma lógica negativas para a funcionalidade do BPC, uma vez que no INSS a lógica de funcionamento é permeada pela lógica de seguro, de contribuição. Então a permanência do BPC na instituição adquiriu marcas e estigmas diante da não contribuição para aquisição deste, que culminam em um viés fiscalizador e incriminatório do acesso ao BPC (Maciel *apud* Stopa, 2019).

O BPC volta a ter uma aproximação com a lógica não contributiva, a partir do Plano Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, quando ficou determinado que a responsabilidade de unir o BPC à política de assistência social seria da própria política de assistência social, colocando-a no comando da gestão do benefício (Brasil, 2005). A PNAS caracterizou o BPC como parte integrante da Proteção Social Básica, junto aos benefícios eventuais, trazendo à tona a real importância social deste, no cenário brasileiro:

Nestes termos, o BPC não deve ser tratado como o responsável pelo grande volume de gasto ou como o dificultador da ampliação do financiamento da assistência social. Deve ser assumido de fato pela assistência social, sendo conhecido e tratado pela sua significativa cobertura, 2,5 milhões de pessoas, pela magnitude do investimento social, cerca de R\$ 8 bilhões, pelo seu impacto econômico e social e por retirar as pessoas do patamar da indigência. O BPC é processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório que dá ao Brasil um lugar significativo em relação aos demais países que possuem programas de renda básica, principalmente na América Latina. Trata-se de uma garantia de renda que dá materialidade ao princípio da certeza e do direito à assistência social (Brasil, 2005, p. 34).

Ainda nesse cenário de regulamentação, a PNAS defende que os municípios devem “manter estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do BPC e dos Benefícios Eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um profissional de serviço social” (Brasil, 2005, p. 24). Devem ainda apresentar Plano de Inserção e Acompanhamento de beneficiários do BPC, conforme sua capacidade de gestão, contendo ações, prazos e metas a serem executadas, articulando-as às ofertas da Assistência Social e às demais políticas pertinentes (dando cumprimento ao art. 24 da LOAS. f). Isso deve ser feito com o intuito de garantir a prioridade de acesso aos serviços da proteção social básica, de acordo com suas necessidades, às famílias e seus membros beneficiários do Programa de Transferência de Renda, instituído pela Lei nº 10.836/04.

Em 2007, o Decreto 6.214 modificou o modelo de avaliação da pessoa com deficiência, agora baseado na classificação in-

ternacional de funcionalidade e saúde (CIF⁷) e a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01 de 2009, por instituir a primeira versão dos instrumentos de avaliação social e avaliação médico pericial da deficiência e do grau de incapacidade para o acesso das pessoas com deficiência ao BPC.

A partir de junho de 2009, a avaliação da pessoa com deficiência, requerente do BPC, passou a ser feita por meio de avaliação social e médica, realizada, nessa ordem, por assistentes sociais e médicos peritos⁸ do quadro de servidores do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Essa alteração significa um avanço na análise processual, pois apenas sob a perspectiva do modelo médico, a exclusão vivenciada pelas PCD era explicada a partir da inabilidade, configurando-se como inadequação a ser produtivo no tocante ao trabalho (Diniz, 2007).

Assim, a deficiência seria consequência natural, que sendo identificada, haveria a necessidade de intervenção para promover seu melhor funcionamento e reduzir assim as desvantagens sociais a serem vividas (França, 2013). Apenas a partir dos anos 1970, esse modelo passou a ser alvo de críticas. Os teóricos do mo-

7 Com o intuito de não mais classificar doenças, mas componentes da saúde, a CIF tem como objetivo proporcionar uma linguagem universal, assim como uma estrutura que descreva a saúde e os seus estados relacionados.

8 Atualmente Peritos Federais não integram o quadro de servidores do INSS, pois a partir da Lei 13.846/2019, passaram a ser reconhecidos como carreira de Estado, vinculado ao Ministério da Economia, e não mais a autarquia previdenciária, embora ocupem o espaço físico da autarquia para realização de suas atividades profissionais.

delo social entendiam que haveria a necessidade de alterar a percepção daquela avaliação centrada no indivíduo, para ser tratada como uma questão que englobaria os aspectos sociais envolvendo família, Estado, sociedade, entre outros, que se apresentavam como barreiras sociais (Barbosa, Santos, 2010).

O princípio da integralidade busca uma linearidade da atenção a cada indivíduo, bem como a coletividade, com o intuito de romper com as práticas fragmentadas e presentes no sistema de proteção social, com destaque neste artigo para a atenção e o acompanhamento das pessoas com transtorno mental que buscam acesso ao BPC.

Sabe-se que, para se ter acesso ao BPC, é necessário que o requerente atenda a condicionantes de acesso ligados às políticas da Seguridade Social, como: laudo médico e/ou acompanhamento em rede de saúde, Cadastro Único da Assistência (CadÚnico), e condicionante de acesso ao INSS, uma vez que para requerer, é preciso ter acesso a canais remotos (internet ou central telefônica 135), além da necessidade de acessar o INSS por meio das agências da Previdência Social (APS), a fim de acompanhar o processo, inserir documentações, realizar avaliação social e perícia médica.

Esse processo impele os requerentes a um encaixe nos critérios de elegibilidade, sendo no caso da PCD: o critério de renda, inferior ou igual a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo por pessoa, e o critério da condição de pessoa com deficiência, alcançado por meio de uma avaliação social e perícia médica.

Destaca-se, então, nesse cenário de busca pelo direito a acessar o benefício assistencial, que o requerente necessita passar por *barreiras internas à sua condição de saúde*, ligadas a limites físicos e psicológicos, a *barreiras de compreensão e percepção do*

processo, a barreiras ligadas a estigma, preconceitos, desconhecimento do outro para com sua condição, barreiras ligadas à visão do outro sob sua condição de “não cidadão” enquanto pessoa com transtorno mental e as barreiras de acesso às políticas em si.

BPC E SUA OPERACIONALIZAÇÃO: O PROCESSO CONCESSÓRIO E/OU SEGREGAÇÃO SOCIAL?

Considera-se pessoa com deficiência para fins de acesso ao BPC como sendo pessoas com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, independente de sua idade.

Assim, a PCD deve ter acesso à Política da Saúde, por meio de consultas e exames que comprovem sua condição de saúde, acesso à política de assistência, para a realização do cadastro único, e obter o número de inscrição social (NIS), além de acessar o INSS, preferencialmente, por meios eletrônicos, para requerer o benefício.

Diante de todos os condicionantes de acesso ao BPC, vê-se que de acordo com Dagnino (1994, p.9), “os alvos dessas políticas não são vistos como cidadãos, com direitos a ter direitos, mas como seres humanos “carentes”, a serem atendidos pela caridade, pública ou privada”. Assim, o acesso ao BPC não é construído de modo a garantir o acesso ao direito em si, mas sim de forma a condicionar e trazer impedimentos ao acesso, por não levar em consideração os fatores limitantes do cidadão, como também sua história de vida e trajetórias laborais.

Telles (1996) destaca que diante do discurso de escassez de recursos públicos⁹ destinados a políticas universais, e aqui destacamos a política da assistência, setores da sociedade civil acabam incutindo o conceito de cidadão pautado pela perspectiva liberal, em detrimento da visão do discurso da universalização de direitos, na justificativa de “garantir” que alguma parcela de desvalidos seja atendida pelas políticas, sendo esse um dos movimentos que embasam as pautas das contrarreformas no Brasil.

No Capitalismo, em que tudo é mercadoria, a venda da força de trabalho vem sendo cada vez mais explorada. O avanço do capital é cada vez mais dilacerante, não havendo limites para o aumento das taxas de lucro, por meio da exploração do trabalho. Nesse cenário, o/a trabalhador/a passa a ser mais uma peça de sua engrenagem, trocado e descartado livremente. O trabalho nessa configuração tem elevado potencial de degradação das potencialidades humanas, sendo fonte de adoecimento físico, mas também mental, com elevados índices de adoecimento na atual conjuntura.

As últimas contrarreformas, trabalhistas e previdenciária, impactaram fortemente a retração de investimentos em direitos, revogando parte relevante dos ganhos trabalhistas trazidos pela Consolidação de Leis Trabalhistas e estreitando o acesso aos serviços e benefícios previdenciários. A Emenda Constitucional nº

9 A prática discursiva visa escamotear o ajuste fiscal severo, que tem por premissa central a retração dos investimentos sociais (sob orientação de organismos internacionais), para o cumprimento do pagamento de juros e amortização da dívida pública brasileira, que chegou a 4,2 trilhões em 2016 (Behring, 2018).

95, que congelou os gastos públicos por 20 anos (congelamento jamais visto em qualquer país do mundo anteriormente), indexou os gastos primários do governo federal à inflação do ano anterior.

Há uma clara conexão entre a EC 95 e a contrarreforma da previdência, pois uma das sanções é o não poder elevar as despesas obrigatórias, o que atropela a recomposição do salário mínimo, indexadora de benefícios previdenciários e assistenciais, como o BPC (Behring, 2018).

Behring (2018, p. 67) complementa:

A Nota técnica 27 do IPEA aponta uma tendência de perda de recursos da Assistência Social de 199 bilhões em 10 anos, e de **868,5 bilhões em 20 anos** para a política em que se situam os programas de transferência de renda (BPC e Bolsa Família). O BPC se tornaria insustentável a partir de 2026 com o teto de gastos (*Grifos nossos*).

Aqui devemos refletir sobre a proteção social dada nessas situações, nas quais os problemas de saúde mental com cariz extremamente estigmatizado trazem para a classe trabalhadora, em sua busca pela proteção social previdenciária, dificuldades de acesso diante da discriminação e do preconceito presentes no processo, permeada por questionamentos sobre a veracidade de seu comprometimento e mesmo a proporção do problema. Situação ainda mais crítica ocorre se o trabalhador não tiver vínculo formal com previdência social, visto que terá que passar por critérios duplamente estigmatizantes e estigmatizados, por meio de alcance de critérios de renda e de comprovação de sua condição de saúde, além da aceitação de ser considerada pessoa com deficiência.

É exatamente a parcela da sociedade que se manteve no trabalho informal, pela não absorção ou não cumprimento das

promessas do capital, pessoas que trabalham ou trabalharam como empregadas domésticas, diaristas, vendedores ambulantes, cuidadores e até trabalhadores rurais que não foram legitimados na formalidade do trabalho e que diante do adoecimento físico ou mental, veem-se à margem da proteção social ao trabalhador e em busca de atender às condicionalidades do BPC para pessoa com deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) encontra-se inserido na proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que por sua vez integra a política de assistência social, a qual, por preceito constitucional, deve ser acionada para quem dela necessitar.

A elaboração constitucional da Política de Assistência Social (e os dispositivos posteriores) garantem a esta e as suas derivações, em serviços ou benefícios, critérios excludentes por ranqueamento, refletindo na escolha dos mais necessitados, entre todos os necessitados.

Assim, se nossa análise perpassa a crise estrutural pela qual passa o capital, com repercussões para o mundo do trabalho e para o Estado como mediador da relação capital x trabalho, há aqui uma importante tendência ao aprofundamento da desproteção social, com o esfacelamento de políticas sociais – e o BPC não se exclui desse processo histórico.

Evidenciamos anteriormente o negligenciamento das demandas das Pessoas com Deficiência na história e como o Estado

interveio nesse processo. As transformações mais relevantes do ponto de vista do direito são relativamente recentes.

O direito ao benefício de transferência direta de renda tem critérios que encontram limites políticos, econômicos e sociais, que decorrem de escolhas políticas, com lastro na conformação sócio-histórica nacional, que vinculam o direito social à participação do/a trabalhador/a na reprodução do capital.

Em grande medida, esse desenho institucional se torna ainda mais limitante para as pessoas com transtornos mentais, pois esses necessitam passar por barreiras internas à sua condição, barreiras ligadas à visão do outro sob sua condição de “não cidadão” enquanto pessoa com transtorno mental e as barreiras de acesso às políticas em si, situações que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Diante do cenário de limites impostos à pessoa com deficiência no exercício da cidadania, em busca por seus direitos, carregados de estigmas e percalços sociais, vê-se a importância de um olhar atento a essa parcela da sociedade, por meio das políticas públicas e suas instituições operadoras.

Apesar desse entendimento, dados os dilemas econômicos, políticos e sociais que cercam a questão em torno do transtorno mental e do acesso ao BPC, na atualidade temos o descuro dos dispositivos constitucionais, e como resultado disso, o impedimento da real implementação de uma rede de proteção social que venha a dar legítimo provimento ao acesso do BPC para as pessoas com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L.; DINIZ, D.; SANTOS, W. Diversidade Corporal e Perícia Médica no Benefício de Prestação Continuada. In: MEDEIROS, Marcelo (Orgs.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2010.

BEHRING, E. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: **Marxismo, política social e direitos**. Ivanete Boschette, Elaine Behring, Rita de Lourdes de Lima (orgs.). Ed. Cortez, São Paulo, 2018.

BRASIL. Lei 8742 de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social.

BRASIL. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. **Política Nacional da Assistência Social**. Brasília: DF. Novembro, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Boletim 2015 **BPC Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Brasília 2016.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho. **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)**. Brasília, DF, 2018.

BOSCHETTI, I. A política da seguridade social no Brasil. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília. CFESS / ABEPSS, 2009

BRAVO, M. As Políticas brasileiras de seguridade social: saúde. Política Social – Módulo 03. **Programa de capacitação Continuada para Assistentes Sociais**. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2000.

DAGNINO, E. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?** Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110, 1994.

DINIZ, D. **O que é Deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. 96 pp. (Coleção Primeiros Passos, 324).

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11): 2589-2596, nov., 2007.

FRANÇA, T. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. In: **Revista Lutas Sociais**, São Paulo, vol. 17, nº 31, p. 59-73, jul/dez, 2013.

LANCILLOTTI, S. S. **Deficiência e Trabalho**: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.

LOPES, L. **Previdência Social no Brasil**: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo –SP: Cortez, 2012.

MATTOS, F. **Inserção das PCD beneficiárias do BPC no mercado de trabalho**: o Programa BPC Trabalho em questão. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Universidade Estadual da Paraíba, 2016.

ROSA, E. **O trabalho das pessoas com deficiência e as relações sociais de produção capitalista**: uma análise crítica da política de cotas no Brasil Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR. 2009.

SANTOS, W. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. In: **Serviço Social em Revista**, Londrina. V. 13, nº 1, p. 80-101, jul/dez 2010.

STOPA, R. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. **Serv. Soc.** 2019, n.135, pp.231-248. Epub May 20, 2019.

TELES, Vera da Silva. Questão Social: afinal do que se trata? São Paulo em **Perspectiva**, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

Dorival Rodrigues Jr.

SOFRIMENTO

FECHAR JULIANO

MELHORAR ATENDIMENTO NO GPS

AMO MINHA FAMÍLIA

ME SINTO BEM QUANDO TOMO
REMÉDIO

Fechar todos os serviços
psiquiátricos que utiliza-se
de tratamentos desumanos.

ANÁLISE DA
QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL EM
JOÃO PESSOA/PB

ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA/PB

*Izaura Maria Omena
Alecsonia Pereira Araujo
Edna Tânia Ferreira da Silva*

Resumo

O presente estudo buscou analisar a qualidade da assistência em Saúde Mental no Município de João Pessoa/PB, a partir do processo de produção do cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços são considerados a porta de entrada para o atendimento e o cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo em 2020 com os profissionais de nível superior que fazem parte de três Centros de Atenção psicossocial, quais sejam: CAPS III Caminhar, CAPS Ad III David Capistrano e CAPS Infantojuvenil Cirandar. Foram aplicados dois questionários por serviço, um questionário aplicado com um profissional ligado diretamente à assistência e outro com um profissional que estivesse em posição de coordenação/gestão e/ou responsável técnico por alguma atividade. As questões estavam relacionadas à produção do cuidado. Os resultados apontaram divergências nas respostas dos profissionais, principalmente dos profissionais dos CAPS infantojuvenil. No entanto, ressaltamos que, com muitas dificuldades, a maioria dos CAPS desenvolvem essas atividades. Assim, podemos apontar que os CAPS enfrentam inúmeras dificuldades, tanto de ordem objetiva como subjetiva, para concretizar uma prática profissional pautada na integralidade do atendimento, revelando uma distância para se efetivar os preceitos na atual política de saúde mental brasileira.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial, Produção do Cuidado.

INTRODUÇÃO

As constantes abordagens que envolvem a temática da saúde mental apontam que as ações e as práticas relacionadas à produção do cuidado ainda suscitam diversas inquietações, merecendo um olhar atento quanto a sua qualidade. O presente trabalho é um recorte do primeiro estudo do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa -PB”, aprovado na Chamada Universal MCTI/CNPq nº 28/2018. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS no ano de 2020. O referido projeto também foi desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB) e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN) e vinculado ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) e, assim, contou com a participação direta e indireta de todos os seus pesquisadores.

Neste estudo nos detemos a analisar a qualidade da assistência em saúde mental no município de João Pessoa/PB a partir do processo de cuidado aos usuários da saúde mental, por meio do exame das práticas dos profissionais que estão inseridos nos CAPS. Trata-se, portanto, de um dos objetivos específicos da referida pesquisa.

A motivação e o interesse em desenvolver este estudo surgiu durante as orientações de tutoria, cuja proposta estava alinhada a um projeto mais amplo, o qual nos instigou a analisar, levando em consideração nossas observações registradas no diário de campo durante a nossa experiência, enquanto residente e tutoras

em saúde mental nos CAPS, no período compreendido entre 2017 e 2018.

Nesse sentido, podemos afirmar que a residência em saúde mental foi uma experiência desafiadora, marcante em nossa trajetória profissional e acadêmica. A academia traz-nos a teoria, fala-nos das dificuldades para a efetivação da reforma psiquiátrica, e a vivência é marcada pelo desafio de trabalhar ao lado dos profissionais, técnicos, familiares e usuários.

Nesse lugar da intervenção, observamos que não existem entraves entre o usuário e o profissional, a construção de vínculos acontece espontaneamente, porém é notória a fragilidade encontrada nos CAPS de João Pessoa no processo de cuidado com o usuário. Tais questões estão presentes neste estudo, e esperamos contribuir com a comunidade acadêmica e demais atores sociais da saúde mental.

NOTAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA

Nossa pesquisa caracteriza-se como sendo de campo, que, segundo Gil (2002), pode ser classificada enquanto uma investigação que busca o aprofundamento de questões referentes a uma específica realidade social. Para Piana (2009, p. 4), pesquisa de campo [...] “é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada”.

Quanto à população e à amostra, a pesquisa teve como sujeitos os profissionais de saúde de nível superior lotados nos serviços selecionados para este estudo e que tiveram disponibilidade em participar, cuja amostra foram seis (06).

Nesse contexto, a pesquisa envolveu três (03) serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa, mais especificamente aqueles que compõem a Atenção Psicossocial Estratégica, a saber: CAPS III Caminhar; CAPS Ad III David Capistrano e CAPS infantojuvenil Cirandar.

Para a coleta de dados foram utilizados questionários que foram construídos a partir das análises realizadas com a pesquisa bibliográfica e documental, de modo a possibilitar a caracterização dos serviços de saúde mental e o desenvolvimento das ações de saúde.

Portanto, a pesquisa foi realizada através de aplicação de questionários e a coleta de material foi feita através da aplicação de dois (02) questionários por serviço. Um questionário aplicado com um profissional ligado diretamente à assistência e outro com um profissional que tivesse em posição de coordenação/gestão e/ou responsável técnico por alguma atividade nos CAPS. Posteriormente, os questionários foram organizados e sistematizados para verificar as respostas e a existência de divergências entre as respostas.

Contudo, nosso recorte foi direcionado para a análise do processo de construção do cuidado em saúde mental. Especificamente, tratamos das ações/atividades que consideramos estarem diretamente relacionadas à dinâmica dentro dos serviços, a qual caracterizamos como: produção do cuidado intra instituição, isto é, aquelas em que a equipe de trabalho desenvolve suas ações/atividades diretamente no espaço institucional.

Nesse sentido, das vinte (20) questões relacionadas ao processo de cuidado dos serviços, detemo-nos a nove (09), as quais entendemos que compreendem o nosso recorte, são elas: realiza-

ção de oficinas terapêuticas; assembleias de usuários, familiares e técnicos; possui grupos de familiares; atividade de geração de emprego e renda; realiza atividades comunitárias objetivando a reinserção social; possui Projeto Terapêutico Singular (PTS); possui Terapeuta de Referência (TR); realiza atendimento familiar individual; realiza acolhimento, escuta terapêutica e atendimento à demanda espontânea.

Desse modo, consideramos o conteúdo expresso nesses dados e realizamos análises baseadas em referencial teórico crítico da saúde mental, bem como nas nossas observações, registradas no diário de campo, enquanto residentes e tutoras nos referidos serviços, que, de modo geral, caracterizam como estes vêm desenvolvendo as ações de cuidado em João Pessoa/Pb.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Produção do cuidado no espaço institucional dos CAPS em João Pessoa/PB

O Centro de Atenção psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), um lugar de referência e tratamento para pessoas com problemas de saúde mental, cuja severidade ou persistência justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário. É um serviço bastante importante de atendimento diário, pois foi criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, promovendo a reinserção social dos usuários da saúde mental (Brasil, 2004).

Assim, na Tabela 1 descrevemos as ações/atividades desenvolvidas nos CAPS pesquisados e procedemos com análise desses resultados.

Tabela 1 - Produção do cuidado, ações de saúde realizadas nos CAPS de João Pessoa- PB

Produção do Cuidado, Ações de saúde/atividades	Parâmetro	CAPS Caminhar	CAPS Ad	CAPS infanto juvenil
Realiza oficinas terapêuticas	Sim	02	02	01
	Não	-	-	01
Realiza assembleia de usuário, familiares e técnicos	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-
Possui Grupos de Familiares	Sim	02	02	02
	Não			
Possui Atividade de Geração de emprego e Renda	Sim	02	01	-
	Não		01	02
Realiza atividades comunitárias, objetivando a reinserção social	Sim	02	02	01
	Não			01
Possui Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Sim	02	02	
	Não			02
Possui Técnico de Referência	Sim	02	02	
	Não			02
Realiza atendimento familiar individual	Sim	02	02	01
	Não			01
Realiza Acolhimento, escuta terapêutica e atendimento à demanda espontânea	Sim	02	02	02
	Não	-	-	-

Fonte: Pesquisa PIBIC/CNPq/UFPB, etapa 1 (2020)

No que se refere à realização de oficinas terapêuticas, todos os CAPS pesquisados informaram que realizam essa atividade, porém houve divergência das respostas do CAPS infantojuvenil.

As oficinas terapêuticas têm o objetivo de promover autonomia ao sujeito através da interação social e familiar, apresentam regulamentação ainda nos anos de 1990 pela Portaria Nº. 189/1991 e, assim, representam novas possibilidades para os usuários, estimulando a reinserção social, bem como o fortalecimento de vínculos. Contudo, apenas 9 anos depois é aprovada a Lei 10.216/01, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais; assim, a Reforma Psiquiátrica estava institucionalizada. Após a aprovação da lei, as oficinas terapêuticas passaram a ser umas das principais atividades oferecidas pelos CAPS, agora regulamentados pela Portaria 336/02, que ampliou seu alcance e sua diversidade de serviços. Entretanto, as oficinas passam a ser mais disseminadas quando o Ministério da Saúde publica em 2004 uma cartilha sobre a saúde mental no SUS (Oliveira; Peres, 2021).

Na dinâmica de trabalho do CAPS, as oficinas terapêuticas são essenciais para o tratamento e o cuidado em saúde, sendo estas uma das maiores possibilidades pelas quais os usuários poderão se expressar. Pois como nos coloca Rosas (2014, p. 64): “as oficinas terapêuticas trabalham com a habilidade do sujeito em tratamento, com o lúdico, a criatividade, a consciência ambiental [...] sempre envolvendo o caráter terapêutico, trabalho em grupo e a constituição de vínculos”.

A divergência dos profissionais entrevistados no CAPS Infantojuvenil¹, de acordo com nossas observações, dá-se provavelmente porque as atividades são realizadas com pouco recurso, produzindo oficinas de pintura, desenho e colagem; falta de planejamento; necessidade de ter profissionais qualificados para realizar as oficinas que sejam realmente terapêuticas, ou seja, são poucas as atividades que promovem a interação social (Diário de campo, 2018).

No entanto, não há dúvidas de que as oficinas sejam estratégias importantes no cuidado e para o serviço, mas elas devem apresentar um caráter terapêutico e produtivo, que realmente venha contribuir com a vida dos usuários, não apenas como uma atividade para “passar ou preencher o tempo no serviço”.

Quanto à realização de assembleias de usuários, familiares e técnicos, todos os serviços pesquisados apontam que realizam essa atividade.

As assembleias são atividades de suma importância para o funcionamento efetivo dos CAPS e para a eficácia do tratamento dos usuários. Elas devem aproximar todos os atores do serviço, inclusive são favoráveis a tornar as famílias parceiras dos CAPS, o que contribui de forma ativa para o tratamento do usuário, pois possibilita conhecer a dinâmica do serviço e sua realidade cotidiana, podendo tirar as dúvidas, propor atividades e traçar estratégias para melhor funcionamento dos serviços (Pinto, 2014). De

1 O Centro de Atenção psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), registrado com o nome “CAPS Cirandar”, fica localizado no centro da cidade de João Pessoa e é um dos cenários de prática da Residência de Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba.

acordo com o manual da saúde mental no SUS, as Assembleias dos usuários constituem-se enquanto “uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço” (Brasil, 2004, p. 17).

Essa atividade caracteriza-se como uma forma de controle social², haja vista que se dá com a participação dos usuários, na busca pela elaboração das políticas públicas, execução e fiscalização destas, contribuindo para o exercício da cidadania. A participação e o exercício do controle social nos CAPS contribuem para autonomia do usuário da saúde mental, promovendo assim saúde para todos, incluindo a comunidade.

Embora todos os profissionais tenham sido unânimes em afirmar que há assembleia de usuários nos serviços, devemos assinalar que durante nossa experiência no CAPS Infantojuvenil, durante três meses não presenciamos a realização de tal atividade, tampouco era discutido em reuniões técnicas sobre a sua realização. Ao questionar o motivo de não acontecer tais assembleias, a justificativa foi que a maioria dos usuários eram crianças, portanto, não saberiam discutir as demandas existentes no serviço, e, nesse caso, quem respondia pelos usuários eram os pais. As questões eram discutidas no grupo denominado “Grupo de Mães”,

2 O controle social sobre as políticas de saúde foi estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, devendo ser efetivado mediante organização e participação popular. A lei 8.142/90 vem regulamentar o controle social, haja vista a criação dos Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços fundamentais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

que embora tenha um nome feminino, era aberto para qualquer um dos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes (Diário de campo, 2018).

No entanto, durante 2 meses de experiência no CAPS Ad III David Capistrano, localizado no Bairro do Rangel, em João Pessoa-PB, foi possível participar de algumas assembleias dos usuários, atividade em que todos participavam, evidenciando as fragilidades e as potencialidades do CAPS. Porém, os apontamentos dos usuários tinham pouca ou nenhuma resolutividade, pois esbarravam na burocracia da gestão (Diário de campo, 2018).

Contudo, mesmo com as inúmeras dificuldades, ressaltamos a importância dessa atividade na perspectiva de participação e na busca de melhorar a qualidade dos serviços sob o olhar daqueles que estão inseridos cotidianamente em uma determinada realidade.

A respeito do grupo de familiares, novamente, os serviços pesquisados afirmaram que possuem essas atividades.

A família é primordial no acompanhamento do cuidado do usuário da saúde mental, pois sem o apoio da família, a recuperação se torna mais lenta e talvez nem tenha tanto êxito (Brasil, 2004). O familiar é muitas vezes essencial para a continuidade do tratamento, pois muitos usuários não têm autonomia para deslocar-se até o CAPS, devido à gravidade de seu problema de saúde mental, impedindo-os de buscar o serviço de saúde sozinhos.

O apoio familiar torna-se parte do cuidado/tratamento para o usuário que pode sentir-se acolhido e cuidado pelos familiares, tendo neles um incentivo a mais para dar continuidade ao tratamento.

Trabalhar com os familiares dos usuários geralmente é um processo lento, pois muitas famílias não se envolvem e não se responsabilizam com o usuário da saúde mental (Gomes, 2013). Há também vários outros entraves como: não saber lidar com a doença, com o preconceito e o estigma da sociedade como um todo, além de outras questões que vão desde o ambiente e condições socioeconômicas até mesmo adoecimento dos próprios familiares.

Por esse motivo, destacamos a necessidade de uma nova forma de abordagem com as famílias dos usuários em saúde mental, de forma que se sintam corresponsáveis pelo tratamento de seus familiares, sendo parceiros dos CAPS no cuidado e nas demais atividades realizadas no serviço (Pinto, 2014).

Dos CAPS pesquisados, podemos destacar o CAPS Ad III David Capistrano, em que o grupo de família acontece semanalmente na sala da triagem, as facilitadoras do grupo são sempre uma psicóloga e uma Assistente Social, e acontece sem a participação dos usuários. Devido a isso, os familiares sentem-se mais à vontade para colocar os desafios que eles passam em casa com o usuário, porém, não é proibida a participação dos usuários nesse grupo, mas eles estão geralmente em outras atividades promovidas pelo CAPS. Contudo, observamos que estava ocorrendo uma dispersão desses familiares: cada vez mais diminui a participação deles, e tal fato preocupa toda a equipe, que está buscando desenvolver novas estratégias para atrair e manter o grupo, na tentativa de promover um maior cuidado em saúde (Diário de campo, 2018).

Sobre o desenvolvimento de atividades de geração de emprego e renda, houve bastante divergência das respostas: o CAPS

Caminhar apontou que realiza essas atividades, o CAPS Ad deu respostas diferentes e o CAPS i não realiza.

As atividades de geração de emprego e renda para os usuários da saúde mental constitui-se um grande avanço na Reforma Psiquiátrica, é uma luta do movimento de trabalhadores da saúde mental, da luta antimanicomial e dos próprios usuários.

As associações de usuários que se constituíram ao longo do processo da reforma psiquiátrica têm manifestado, em diversos momentos e ambientes, seu desejo de que projetos de trabalho, desenvolvidos em articulação com a rede de serviços, se tornem mais fortes, mais duradouros e capazes de incluir um número maior de participantes. Assim foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental e nos diversos eventos e reuniões dos movimentos que apoiam a reforma psiquiátrica e a luta pela superação dos manicômios (Delgado, 2005, p. 9).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída através da portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o atendimento no âmbito do SUS, “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011). Dentre os objetivos específicos da RAPS, consta a promoção de atividades para reabilitação do usuário através de iniciativas de geração de trabalho e renda, incluindo a formação e a qualificação profissional em articulação com as redes de saúde e economia solidária, buscando a autonomia e a inclusão social dos usuários dos CAPS e de seus familiares (Brasil, 2011).

Essa atividade é de extrema importância para os usuários da saúde mental, pois permiti-lhes ter autonomia, através da reinserção social e da interação social. A proposta dos projetos de geração de emprego e renda dão ao usuário a possibilidade tanto de

ser provedor do seu próprio sustento e da sua família, dando-lhe independência, satisfação pessoal, ampliando suas relações interpessoais, como também sendo um objeto importante no processo de tratamento, restabelecendo e/ou recuperando sua saúde mental (Lussi; Morato, 2012).

No CAPS III David Capistrano, houve divergência nas respostas. Durante o período em que permanecemos nesse serviço, foi observado que apenas um profissional trabalhava com essa atividade. Das atividades podemos citar uma oficina que foi realizada no Centro da Juventude/Rangel; na ocasião estiveram presentes profissionais do Sistema Nacional de Emprego João Pessoa (SINE-JP). Na oportunidade, os facilitadores orientaram como elaborar currículos, enfatizando quais respostas eram mais adequadas no momento da entrevista, bem como prestar atenção na vestimenta na hora de procurar trabalho. Foi ainda discutido sobre a qualificação profissional dos usuários, haja vista que a maioria possui baixo nível de escolaridade. Sabe-se que essa oficina desenvolveu alguns desdobramentos, pois alguns depoimentos de usuários afirmaram que haviam realizado entrevistas em fábricas, lojas e até no âmbito da construção civil (Diário de campo, 2018).

Percebemos que esse tipo de oficina não é comum no CAPS Ad, no entanto, faz-se muito necessária, considerando o perfil dos usuários da instituição. Em pesquisa realizada por Pinto (2014), foi constatado que 54% dos usuários do CAPS Ad III David Capistrano não possuem renda salarial, seguidos de cerca de 50% que estão desempregados e/ou não possuem profissão, situação que é agravada pela baixa escolaridade.

Os dados da pesquisa revelam que no CAPS infantojuvenil Cirandar não acontecem oficinas de geração de emprego e

renda, fato que realmente foi possível observar de acordo com o que vivenciamos nesse serviço. Nas reuniões organizadas pela assistente social da instituição com familiares de usuários, algumas vezes são realizados trabalhos manuais e culinários, mas que não são caracterizados como oficina de geração de emprego e renda (Diário de campo, 2018).

No tocante à realização de atividades comunitárias com intuito de promover a reinserção social dos usuários, apenas o CAPS infantojuvenil apresentou divergência nas respostas.

É sabido que as atividades comunitárias são desenvolvidas em conjunto com associações de bairros e com a comunidade no geral. Essas atividades são importantes por promover a “quebra” do estigma com os usuários da saúde mental, estreitando os laços com as pessoas da comunidade através da reinserção social, ou seja, buscando incluir e integrar o usuário da saúde mental ao convívio comunitário e social.

A Reforma psiquiátrica instituiu essas atividades comunitárias, e com isso é nítida a busca de rompimento com o modelo asilar, isto é, com o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, o que tem como consequência a reinserção social das pessoas com transtorno mental, buscando romper com aspectos da cultura brasileira em relação ao tratamento com essas pessoas.

No entanto, vale ressaltar que até os dias atuais vivenciamos ainda o preconceito e o estigma em torno do usuário da saúde mental, não sendo possível essa ruptura com um modelo de exclusão.

A Reforma psiquiátrica vem apresentar um novo direcionamento para o cuidado na saúde mental, que no Brasil tem início na década de 1970, mas só conseguiu se ampliar a partir dos anos

2000, com a Lei Nº. 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e passa a garantir livre circulação no seu território e que tenham contato com sua comunidade (Passos; Aires, 2013).

Em relação aos entrevistados do CAPS infantojuvenil que apresentaram divergências nas respostas, podemos enfatizar, segundo nossas observações, que não existem atividades envolvendo a comunidade. O que ocorre são atividades individuais e em grupo com as crianças e os adolescentes, usuários do CAPS. Isso é lamentável, haja vista sua boa localização, estando próximo ao centro histórico, bem como do centro da cidade, além do parque zoológico. Além disso, desconhecemos a existência de associação de moradores ou algo similar (Diário de campo, 2018).

No que se refere ao uso da ferramenta do Projeto Terapêutico Singular (PTS), mais uma vez, apenas o CAPS infantojuvenil informou que não o realiza.

O PTS na saúde mental faz uma ruptura no processo saúde-doença, rompe com a lógica biológica, pois compreende a saúde não apenas como ausência de doença, mas como um processo que envolve a interação ambiental, social e política; trata-se de uma complexidade que vai para além da doença.

Nesse cenário, a construção do projeto terapêutico se dá, em geral, a partir de várias perspectivas e com base na interação entre o paciente e seus profissionais de referência, nas interlocuções destes últimos entre si e com outros grupos como família, instituições de saúde, setores culturais e socioeducacionais, etc. (Furtado; Miranda, 2006, p. 511).

Portanto, o PTS é um conjunto de ações, elaborado pela equipe de saúde em conjunto com o usuário da saúde mental e

familiar, na intenção de promover autonomia para a pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse conjunto de ações existem metas de curto, médio e longo prazo, sendo esse ainda um modelo socioassistencial, pois ele contém toda a história de vida do usuário da saúde mental e sua busca pelo cuidado.

O PTS, apesar de ter metas, pode durar anos ou até mesmo a vida inteira, porém, ele é uma ferramenta importantíssima no processo da alta dos serviços. É um projeto individual, pois é necessário realizar uma investigação social a respeito da vida do usuário, e isso pode levar algum tempo até ele ficar completamente pronto (Vasconcelos et al, 2016).

No período em que atuamos no CAPSAD III David Capistrano, foi possível participar da construção e da elaboração de um PTS, que durou três meses, e então deu-se início à execução do mesmo. Essa ferramenta da saúde é importante para os preceitos de integralidade no atendimento à pessoa com problema de saúde mental.

Na pesquisa, apenas o CAPS infantojuvenil Cirandar revelou que não utiliza essa ferramenta, fato que pudemos afirmar a partir das observações durante nosso tempo no referido serviço, e isso pode comprometer a dinâmica favorável ao serviço, pois para Ottoni (2015, p. 1), o PTS “é o principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário/família em sofrimento psíquico.” Sendo assim, consideramos imprescindível a utilização desse instrumento na saúde mental.

Quanto ao terapeuta de referência, os entrevistados sinalizaram a existência no CAPS Ad III David Capistrano e no CAPS Caminhar, no entanto, mais uma vez os entrevistados do CAPS infantojuvenil Cirandar revelaram que não existe essa atividade no serviço.

Ressaltamos a função importantíssima que o terapeuta de referência ocupa no CAPS: na prática, esse profissional deve assistir cada usuário singularmente, ou seja, de forma elaborativa, acompanhá-lo em um projeto individual de acordo com suas necessidades. Esse projeto tem como uma de suas prerrogativas essenciais a escuta, considerando o histórico do usuário, verificando as possibilidades para a solução dos problemas individuais (Miranda, 2005).

Portanto, não há dúvidas de que o técnico de referência é um profissional importante, porque ele deve ser um elo entre o profissional da saúde mental e o usuário do serviço, possibilitando o diálogo com as redes intersetoriais para um atendimento de qualidade ao usuário.

O papel do técnico de referência na saúde mental, então, é aglutinar orientações e possibilidades de intervenções, em diversos contextos relevantes à atenção psicossocial, bem como em “construções coletivas junto à comunidade”. Cabe a ele, ainda, atuar na “mediação de processos junto ao poder público e à representação social” (Rodrigues; Bontempo, 2011 p.7).

A relação entre o técnico de referência e o usuário é recíproca, apesar das barreiras encontradas e dos condicionantes aos quais são submetidos. Analisando essa situação, pode-se pensar como o técnico de referência em conjunto com a instituição pode

garantir um atendimento integral ao usuário da saúde mental. É necessário apresentar propostas para que o terapeuta de referência não esbarre na burocracia (Furtado; Miranda, 2006).

No tocante ao atendimento familiar individual, o CAPS infantojuvenil apresentou divergência entre as suas respostas.

Com a Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser estratégia importante para o tratamento e a reinserção social de seu familiar em sofrimento, ou seja, a família faz parte de uma rede que produz cuidado ao usuário da saúde mental. Por isso, há necessidade de maior investimento no contexto familiar.

Segundo Bielemann et al. (2009, p. 132), “[...] a ênfase do modelo atual em saúde mental é o tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio da família”. Nesse sentido, a família é fundamental para o tratamento, sendo uma colaboradora no processo saúde-doença.

Com a reforma psiquiátrica, a família torna-se acessível e faz parte do tratamento do usuário, trazendo demandas de necessidades existentes no seio familiar que o usuário sozinho não consegue enxergar (Mielkel *et al.*, 2010).

Tão importante quanto o tratamento do usuário é o acolhimento às famílias. Portanto, é necessário que todos os envolvidos com o tratamento do usuário também possam ser assistidos pelo serviço.

O acolhimento às famílias é feito através do que se denomina tecnologias assistivas, como escuta qualificada, visita domiciliar, entre outras. Ao ser ouvido, o familiar também será cuidado, e isso fortalecerá os laços familiares com o usuário da saúde mental. Essa promoção do cuidado demonstra a importância de um cuidado coletivo. Devemos lembrar que o uso dessas tecnolo-

gias assistivas podem ser realizadas por qualquer profissional do CAPS, ou seja, não necessariamente precisa ser aquele profissional que detém o saber *psi* (Mielkel *et al.*, 2010).

De acordo com as respostas dos entrevistados, o CAPS infantojuvenil Cirandar apresentou divergências nas suas respostas, fato que pode possivelmente ser justificado, de acordo com nossas observações, pelas diversas dificuldades objetivas de trabalho, como a falta de transporte para realizar visitas domiciliares; assim, as escutas aos familiares eram realizadas no próprio serviço. Devemos lembrar que a escassez de recursos constitui, muitas vezes, um dos grandes problemas para a efetivação do atendimento aos usuários e aos seus familiares (Diário de campo, 2018).

Apesar das dificuldades, percebemos que os profissionais do CAPS infantojuvenil buscam sempre novas estratégias, a fim de construir vínculos com os usuários da saúde mental e seus familiares e, dessa forma, potencializar o tratamento dos usuários.

A respeito da realização do acolhimento, escuta terapêutica e atendimento à demanda espontânea, todos os serviços pesquisados afirmaram realizar essas atividades.

Desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992, as reflexões sobre a humanização do SUS são discutidas, mas somente em 2003 o tema foi definido como uma das prioridades. Humanizar o SUS é respeitar o usuário em toda a sua dimensão, tanto em sua subjetividade quanto socialmente, é fazer valer e utilizar um dos princípios do SUS, que é cuidar integralmente do usuário, ampliando o direito e a cidadania, garantindo o acesso às informações, valorizar e respeitar estabelecendo vínculos (Silva; Arizono, 2008).

A política de humanização na Saúde Mental ainda tem muito que avançar, porém, ao seguir os princípios norteadores da reforma psiquiátrica, já estaríamos vivenciando uma política de humanização através do SUS, potencializando o cuidado em Saúde Mental. Portanto, há necessidade de uma estrutura física, bem como de profissionais capacitados, que levem em consideração a loucura enquanto inerente ao ser humano (Paulon; Escóssia, 2012).

Nesse sentido, a efetivação da política de humanização na saúde mental só é possível quando os preceitos advindos com a reforma psiquiátrica forem concretizados de fato. Enfatiza-se ainda que, para além das legislações, deve ocorrer a ruptura do modelo manicomial (Brasil, 2015).

O acolhimento e a escuta terapêutica são ações que estão inscritas no modelo de atenção psicossocial e na política de humanização. Segundo Andrade; Sousa; Quinderé (2014, p. 167),

[...] o acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada, além de ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores, com o fim de alterá-las.

É através do acolhimento que se pode criar forte vínculo entre o usuário da saúde mental e o profissional que o atende. Sendo assim, é uma prática importante e de grande relevância para a Saúde Mental. A partir daí, pode ser entendido como proteção ou refúgio para quem busca o SUS (Brasil, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inegáveis avanços são evidenciados no Brasil com a Reforma Psiquiátrica em curso, em especial com o surgimento dos CAPS enquanto serviços centrais para o acolhimento e cuidado humanizado no campo da Saúde Mental.

No entanto, inúmeras foram as dificuldades constatadas no nosso estudo, quando analisamos, a partir do processo de produção do cuidado, a qualidade da assistência dos CAPS no Município de João Pessoa/PB.

Os resultados da pesquisa estão alinhados com nossa experiência enquanto Residentes de Saúde Mental, a qual teve os CAPS como cenário, sendo possível comprovar que as divergências que surgiram nas respostas dos entrevistados nos ajudaram a ter um conhecimento ampliado sobre como vem sendo desenvolvido o trabalho nesses serviços da saúde mental. Essas divergências nos permitiram refletir sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e sobre a Política de Saúde Mental no município de João Pessoa/PB, cuja realidade não difere amplamente do contexto nacional.

Dentre os serviços pesquisados, na Rede de Atenção Psicossocial de João Pessoa- PB, o CAPS infantojuvenil Cirandar demonstrou maior fragilidade em todas as questões analisadas, no que se refere ao processo de produção do cuidado, apesar de termos vivenciado e de termos conhecido os esforços da equipe multiprofissional para efetivação da política de saúde mental e manter o serviço funcionando adequadamente.

Contudo, mesmo com todas as fragilidades, dificuldades e desafios, os CAPS pesquisados apresentam, de forma geral, a iniciativa e o desenvolvimento de ações/atividades que são requisi-

tados a esses serviços, uma vez que a maioria realiza assembleias, reuniões, visitas domiciliares, grupo de famílias, oficinas terapêuticas, acolhimento, entre outros.

Não há dúvidas de que as dificuldades encontradas nos referidos serviços são inúmeras, que vão desde a triagem até a estrutura física dos serviços, esbarrando na burocracia da gestão e na questionável administração política, além do estigma arraigado sobre a loucura, haja vista a presença ainda muito viva do modelo asilar que permanece na rede e que na contemporaneidade ganha centralidade com as “novas, porém, velhas” investidas de desmonte dos últimos governos, colocando em cheque os preceitos da Reforma Psiquiátrica em geral, e em particular, os CAPS enquanto serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Assim, mesmo diante dos desafios, os CAPS representam garantias de proteção e de dignidade que foram conquistadas tardiamente asseguradas pela legislação brasileira e que necessitam de fortalecimento para produção do cuidado.

Nesse sentido, há a necessidade de reforçar as lutas em favor dos preceitos democráticos e de cidadania na busca por ampliação e garantia do cuidado pautado nos direitos humanos, mesmo diante de toda complexidade que envolve as políticas públicas brasileiras.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. T. de; SOUSA, M. L. T. De; QUINDERÉ, P. H. D. **Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde.** Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP - 8(2), São João del-Rei, julho/dezembro/2014.

BIELEMANN, V. de L. M. *et al.* A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A ÓTICA DE SEUS ATORES SOCIAIS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>> Acesso em: 05 Mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **HumanizaSUS Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 01 Mai. 2018.

DELGADO, P. G. **Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social pelo Trabalho**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%20Eria.pdf>> Acesso em 11 Mai. 2018.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. In: **Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.9 no.3**. São Paulo Jul/Set. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v9n3/1415-4714-rlpf-9-3-0508.pdf>> Acesso em: 26 Mai. 2018.

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

GOMES, A. L. C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa – PB**. 2013. TESE. Universidade Federal da Paraíba, 2013.

LUSSI, I. A. de O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviços de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012. Disponível em: <<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/681/395>>> Acesso em 01abril. 2018.

MARSIGLIA, R. M. G. **Orientações Básicas para a Pesquisa**. PUCSP/FCMSCSP, 2011. Disponível em:< <https://www.webartigos.com/artigos/orientacoes-basicas-para-pesquisa/78334> > Acesso em: 21 mai. 2018

MIELKEL, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. In: **Rev. Eletr. Enf.** UFG, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm > Acesso em: 05 Mai. 2018.

MIRANDA, L. **Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas**, 2005. Disponível em <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Terapeutico-Individual.pdf>> Acesso em: 15 Mai. 2018.

OLIVEIRA, A.L.M.; PERES, R.S. As oficinas terapêuticas e a Lógica do Cuidado Psicossocial: concepções dos(as) Coordenadores(as). **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.41, p. 1-12, 2021.

OTTONI, E. Projeto Terapêutico Singular. Rede Humanizamus, 2015. Disponível em:<<http://redehumanizamus.net/90468-projeto-terapeutico-singular/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PASSOS, F. P.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013.

PIANA, M. C. **Pesquisa de campo**. Ed. UNESP: São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf> > Acesso em: 21 mai. 2018.

PINTO, T. M. **Atividade terapêuticas e tratamento**: a realidade de um CAPS AD em João Pessoa/PB. 2014. 107 f. (TCC), UFPB: João Pessoa, 2014.

PAULON, S. M.; ESCÓSSIA, L. da. **Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização**: cuidado humanizado é cuidado em liberdade. Revista Polis e Psique. V. 2 , Número Temático, 2012.

RODRIGUES, C. C.; BONTEMPO, V. L. O técnico de referência e a saúde mental: uma reflexão a partir de uma residência multiprofissional. In: **CliniCAPS**, Vol 5, nº 15, 2011. Disponível em <http://clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_15/BontempoV.CastanheiraC.pdf> Acesso em: 02 Mai. 2018.

ROSAS, A. K. R. **Saúde Mental e o cuidado com os Usuários de Drogas**: um estudo a partir da Rede de Atenção Psicossocial do Município de João Pessoa. TCC. Universidade Federal da Paraíba, 2014.

SILVA, R. C. P. Da; ARIZONO, A. D. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. In: **Revista de Ciências Humanas**. vol. 1 n. 2, UNITAU, 2008.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. UNESP: São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n57/313-323/pt/> Acesso em: 03 Mai. 2018.



ANÁLISE DAS
PRÁTICAS DE
CUIDADO NOS
CAPS AD: reflexões
a partir de uma
revisão integrativa

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NOS CAPS AD: reflexões a partir de uma revisão integrativa

Vitoria Camily Coutinho Braz de Araújo
Ana Flávia da Silva Morais
Rafael Nicolau Carvalho
Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar a produção das ações de cuidado desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad), a partir da produção bibliográfica. Nessa perspectiva, considera-se CAPS Ad como um dos principais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas. O cuidado no CAPS Ad busca estabelecer vínculos contínuos e oferecer assistência alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, promovendo o acesso ao cuidado de forma integral e humanizada, desenvolvendo a autonomia e o bem-estar dos usuários. Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura do tipo integrativa (RIL), realizado em duas bases de dados: a SciELO e a PubMed. As buscas foram realizadas nas referidas bases com descritores específicos, como *CAPS Ad*, *Álcool e drogas* e *política sobre drogas*. Ao final do processo, foram incluídos 12 artigos. Desse modo, a partir da revisão, foi possível analisar a importância dessas ações de cuidado, verificando o perfil sociodemográfico do usuário, o acesso aos cuidados em saúde mental e o processo de desinstitucionalização dos hospitais manicomial. O estudo revelou que os governos “ultraneoliberais” trazem impactos negativos para a política de saúde mental, álcool e drogas, sendo elaboradas políticas públicas ineficazes que prejudicam o processo de cuidado.

Palavras-Chave: CAPS Ad, Álcool e drogas, política sobre Drogas, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

A assistência pública aos usuários de drogas no Brasil é realizada por uma extensa rede de atenção, que visa proporcionar um cuidado contínuo e adaptado às necessidades da população. Esse cenário é resultado de um processo histórico que inclui marcos como a Reforma Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionando a transformação do modelo assistencial em saúde mental (Costa *et al.*, 2018).

Com a reorientação do modelo técnico-assistencial em saúde mental, o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico passa a ocorrer por meio de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Essa mudança implica uma pretendida ruptura com o paradigma manicomial e com o saber médico hegemônico. No processo de desinstitucionalização, promovido pela reforma psiquiátrica, emergem dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), essenciais para proporcionar um cuidado orientado na perspectiva da atenção psicossocial e dos princípios dos direitos humanos. Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a abordagem da crise e do cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) ganha ainda mais relevância e complexidade.

Ademais, a RAPS foi instituída através da portaria nº 3.088 de 2011, com o intuito de articular e ampliar os serviços de saúde mental, incluindo os CAPS, para proporcionar uma atenção integral e integrada aos usuários. Nessa concepção, os CAPS Ad

desempenham um papel central na rede, especialmente na oferta de cuidados específicos para indivíduos com problemas de saúde mental relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

A partir da perspectiva da RAPS, o cuidado no CAPS Ad busca estabelecer vínculos contínuos e oferecer uma assistência longitudinal, alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica e às diretrizes do SUS. Além disso, vale pontuar que nos Caps Ad, o cuidado é realizado por equipes multiprofissionais, que buscam não apenas lidar com os sintomas imediatos, mas na compreensão do contexto social, familiar e cultural dos usuários. Partindo desse pressuposto, o presente artigo tem como objetivo principal analisar, a partir de uma revisão sistemática da literatura, as ações de cuidado desenvolvidas nos CAPS Ad, verificando sua efetividade e conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e as diretrizes do SUS. De forma mais específica, buscou-se compreender o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos, mapear as intervenções de saúde oferecidas, investigar a participação dos usuários e seus familiares no planejamento das ações de cuidado e avaliar a coerência das práticas dos CAPS Ad com os ideais de desinstitucionalização, humanização, territorialidade e promoção da autonomia dos usuários.

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”, aprovado no Edital nº 19/2022 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) e pela Chamada Universal nº 28/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O objetivo deste plano é analisar a produção das ações de cuidado desenvolvidas no CAPS Ad do município de João Pessoa-PB.

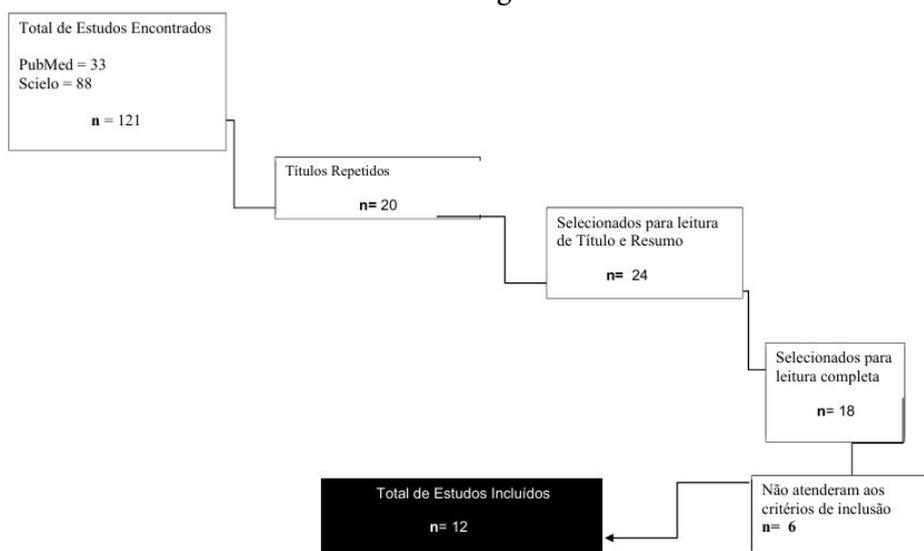
METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura do tipo integrativa, de caráter exploratório, com o intuito de sintetizar os conhecimentos sobre o cuidado produzido nos CAPS, para pessoas com problemas de saúde mental decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas, verificando sua efetividade e conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e as diretrizes do SUS. A coleta foi realizada nas bases SciELO e PubMed, por meio de buscas utilizando os seguintes descritores isoladamente ou combinados: CAPS Ad, cuidado em saúde mental, Álcool e outras drogas, políticas sobre drogas, redução de danos. Buscaram-se artigos científicos publicados no período de 2016 a 2023, escritos em português e publicados em periódicos com revisão por pares.

Para a construção e elaboração deste estudo, foi criado um protocolo de pesquisa, o qual foi separado em duas etapas. Na primeira etapa foi selecionado um conjunto de artigos para uma pré-leitura. Foram selecionados para leitura na íntegra aqueles que apresentavam assuntos importantes a respeito da temática, sendo eles incluídos na pesquisa. Após a leitura completa dos artigos selecionados, procedeu-se com a sua inclusão na fase final. A inclusão levou em consideração a pertinência do estudo em responder as nossas questões de pesquisa. Para cada descritor tinha-se questões diferentes que versavam sobre o perfil dos usuários dos CAPS Ad; sobre as mudanças ocorridas nas políticas sobre drogas; formas de ofertar o cuidado em saúde mental para esse público. Como segunda etapa da pesquisa, foi realizada a sistematização desses arquivos a partir da elaboração de fichamentos e análise crítica.

Após a leitura, análise e interpretação desses artigos, foram criados quadros de sistematização dos dados obtidos, no qual os artigos foram separados e caracterizados pelo tipo de estudo. Além disso, foi elaborado um fluxograma que apresenta o quantitativo de estudos encontrados, quantos foram lidos, quantos foram incluídos, como ilustra a imagem abaixo.

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, seleção e inclusão dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2024)

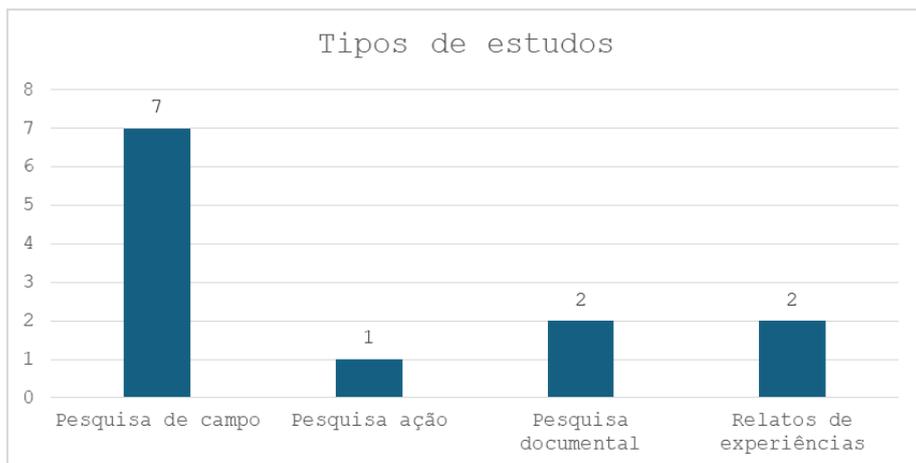
RESULTADOS / DISCUSSÕES

O estudo proporcionou uma análise sobre as atividades e intervenções voltadas ao cuidado e tratamento de pessoas com problemas de saúde mental associadas ao consumo de álcool e outras substâncias nos CAPS Ad. Essa análise permitiu observar as-

pectos essenciais que permeiam o processo de atendimento desses indivíduos, destacando a importância das práticas desenvolvidas nesses centros.

A revisão sistemática da literatura busca identificar, avaliar e sintetizar, de maneira sistemática, os estudos relevantes publicados em uma determinada área, com critérios rigorosos de seleção e análise. Dessa forma, fornece uma base sólida para o avanço do conhecimento (Galvão *et. al.* 2019). Nesse sentido, ao revisar os artigos, observam-se aspectos fundamentais relacionados ao tratamento de problemas de saúde mental decorrentes do consumo de substância psicoativas. Os artigos inicialmente foram organizados por tipo de estudo, como ilustra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos por tipo de estudo



Fonte: Elaboração própria (2024)

Inicialmente, observa-se uma predominância de pesquisa de campo em estudos sobre saúde mental e CAPS Ad, podendo-se atribuir isso ao fato de a pesquisa de campo permitir uma compreensão das experiências vivenciadas pelos usuários, uma vez que a maioria desses estudos visam compreender e analisar

os fenômenos e intervenções que ocorrem nos serviços. Esses estudos ainda possibilitam a descrição das ações, interações e contextos sociais que podem determinar o tratamento e ampliar a compreensão sobre uso da substância. Nesse sentido, os sete estudos investigados, classificados como pesquisa de campo, concentram-se principalmente em análises do perfil sociodemográfico, das relações familiares, das práticas de cuidado e os desafios enfrentados pelas equipes dos CAPS Ad. Salienta-se a importância desses serviços como dispositivos essenciais para o tratamento e a reinserção social dos usuários, com transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

O estudo conduzido por Oliveira *et al.* (2017) oferece uma análise detalhada do perfil dos usuários atendidos em um CAPS Ad na região Sul do Brasil. Ao considerar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), a importância do estudo reside na sua capacidade de fornecer dados essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas. A realidade descrita revela uma predominância de homens solteiros, desempregados e com baixa escolaridade, refletindo os desafios socioeconômicos enfrentados por essa população.

Além disso, os estudos destacam a importância da família no processo terapêutico, reconhecendo-a como um espaço crucial de apoio e intervenção. Nacamura *et al.* (2020) e Santos *et al.* (2018) enfatizam essa relevância, evidenciando uma mudança na percepção desse papel ao longo do tempo. Anteriormente, a família era vista como desencadeadora dos problemas de saúde mental, mas agora é reconhecida como fundamental no tratamento. Nesse sentido, o estudo de Nacamura *et al.* (2020) enfatiza

a importância das relações familiares no contexto do tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e dependência de drogas. Por outro lado, o estudo de Santos *et al.* (2018), intitulado “Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial”, analisa as práticas e os desafios encontrados nos CAPS-Ad, ressaltando a importância desses centros na abordagem do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. Ademais, destacam a relevância de estratégias como a redução de danos e a participação da família para desconstruir estigmas ligados ao uso de drogas. No entanto, há desafios a serem superados, como a falta de conhecimento sobre redução de danos e a supervalorização dos serviços especializados, evidenciando a necessidade de intervenções específicas e uma maior integração dos usuários no território para promover seu protagonismo e reinserção social.

Outro fator que vale destacar são as práticas de cuidado e abordagem terapêutica destacados nos estudos conduzidos por Oliveira *et al.* (2017), Santos *et al.* (2018) e Machado *et al.* (2020), como estratégias de redução de danos, envolvimento da família e intervenções terapêuticas integradas. Todos ressaltam a importância de estabelecer relações horizontais entre profissionais, usuários e familiares para fortalecer a autonomia do usuário e garantir um tratamento humanizado. No entanto, o estudo de Machado *et al.* (2020) identifica lacunas nas práticas de cuidado, apesar dos avanços na política de saúde mental, álcool e outras drogas. É inaceitável que práticas manicomialistas persistam no século XXI, violando os direitos dos usuários e contradizendo os princípios do SUS.

Contudo, Duarte (2013) e Boska *et al.* (2022) exploram temas relativos à política de saúde mental, álcool e outras drogas, e

à proteção dos direitos humanos dos usuários dos CAPS Ad. Ambos enfatizam a necessidade de assegurar dignidade, autonomia e desejos dessa população, além de promover ações de promoção e atenção à saúde direcionadas a ela. O artigo de Duarte (2013) oferece uma análise dos fenômenos e das intervenções nos ambientes de cuidados, com destaque para a importância da atenção básica, do matriciamento e das ações de intersetorialidade, evidenciando a urgência de debates sobre a garantia de direitos e autonomia desses indivíduos, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS.

Por sua vez, a análise conduzida por Boska *et al.* (2022) ressalta o aumento dos problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas na sociedade, destacando os determinantes sociais como um fator-chave. Ademais, enfatiza a importância do acolhimento nos CAPS Ad para garantir o cuidado e promover a saúde, reforçando a necessidade de proteção dos direitos humanos, incluindo o respeito à autonomia, dignidade e desejos dessa população.

A análise efetuada por Bittencourt *et al.* (2018) destaca a relevância da utilização da ouvidoria em um CAPS Ad, para capturar a complexidade das experiências e percepções. O estudo concentra-se na avaliação de críticas, elogios e sugestões apresentadas por usuários, familiares e trabalhadores, permitindo uma compreensão abrangente das demandas e insatisfações relacionadas à infraestrutura e às relações interpessoais no interior do CAPS Ad. Ademais, são propostas melhorias, como a implementação de oficinas e o aprimoramento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Os resultados evidenciam a necessidade de revisão na estrutura física e nas práticas de atendimento, visando a uma

abordagem integrada no cuidado aos usuários. Destaca-se também a importância crucial da ouvidoria como ferramenta para promover a cidadania e o protagonismo dos usuários, contribuindo, assim, para a reabilitação psicossocial e o fortalecimento da Política de Saúde Mental brasileira.

As pesquisas documentais, os relatos de experiência e a pesquisa-ação também contribuíram fortemente para a análise e a compreensão dos dados, visto que os dois artigos de pesquisa documental incluídos na pesquisa dão ênfase à fundamentação teórica do tema, concedendo embasamento para a análise e a interpretação dos dados coletados, fornecendo, segundo Sá-Silva et al (2009), uma riqueza de informações sobre o objeto analisado, contextualizando-o de acordo com os seus fatores históricos e sociais. Esses artigos retratam a trajetória da política de saúde mental, álcool e outras drogas, nos últimos séculos, ressaltando avanços e retrocessos ocorridos nessas políticas, como aborda o texto:

Pode-se perceber, por fim, que durante o século XX a discussão sobre o uso de álcool e drogas esteve fortemente atrelada às práticas psiquiátricas e ao estatuto da “doença mental”, seja como condicionante ou como resultante do uso de substâncias psicoativas. As terminologias utilizadas – toxicômanos, dependente de drogas, usuário de drogas – denotam uma trajetória que se conforma à evolução das políticas voltadas para esse campo (Campos; Vargas, 2016, p. 1049).

Os relatos de experiência, por sua vez, trouxeram uma perspectiva prática e vivencial, enriquecendo a compreensão dos fenômenos estudados, facilitando a interpretação acerca do objeto analisado. A pesquisa-ação permitiu verificar uma abordagem participativa, levando em consideração as reflexões e proposições de soluções postas pelos próprios sujeitos analisados.

Após a análise temática, no conjunto dos artigos, foi identificado que algumas categorias são recorrentes, sendo as mais evidentes: política sobre drogas, patologização e criminalização do uso de drogas e práticas nos CAPS Ad. Essa última possui ainda temas ou subcategorias, como: perfil dos usuários; redução de danos; matriciamento na saúde mental; estigma/preconceito; família e adolescência e drogas. Diante disso, faz-se necessária a análise e a compreensão de cada uma dessas categorias.

Política sobre drogas: Essa primeira categoria está relacionada às diversas estratégias e abordagens adotadas pelos governos para lidar com o uso de substâncias psicoativas. Observa-se, de maneira geral, que a política é tensionada por duas lógicas: uma que defende a repressão e a proibição em nome da segurança pública e outra que prioriza a redução de danos e os cuidados no território, buscando uma abordagem mais humanizada para lidar com o problema das drogas. No desenvolvimento das políticas sobre drogas, destaca-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD):

[...] O SISNAD norteia-se pelo princípio da responsabilização compartilhada pelo Estado e a Sociedade, entendendo que governo, cidadãos e a iniciativa privada precisam cooperar mutuamente. Um dos objetivos apresentados pelo sistema é a criação de uma Política Nacional Antidrogas, com ideais alinhados ao proibicionismo (Vargas; Campos, 2016, p. 08).

Outro aspecto que é válido pontuar é que o modelo proibicionista tem sido influenciado não só por normativas internacionais, mas também por interesses políticos e econômicos. Dessa forma, nota-se que há relação entre os proibicionistas e o controle social capitalista.

Patologização e criminalização do uso de drogas: Nessa categoria, observa-se a patologização e a criminalização do uso de drogas, comumente associadas à “Guerra às drogas”. Essa guerra apresenta duas vertentes: uma que considera o usuário como criminoso, baseada no direito penal brasileiro, e outra que o enxerga como doente, patologizando seu consumo, apoiada pelo modelo biomédico. Ambas as perspectivas compartilham o viés punitivo, principalmente através da lógica proibicionista (Romanni *et al.*, 2013).

[...] Sendo o usuário visto como criminoso e/ou doente, foram propostos para o seu tratamento os hospitais psiquiátricos, a princípio e, seguidamente, centros especializados de tratamento, filantrópicos ou públicos (Vargas; Campos, 2016, p. 07).

Nessa perspectiva, a regulação política e o controle social do uso de drogas têm atuado principalmente através da medicalização, da segurança sanitária e do controle do espaço público, pautados nos discursos e nas práticas proibicionistas da patologização. Assim, o consumo passa a ser normalmente reprovado pela medicina, e o consumo coibido, tendo amparo jurídico.

Práticas nos CAPS: Nessa categoria, destacam-se subcategorias ou temas recorrentes. São eles: a) Perfil dos usuários dos CAPS; b) Redução de Danos; c) matriciamento na saúde mental; d) estigma/preconceito; e) família.

a) Perfil dos usuários dos CAPS: A maioria dos artigos traçam o perfil social dos usuários, indicando características como idade, gênero, raça, entre outros dados que são importantes para compreender quem são os indivíduos que utilizam a RAPS,

em específico o CAPS-Ad, ajudando dessa forma na adequação dos serviços oferecidos a esses usuários.

b) Redução de Danos: Essa subcategoria decorre da importância da prática de Redução de Danos (RD) nos CAPS Ad. A redução de danos se caracteriza como uma estratégia muito importante reconhecida internacionalmente e pelos próprios usuários como mais efetiva, mesmo que os profissionais muitas vezes recomendem a abstinência.

No CAPS-ad a abordagem da redução de danos (...) trata-se, portanto, de uma estratégia que tem o objetivo de romper com modelos de estigmatização das drogas, a fim de promover o surgimento de outras possibilidades terapêuticas em relação ao uso e à Dependência. Destaca-se que as diferentes intervenções de redução de danos devem ser implantadas para minimizar danos e agravos associados ao consumo de drogas (Nacamura *et.al*, 2019 p. 2).

Além disso, o papel da família é enfatizado como parte integrante do processo de tratamento, visando romper com estigmas e promover relações horizontais entre profissionais, usuários e familiares. No entanto, são identificados desafios, como a falta de conhecimento sobre a redução de danos e a supervalorização dos serviços especializados. Nesse sentido, é destacada a necessidade de intervenções específicas e uma maior integração dos usuários nos serviços de saúde.

c) Matriciamento na saúde mental: Nessa subcategoria o matriciamento em saúde mental na atenção básica apresenta-se como fundamental estratégias da política de saúde mental.

[...] O matriciamento é um dos principais pontos na interface saúde mental e atenção básica, que consiste em espaços de discussão de casos e condutas técnicas, numa

modalidade de trabalho que envolve a pactuação das ações e compartilhamento de responsabilidades entre as equipes (Duarte, 2013, p. 42).

Observa-se como é essencial o papel da atenção básica, do matriciamento e das ações de intersetorialidade, mediante à política de saúde mental, álcool e outras drogas. Em meio à sociedade em que vivemos, é necessário traçar debates sobre a garantia de direitos e autonomia dessa população tão vulnerabilizada socialmente, a qual tem sua vida baseada na repressão e no proibicionismo, anulando assim os princípios básicos da reforma psiquiátrica e do SUS.

d) Estigma/preconceito: Essa subcategoria aborda a relação entre preconceito e os usuários dos CAPS Ad, destacando a estigmatização, o preconceito e a exclusão social enfrentados por eles. Os usuários do Caps Ad muitas vezes são rotulados com identidades estigmatizantes, como “marginais”, “vagabundos”, “drogados” e “violentos”, o que os coloca à margem da sociedade, sem acesso aos direitos e às oportunidades sociais. O estigma e o preconceito dificultam o acesso e a continuidade ao tratamento devido a questões culturais e sociais, como o papel tradicional da mulher na sociedade e o estigma associado ao uso de drogas.

Os usuários de drogas sofrem constantemente com os efeitos negativos do processo de estigmatização. Consequências como perda da autoestima, restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação influenciam negativamente o tratamento. Além disso, as informações deturpadas transmitidas pela mídia, somadas à falta de conhecimento, fazem com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Sofrem com desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação (Araújo *et.al.*, 2018, p.279).

Por fim, destaca-se a importância de combater esses estigmas e promover uma compreensão mais ampla e humanizada sobre o uso de drogas, visando reduzir a discriminação e promover a inclusão social dos usuários.

e) **Família:** Essa subcategoria decorre da complexa relação da família e do tratamento de pessoas com sofrimento psíquico e dependência de droga. Observa-se que o uso de substâncias, como álcool e drogas, muitas vezes afeta negativamente os vínculos familiares e os relacionamentos pessoais dos indivíduos que as consomem. Essas substâncias passam a ocupar um lugar central na vida deles, o que pode levar a conflitos, rupturas e dificuldades de comunicação dentro da família.

A participação da família no tratamento significa seu envolvimento nas atividades ofertadas pelos serviços de atenção em saúde mental, para acompanhar as estratégias de cuidado destinado ao seu membro, de acordo com as propostas da atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Nacamura *et.al.*, 2020 p. 5).

Contudo, as famílias muitas vezes não estão preparadas para enfrentar dificuldades para lidar com o tratamento, o que pode levar à exaustão e sobrecarga dos seus membros.

A sobrecarga da família (family burden) refere-se às consequências de um cotidiano afetado por desestruturação familiar, social e profissional, além dos gastos financeiros e da convivência com o uso problemático de álcool e outras drogas, situações que causam um grande desgaste físico, mental e emocional. Sob este olhar, Delgado (2014) aponta em sua pesquisa que os familiares de pacientes que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, quando assumem as incumbências do cuidado cotidiano, frequentemente relatam uma experiência de elevada exigência pessoal e que traz importantes limitações à sua vida diária (Barros *et.al.*, 2022, p. 701).

Nessa perspectiva, nota-se que ser familiar de alguém com uso problemático de álcool e outras drogas é uma experiência difícil e sobrecarregada, especialmente durante crises. Os familiares frequentemente enfrentam o processo de adoecimento junto com o usuário, demandando cuidados para preservar sua própria saúde física e mental.

Adolescência e drogas: Essa categoria apresenta a relação entre adolescência e o uso de drogas. Observa-se que o uso de substâncias psicoativas está se tornando cada vez mais comum entre crianças e adolescentes na sociedade atual. Diante dessa realidade, percebe-se que o problema das drogas transcende simplesmente um “uso esporádico ou eventual” e assume proporções de saúde pública, afetando todas as áreas da vida desses usuários.

Usualmente o início do consumo de substâncias psicoativas ocorre de modo precoce, ainda na adolescência. No entanto, a procura por tratamento acontece apenas na fase adulta, momento em que o indivíduo apresenta intensos impactos na sua saúde física e mental, em decorrência do consumo dessas substâncias por um longo período (Oliveira *et.al.*, 2017, p. 7).

Além disso, destaca-se a exclusão social enfrentada por essa população, devido ao uso intenso de álcool e outras drogas, um determinante que agrava ainda mais a demanda por assistência.

Comunidades Terapêuticas: Essa categoria discute sobre as comunidades terapêuticas. Destacam-se as preocupações sobre sua conduta, que muitas vezes é coercitiva e até mesmo violenta, indo contra os princípios da reforma psiquiátrica.

[...] Muitos outros exemplos poderiam ser citados para ilustrar o grau de desrespeito para com o ser humano que demonstram muitas destas instituições, que erroneamente se autodenominam CT, mas com certeza estes já retratam uma realidade alarmante, muitas vezes desconhecida para aqueles que procuram pela primeira vez um serviço desta espécie (Perrone, 2013, p. 09).

Nesse sentido, evidencia-se a violação aos direitos humanos observados nessas instituições, questiona-se seu lugar na RAPS, pois as posições ideológicas e a perspectiva de tratamento baseada na abstinência, em uma lógica religiosa e do isolamento contrariam os princípios da reforma psiquiátrica e consequentemente do SUS. Além disso, ressalta-se a importância de um cuidado em saúde mental que apoie a reintegração social dos indivíduos e questiona a resistência por parte das famílias em participar do tratamento e refletir sobre suas dinâmicas familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos analisados traçam um panorama da trajetória da saúde mental nos séculos XX e XXI, correlacionando os fatores históricos, sociais e econômicos que contribuíram para os avanços e retrocessos que ocorreram na política de saúde mental. Essas análises são realizadas a partir das pesquisas de campo, documental e bibliográfica, nas quais são analisadas as rotinas dos usuários e dos profissionais nos CAPS Ad e como ocorre o seu desenvolvimento na RAPS.

Os CAPS Ad têm um papel fundamental nessas abordagens, visando atender o usuário de forma integral e humanizada, tratando não apenas os sintomas, mas promovendo a inclusão

social e o bem-estar do usuário e a autonomia, seguindo com os princípios da reforma psiquiátrica, contribuindo para uma sociedade mais equitativa.

Dessa forma, podemos dizer que vários fatores impactam na vida dessa população que utiliza a RAPS, como o perfil sociodemográfico desses usuários, podendo influenciar no acesso à rede. Conhecer as condições sociais dos usuários é fundamental para delinear estratégias de cuidado mais adequadas as suas necessidades, contribuindo assim para o desenvolvimento das políticas. Ao enfatizar a participação da comunidade e o respeito aos direitos humanos, a RAPS tem como princípio garantir um atendimento integral e resolutivo, promovendo a qualidade de vida de todos os indivíduos.

A partir dos dados analisados, podemos observar que a maioria dos usuários do CAPS Ad são homens, tendo como consequência fatores como o desemprego, a pobreza, a falta de moradia e um aumento da vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas.

Diante do exposto, fica explícita a necessidade de colocar em foco os debates sobre a saúde mental e o uso de substâncias psicoativas, que vem sendo cada vez maior no contexto atual, trazendo impactos sociais, econômicos, culturais e políticos. Além disso, o avanço neoliberal tende a naturalizar e individualizar a desigualdade, através da culpabilização dos indivíduos que fazem uso de drogas.

Desse modo, observamos que, mesmo com o avanço da reforma psiquiátrica e com as leis e legislações criadas, a política de saúde mental ainda enfrenta imensas barreiras para sua efetivação, a

qual é ainda mais sucateada em meio a governos neoliberais que contribuem para o desmonte das políticas públicas.

Em suma, é necessário que o Estado e a sociedade passem a enxergar essas pessoas que são invisibilizadas e marginalizadas socialmente como seres humanos, para além do uso de substâncias, para que desse modo possam ter seus direitos garantidos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Katarina de; SOARES, Valéria Leite. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 275-284, 2018.

BARD, Nathália Duarte *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2680, 2016.

BARROS, Octávia Cristina; SERPA, Octavio Domont de. Pesquisa participativa sob a lógica do cuidado: análise compartilhada em um CAPS AD. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 25, n. 03, p. 688-709, 2022.

BITTENCOURT, Marina Nolli *et al.* A experiência da ouvidoria em um Centro de Atenção Psicossocial álcool/drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2287-2294, 2018.

BOSKA, Gabriella de Andrade; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SEABRA, Paulo Rosário Carvalho. Acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na perspectiva da proteção dos direitos humanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2417-2426, 2022.

COELHO, Thais Munique Guimarães Silva *et al.* **Redução de danos no CAPSAD: Impasses e perspectivas sob o ponto de vista dos familiares dos usuários.** 2018.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; RONZANI, Telmo Mota; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3233-3245, 2018.

CRIOLA. Dossiê mulheres negras e justiça reprodutiva (2020/2021) [Internet]. Rio de Janeiro: Criola; 2021. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQqNzGeoBx/view>> acesso: 7 de abril de 2024.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória. **Saúde em Debate**, v. 37, n. spe1, p. 39-48, 2013.

GALHARDI, Carina Curti; MATSUKURA, Thelma Simões. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00150816, 2018.

LÚCIO, Aline Guedes *et al.* **O cuidado às crises nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD): concepções dos trabalhadores.** 2022.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Maria; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300118, 2020.

NACAMURA, Paula Antunes Bezerra *et al.* Orientações às famílias de usuários de serviço de saúde mental na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200389, 2020.

OLIVEIRA, Vânia Carvalho *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 2017.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 569-580, 2014.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mdiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013.

SANTOS, Jacqueline Macedo dos et al. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. e20180078, 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.rbhcs.com>>. Acesso em: 11 mar. 2025.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1041-1050, 2019.



MUNICÍPIO DE
MANGABEIRA

PASM

SECRETARIA DE



SAÚDE

Pronto Atendimento em Saúde Men



MUNICÍPIO DE
MANGABEIRA

SECRETARIA DE
SAÚDE



SAÚDE
PESSOA



SAÚDE
PESSOA

PRODUÇÃO DO
CUIDADO NO PRONTO
ATENDIMENTO EM
SAÚDE MENTAL (PASM):
urgência e emergência
psiquiátrica em questão

PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL (PASM): urgência e emergência psiquiátrica em questão

*Maria Luiza da Silva Pessoa Menezes
Pedro Soares Rocha Passos
Rafael Nicolau Carvalho
Alecsonia Pereira Araujo*

Resumo

O presente estudo tem como objetivo uma análise sobre a compreensão das ações de atenção e cuidado através das abordagens profissionais nos serviços de pronto atendimento de urgência e emergência. O trabalho foi construído a partir de uma revisão integrativa da literatura (RIL), realizada nas bases de dados SciELO e PubMed. As buscas foram realizadas nas referidas bases com descritores específicos, como *emergência psiquiátrica*, *reforma psiquiátrica* e *crise psíquica*. Ao final, foram incluídos 13 artigos. A partir da análise desses artigos, foram produzidas sínteses integrativas com os principais resultados. Dessa forma, esse artigo apresenta os serviços de urgência e emergência como um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por exercerem um papel de ordenador de fluxo, que busca trazer possibilidades de intervenções e articulações para um cuidado contínuo ao usuário em sofrimento psíquico. O estudo revelou que mesmo após o processo da Reforma Psiquiátrica, existem muitas lacunas a serem preenchidas para que o cuidado nos serviços de saúde mental esteja em consonância com as diretrizes preconizadas pela Lei 10.216/2001, visando ao acompanhamento integral e às experiências e particularidades de cada indivíduo.

Palavras-Chave: Saúde Mental, crise psíquica, urgência e emergência, emergência psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A crise psíquica pode ser compreendida como um processo complexo, que desperta no indivíduo diferentes aspectos históricos e sociais, de mudanças e acúmulo de experiências vivenciadas no seu processo de vida. Consiste em um sofrimento intenso transitório, necessitando de um cuidado integral nos serviços de saúde mental de que dispõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entende-se que o conceito de crise é polissêmico, podendo ter variadas concepções em diferentes áreas e saberes, perpassando de uma compreensão patologizante, influenciada pelo modelo tradicional da psiquiatria, para um cuidado e acolhimento humanizado, baseado no paradigma psicossocial (Araújo, 2022; Brito, Bonfada, Guimarães, 2015).

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um marco importante para a implementação do modelo de atenção psicossocial, com transformações de concepções e práticas sobre as formas de tratar as pessoas com problemas de saúde mental, permitindo outros direcionamentos na percepção do processo histórico da loucura. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posterior implementação da Política Nacional de Saúde Mental através da Lei 10.216/2001, ocorreu a mudança de paradigma e a ampliação de serviços voltados ao cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico pautado em novas estratégias de acolhimento.

A RAPS foi regulamentada através da portaria nº 3.088/2011, com a perspectiva de reorganizar o modelo assistencial, englobando várias instituições e estratégias de cuidado. Formada por 7 componentes, cada um envolve um conjunto de ações e serviços que são denominados de ponto de atenção à saúde

mental, buscando atender as diferentes demandas dos usuários e seus familiares nos mais diversos territórios.

No âmbito da urgência e emergência, destaca-se o processo de descentralização, permitindo que o acesso do usuário em crise psíquica perpassasse os serviços especializados em saúde mental, consistindo na abrangência do atendimento em outros pontos de atenção. Diante disso, entende-se que o acolhimento do usuário em crise deve possuir abordagens que estejam pautadas em práticas assistenciais, permitindo a integralidade e a garantia dos direitos e maiores condições de cuidado humanizado.

O presente trabalho é parte do plano “Produção do Cuidado no Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM): Urgência e Emergência em Saúde Mental em Questão, vinculado ao projeto de pesquisa “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”, aprovado pela Chamada Universal nº 28/2018 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e no Edital nº 19/2022 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ).

Este plano tem por objetivo analisar a produção das ações de cuidado no Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) do município de João Pessoa-PB, verificando a efetividade e a conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e as diretrizes do SUS. Contudo, este artigo refere-se apenas ao primeiro estudo do plano, que tem por objetivo específico analisar a produção bibliográfica sobre a crise psíquica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo detalha a compreensão acerca dos principais conceitos expostos na revisão bibliográfica. Assim, extraíram-se discussões sobre Patologização da crise psíquica, Mudança para-

digâmica entre o modelo asilar e o modelo de atenção psicossocial; Conceitos e práticas na atenção à crise.

METODOLOGIA

Utilizou-se como procedimento metodológico a revisão sistemática do tipo integrativa como processo investigativo para análise do material bibliográfico. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, com o objetivo de contribuir para a compreensão da produção de cuidado de usuários na atenção à crise nos serviços de urgência e emergência.

Com base nesse pressuposto, foi apresentado o protocolo de pesquisa como parâmetro para o cumprimento de critérios estabelecidos para o processo de seleção dos artigos, permitindo a sistematização de dados a partir das plataformas pesquisadas. As plataformas utilizadas foram a *SciELO* e *PubMed*. A busca seguiu os seguintes parâmetros: artigos publicados nos períodos de 10 anos (2013 a 2023), escritos em português e publicados em periódicos com revisão por pares. Utilizou-se a combinação entre os descritores: Emergência Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica e Crise Psíquica, Reforma Psiquiátrica e Crise Psiquiátrica, Crise Psíquica.

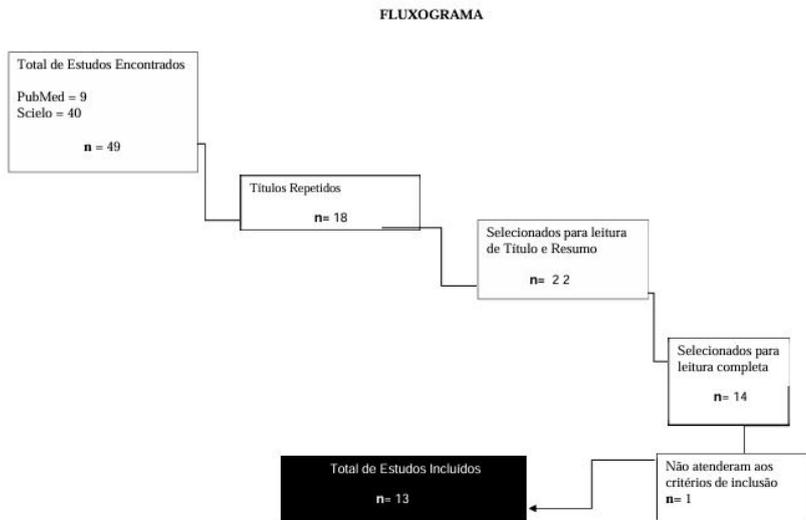
Os artigos levantados foram selecionados a partir da identificação dos temas nos títulos, resumos e palavras-chaves. Foram excluídos os artigos duplicados, fora do período delimitado, e que não tivessem vinculação com o objetivo pesquisado. Por sua vez, os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Essa leitura inicial foi utilizada para verificar se o artigo respondia às nossas questões de pesquisa. Essas questões variavam conforme o descritor de

busca e, portanto, versavam sobre como a emergência psiquiátrica é tratada na rede, quais as definições de crise psíquica, quais as diretrizes da reforma psiquiátrica para o manejo da crise psíquica e quais os desafios da emergência psiquiátrica na RAPS.

Após a inclusão, os artigos foram agrupados em um quadro síntese para a realização da leitura exploratória, sistematização detalhada das informações. As sínteses produzidas analisam o debate sobre a crise psíquica no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e se suas abordagens e ações seguem alinhadas ao modelo de desinstitucionalização.

Durante o processo de investigação, foi produzido um fluxograma para melhor compreensão acerca do processo de busca e seleção dos estudos.

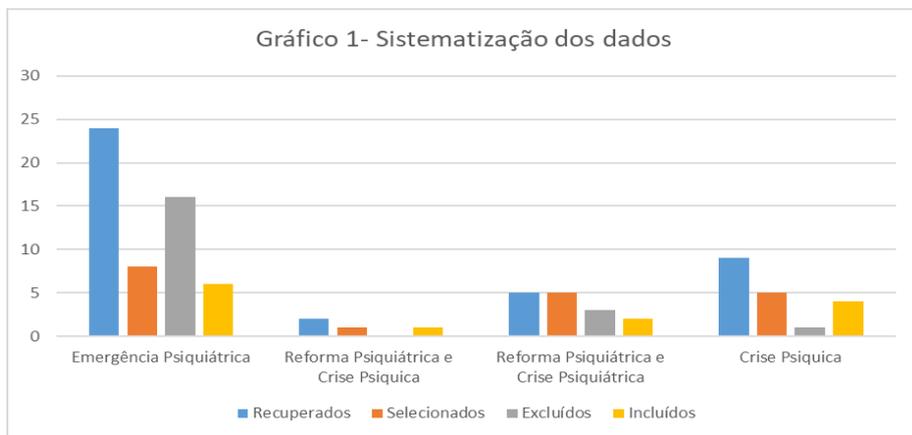
Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, seleção e inclusão dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2024)

O gráfico 1 detalha a distribuição dos artigos pelos descritores utilizados, demonstrando os artigos levantados, selecionados e incluídos na revisão.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2024)

RESULTADOS

A partir das análises realizadas, a presente pesquisa proporcionou direcionamentos sobre as abordagens e intervenções dos profissionais acerca do acolhimento a pessoas em crise psíquica nos serviços de urgência e emergência, buscando compreender como se operacionaliza o cuidado do usuário na atenção à crise. Durante o processo de análise, distribuímos os artigos incluídos por tipo de estudo para compreender melhor a sua contribuição para a pesquisa. Foram identificados 4 tipos de estudo: artigos resultados de pesquisa de campo, artigos de pesquisa bibliográfica,

artigos de pesquisa de campo e o ensaio teórico, conforme distribuição do Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos Artigos por tipo de estudo



Fonte: Elaboração própria (2024)

A partir do exposto, percebe-se a prevalência dos estudos do tipo pesquisa de campo. Esses artigos permitiram a compreensão das experiências dos profissionais, revelando, a partir da aproximação com a prática, as dificuldades cotidianas com a precarização das estruturas dos serviços, limitando a intervenção e a capacidade de um atendimento mais humanizado aos usuários e familiares, como destacados nos estudos de Almeida *et al.* (2014) e Sabeh *et al.* (2023). Os autores afirmam a necessidade de melhorar a estrutura física e os recursos humanos e que os serviços se limitem apenas ao suporte imediato no momento de crise.

Seguindo a análise de Volmer *et al.* (2021), mesmo as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) sendo um cenário indispensável na lógica de articulação, direcionamento e organização de

fluxo, são evidentes os desafios apresentados pela equipe profissional em relação à falta de investimento dos gestores em educação permanente referente à atenção à crise, baseados nos preceitos da reforma psiquiátrica que visem à ampliação desse conceito. Para Almeida e colaboradores (2015),

A teoria da crise pode ser definida como uma desestabilização do equilíbrio do homem em relação ao seu corpo e ao meio ambiente. A crise é decorrente de um obstáculo para o alcance de objetivos importantes de vida por um período de tempo e pode se tornar insuportável para uma pessoa (Almeida, *et al*, 2015 p.4).

Além disso, é enfatizada a questão medicamentosa alternativa para interromper essas experiências de sofrimento. Esse pensamento evidencia a falta de conhecimento tanto dos usuários quanto dos profissionais de outras alternativas de cuidado.

Os estudos conduzidos por Dassoler *et al.* (2021) e Portugal *et al* (2019) demonstram a necessidade de romper com concepções conservadoras enraizadas nos hospitais psiquiátricos, pautadas nos ideários manicomial do modelo tradicional, a fim de compreender a complexidade do processo de reforma psiquiátrica brasileira, permitindo a desconstrução de resistência aos cuidados do modelo de atenção psicossocial. Apresenta os desafios no cotidiano profissional, com a falta de articulação intersetorial com outros serviços para o atendimento integral ao usuário. Sobre essa questão Amaral *et al.* (2020) afirmam

À medida que a intersetorialidade possibilita a integralidade do cuidado, como outrora discutido, ela corrobora na efetivação dos direitos sociais dos sujeitos com transtornos mentais. Visto que, para a concretização da integralidade, uma gama de necessidades apresentadas

pelos usuários precisa ser atendida, as quais estão para além do setor da saúde (Amaral, *et al*, 2020, p. 9).

Por meio das evidências demonstradas por Brito *et al.* (2015), foi perceptível o despreparo nas abordagens das equipes do SAMU, por terem a percepção de que é um serviço pré-hospitalar de emergência, e não de continuação do cuidado da pessoa em crise. Dessa forma, os autores sugerem formas de ampliar as possibilidades de cuidado no manejo e tratamento do usuário, fornecendo sua inclusão nos equipamentos de saúde.

No estudo de Buriola *et al.* (2017), nota-se o despreparo da atenção básica em relação à promoção da saúde a indivíduos em sofrimento psíquico, com a falta de conhecimento dos profissionais, permitindo a fragilização em relação ao funcionamento da RAPS. É importante ressaltar que essa é uma dificuldade apresentada pelos demais serviços que compõem a rede.

Há uma fragilidade em relação à estrutura mínima para o atendimento de pessoas em crise nos serviços de urgência e emergência. Os serviços não oferecem um ambiente seguro, privacidade ao indivíduo e tampouco a garantia do sigilo profissional durante as consultas e triagens. Os estudos apontam para a necessidade de investimentos no processo de formação continuada, em novas estratégias de cuidado que estejam alinhadas com os princípios do SUS, considerando a abordagem psicossocial.

DISCUSSÃO

Nesta seção, discutem-se as categorias identificadas durante o processo de análise, que incluem: a patologização da crise

psíquica; a mudança paradigmática do modelo asilar para o modelo de atenção psicossocial e os conceitos e práticas na atenção à crise. Essa última possui diversas subcategorias/temas, como: a) SAMU; b) CAPS; c) UPA d) Hospital psiquiátrico e) reforço policial. Também são abordadas as concepções de usuários e familiares sobre a crise, englobando as seguintes subcategorias/temas: a) os sentidos; b) a experiência; d) o uso de medicamento; e) os serviços de emergência psiquiátrica, destacando a integração da rede.

Patologização da crise psíquica

Essa categoria é atravessada pela centralidade do modelo biomédico que repercute na atenção ao usuário em sofrimento psíquico nos serviços. Esse modelo consiste em abordagens que enfatizam os ideários manicomialistas não condizentes com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, permitindo que o comportamento do indivíduo seja rotulado e o processo de sofrimento intenso seja patologizado.

[...] é necessária uma intensa discussão entre todos os atores, gestores, trabalhadores e sociedade em geral, a fim de construir um novo olhar à saúde mental, diferente da patologia. Um olhar que priorize o sujeito como ser complexo e ativo em todo processo, constituído de desejos e singularidade, e que rompa com o modelo padronizado de entender a loucura (Almeida *et al.*, 2016, p.5).

Ademais, sob a influência da medicalização, que advém do diagnóstico do sofrimento como doença ou transtorno, o indivíduo é inserido em um processo intenso de medicalização, tornando-o, muitas vezes, dependente. Essa visão, além de estigmatizante, atravessa o sofrimento do sujeito, desconsiderando suas questões subjetivas.

Mudança paradigmática

A compreensão histórica do louco foi marcada por diversas expressões de segregação, exclusão e violência. A Reforma psiquiátrica promove a mudança dessa concepção, enxergando o indivíduo em sua integralidade. No trato da crise, percebe-se que no modelo clínico é priorizada a contenção física e medicamentosa, e não ações pautadas no diálogo humanizado e escuta qualificada ao usuário em crise. Sobre as implicações da mudança paradigmática para as práticas profissionais, Almeida (2014) pontua:

Essas mudanças profissionais visam transformar as relações com as instituições, com a loucura, com o louco e com o transtorno mental, no sentido de que conduzam uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade e de cuidados. Para isso se faz necessária a permanente mudança paradigmática do entender a loucura como condição humana, do modelo controlador e asilar para a uma forma libertadora, tendo como possibilidade o Paradigma Psicossocial (Almeida, 2014, p.2).

Em contraponto, o modelo de atenção psicossocial permite compreender e avaliar as principais formas de tratamento, com o objetivo de pensar estratégias que qualifiquem a prática profissional nos serviços de saúde mental, minimizando os impactos sociais, históricos e culturais que perpassam a vida do ser humano, ampliando o debate acerca do tratamento em saúde mental de maneira humanizada. Vale ressaltar que nesse modelo, entende-se que os impactos sociais como fome, violência, desemprego, dificuldade do acesso à moradia e educação também são aspectos que estão intrinsecamente relacionados ao processo de sofrimento do sujeito.

Conceitos e práticas na atenção à crise

Essa categoria está presente em todos os estudos de campo e possui várias subcategorias/temas. A seguir, sintetizamos as discussões e os debates pertinentes a cada tema.

➔ SAMU

Essa categoria é bastante abordada nos trabalhos. O SAMU presta um atendimento pré-hospitalar para situações críticas que possam resultar em sofrimento intenso, sequelas e morte. Na RAPS, o SAMU presta acompanhamento do usuário em crise psíquica até um serviço de urgência e emergência, trabalhando com o conjunto serviços e profissionais da rede intersetorial, permitindo maior cobertura do atendimento.

Os trabalhos destacam a necessidade de a equipe profissional utilizar o diálogo como forma de acolhimento inicial, buscando entender a necessidade que o indivíduo está apresentando no momento, para que dessa forma possam ser criadas abordagens e técnicas voltadas ao cuidado, desconstruindo a percepção de abordagens agressivas no acolhimento à crise.

Assim, o que se evidencia é uma grande necessidade de a crise ser compreendida como uma manifestação individual, que se desenvolve no espaço coletivo com todas as incoerências e antagonismos decorrentes da sua construção histórica e social (Almeida, *et al*, 2015, p.2).

Contudo, destacam-se as dificuldades de o SAMU operar na RAPS seguindo esses preceitos, pela sua compreensão biomédica da crise psíquica, sem conhecer ou mesmo desconsiderar as abordagens do modelo de atenção psicossocial.

➤ CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de base territorial que prestam cuidados em saúde mental para pessoas com problemas de saúde mental intensos e/ou decorrente do uso abusivo de drogas. Esses serviços surgem a partir da Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo de assistência e garante a proteção dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, constituindo-se assim na política de saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental assegura dispositivos de atendimento às pessoas, possibilitando intervenções de cuidado de forma contínua em seu próprio território. Essa subcategoria apresenta a necessidade de acompanhamento terapêutico comunitário, envolvendo a participação familiar, a fim de apresentar alternativas de cuidado no processo de sofrimento do indivíduo, visando à reinserção social e ao trabalho pautado numa perspectiva da autonomia, emancipação e liberdade.

➤ UPA

Essa subcategoria assegura a importância especializada da representação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em situações de crise, na lógica de articular os demais pontos de atenção e direcionar os usuários, permitindo que eles integrem outros serviços.

Em relação ao acolhimento desse serviço, há entraves no que diz respeito à concepção de estigmas, entendendo que nesses espaços a correlação de forças se torna presente, demonstrando uma fragilidade na visão do cuidado baseado no paradigma psicossocial. Para Volmer *et al.* (2021),

Ainda há um caráter manicomial no modo de pensar dos trabalhadores, até pela falta de espaço para refletir sobre suas práticas. Tal consideração é válida, já que nunca se teve capacitação sobre como lidar com uma pessoa em crise psíquica, sendo que essa UPA é a referência na cidade em casos de surtos psiquiátricos. Isso demonstra que, mesmo com a alta demanda de saúde mental no serviço, ainda não é dada a ela a devida atenção (Volmer *et al.*, 2021, p.16).

Essa fragilidade pode comprometer o cuidado a pessoa em crise, além de potencializar seu sofrimento quando submetida a práticas violentas de manejo.

➔ HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

O hospital psiquiátrico é conhecido historicamente por sua perspectiva de segregação, exclusão social do indivíduo e violação dos direitos. A forma de prestar assistência nesse serviço vai na contramão do processo de Reforma Psiquiátrica. Mesmo com o processo de reforma, eles continuam na rede e resistem por meio de alterações cosméticas para se adequarem aos preceitos da atenção psicossocial:

Os hospitais psiquiátricos, repaginados agora como “modernos e humanizados” – como descritos na Nota Técnica 11/2019 do MS – fortalecem a categoria médica, com o modelo hospitalocêntrico e centrado no psiquiatra, e a utilização de tecnologias duras, sejam elas os psicofármacos ou as intervenções cirúrgicas remotas ou recentes.” (Portugal *et al.*, 2019, p. 4493).

Essa subcategoria revela os contrastes dos hospitais psiquiátricos com atenção psicossocial, principalmente nas atuações dos profissionais. Suas condutas são caracterizadas pela permanência de práticas focadas no saber médico, centradas exclusivamente na noção de doença, sem permitir que o usuário seja prota-

gonista de seu tratamento, além da intensa utilização e prescrição de medicamentos, uso de força para “conter” o usuário e internações prolongadas.

Concepções de usuários e familiares sobre a crise: sentidos, experiências e medicamentos

O exercício da atenção em saúde mental com os usuários e seus familiares, frente às intervenções dos profissionais dos serviços de Pronto Atendimento de Urgências e Emergências, vem sendo aplicado de forma contrária às lógicas de atenção e cuidado previstas na Lei 10.216/2001, pois está sendo reproduzido a partir de uma perspectiva com enfoque no cuidado hospitalocêntrico.

De acordo com a literatura analisada, percebe-se que as práticas profissionais na saúde mental influenciam as concepções que os usuários e familiares têm dos serviços ofertados pela RAPS. A falta de práticas como matriciamento e articulações intersetoriais leva os profissionais a tomarem a decisão de encaminhar o usuário para internações em hospitais psiquiátricos. Essa prática reforça para os familiares que o hospital psiquiátrico ainda é um lugar de tratamento. Conforme Monteiro *et al.* (2021),

[...] o encaminhamento para o hospital especializado ainda obedece à regra das instituições de saúde, sem inserção na rede. Sem haver pactuação ou explicações aos familiares, a internação hospitalar continua apresentada aos familiares como o melhor local de acompanhamento (Monteiro, *et al.*, 2021, p.6).

A partir disso, nota-se que os serviços substitutivos como os CAPS não são utilizados por toda a população que demanda cuidados em saúde mental, por não terem o conhecimento acerca

do funcionamento de cada serviço, sendo prejudicados com tais práticas.

Serviços de Emergência Psiquiátrica: integração com a rede

Partindo da concepção exposta por Buriola *et al.* (2017) sobre os serviços de emergência psiquiátrica, entende-se que nesses serviços, os usuários que se encontram em crise psíquica necessitam de uma intervenção imediata.

As unidades de emergência psiquiátrica surgiram inicialmente como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes núcleos urbanos, tendo como meta realizar diagnósticos clínicos e psicossociais em situações de distúrbios de pensamento, emoções ou comportamento, que requerem cuidados imediatos (Buriola *et al.*, 2017, p.2).

A integração da rede deve ser conduzida pelos profissionais, com o objetivo de proporcionar um atendimento à população. Isso envolve apresentar aos usuários e seus familiares as diversas alternativas e os serviços disponíveis, assegurando uma experiência melhor de assistência. Essa melhoria se aplica tanto em situações emergência quanto no cuidado contínuo oferecido pelos CAPS.

Com a integração da rede, torna-se essencial que os serviços estejam em conformidade com as diretrizes da Lei de Reforma Psiquiátrica. É importante também que atualizem suas práticas por meio de formação continuada, conforme as necessidades da população e os avanços nas experiências de atenção psicossocial. Dessa forma, será possível atender e encaminhar os usuários de maneira eficaz, garantindo um cuidado humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões e dos achados dos artigos analisados, constatou-se que a crise psíquica é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apesar das mudanças na política de saúde mental, ainda se identifica uma forte concepção estigmatizante nas práticas de várias categorias profissionais nos serviços de acolhimento à crise, as quais frequentemente não consideram a subjetividade e a experiência de cada pessoa.

Constatou-se que a atenção ao usuário ainda faz uso da contenção física e medicamentosa. Tais práticas reforçam a legitimação dessas ações e da abordagem dos profissionais ancorada no modelo da psiquiatria tradicional. Observou-se também a falta de conhecimentos teórico-práticos das equipes dos serviços da RAPS em relação às dimensões sociais e à da singularidade do sujeito, o que impede a percepção dos usuários como sujeitos de direitos, dificultando a intervenção na atenção à crise.

Propõe-se, portanto, um processo de educação permanente sobre RAPS, considerando sua representação social e a integração com outros serviços de atenção à crise, tendo em vista a sua representação social na articulação com os demais serviços de atenção a crise. Sugerem-se também capacitações contínuas sobre os instrumentos e as técnicas alinhados com o modelo de atenção psicossocial, caracterizadas pelo acolhimento qualificado e humanizado.

Ressalta-se a necessidade de adequar a estrutura física dos serviços para proporcionar um ambiente seguro com privacidade e garantia do sigilo profissional, além de melhorar a aplicação dos protocolos, promovendo a construção de um espaço acolhedor.

Compreende-se, ainda, que as mudanças nas práticas de cuidado é um processo contínuo que requer a participação ativa dos atores sociais envolvidos, atuando sob a perspectiva de novas estratégias de acolhimento em situação de crise.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aleksandro Barreto. *et al.* Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 708-714, 2014.

ALMEIDA, Aleksandro Barreto. *et al.* Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 1035-1043, 2015.

AMARAL, Fátima Rafaella Silva *et al.* Saúde mental e o desafio da intersetorialidade: Análise das práticas profissionais nos CAPS. In: **Desigualdades sociais e os desafios das Políticas Públicas**. Uniedusul Editora, 2020. p. 154-164.

ARAÚJO, Alecsonia Pereira. **Os (des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa-PB**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

BONFADA, D. *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 227-233, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200004&nrm=iso.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes. *et al.* Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1293-1312, 2015.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes. *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 227-233, 2013.

BURIOLA, Aline Aparecida. *et al.* Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e3240016, 2017.

DASSOLER, Volnei Antonio. *et al.* Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 278-291, 2021.

FERIGATO, Sabrina Helena. *et al.* O atendimento à crise em saúde mental. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 14-14, 2007.

KINKER, Fernando Sfair; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 178-190, 2021.

MACHADO, Daniela Martins. *et al.* Serviço de emergência psiquiátrica no Distrito Federal: interdisciplinaridade, pioneirismo e inovação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190519, 2021.

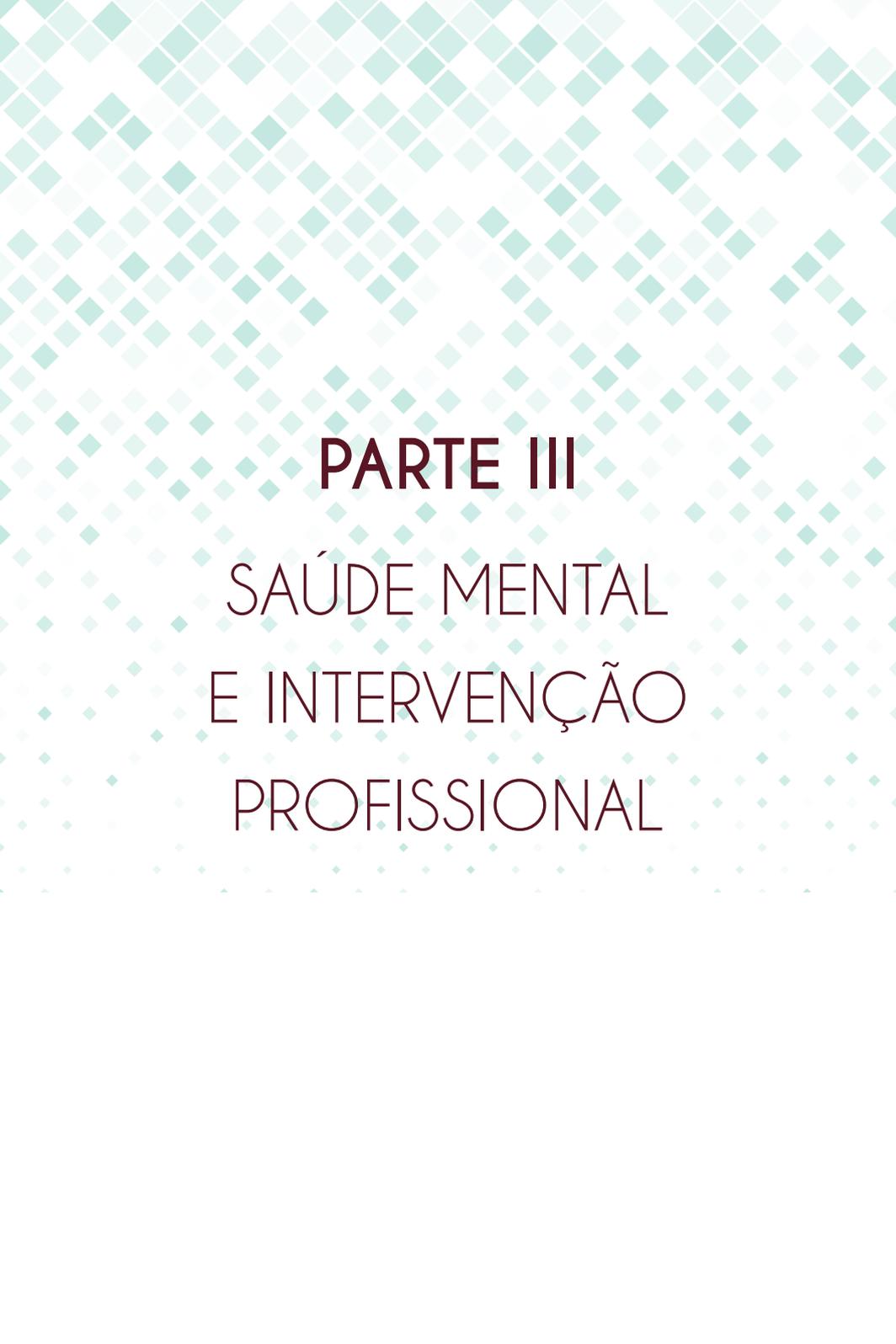
MONTEIRO, Claudia Barbastefano. *et al.* Primeira internação psiquiátrica na visão dos familiares. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 24, p. 704-720, 2021.

PORTUGAL, Clarice Moreira. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

SABEH, Anna Carla Bento; *et al.* Representações Sociais de Enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento às pessoas com Transtorno Mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220298, 2023.

SOUZA, Beatriz da Silva; *et al.* Perspectivas de usuários em sofrimento psíquico sobre um Serviço de Pronto Atendimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e221805, 2021.

VOLMER, André; HOMERCHER, Bibiana Massem.
Interloções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos
trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. **Physis:
Revista de Saúde Coletiva**, 2021.



PARTE III

SAÚDE MENTAL E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A INTERSETORIALIDADE
ENQUANTO
MECANISMO PARA
A INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL NA
REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

A INTERSETORIALIDADE ENQUANTO MECANISMO PARA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

*Kassandra Queiroga Bezerra
Edna Tania Ferreira da Silva*

Resumo

O artigo discute os resultados da pesquisa que teve como objetivo analisar a construção da intersectorialidade no campo da saúde mental através das práticas profissionais de saúde na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no município de João Pessoa-PB. O estudo foi motivado por reflexões sobre as ações que demandam intersectorialidade a partir da experiência na Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN). Parte-se do pressuposto de que as intervenções intersectoriais consistem numa articulação integrada entre os serviços de saúde mental, com outras políticas públicas, que têm como base a integralidade do cuidado. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualiquantitativo, com revisão bibliográfica e documental. A pesquisa envolveu os profissionais de três (03) serviços da RAPS, que compõem a Atenção Psicossocial Estratégica. Observaram-se contradições no que se refere ao acesso aos serviços, estagnação nos fluxos de atendimento, dificuldade de acesso à atenção básica, ausência de planejamento cotidiano, carência de recursos assistenciais e precarização do trabalho profissional. As argumentações dos profissionais revelam os principais problemas em relação a dar respostas às demandas dos usuários, sobretudo às condições materiais e políticas das instituições e das

1 Texto extraído da monografia apresentada em cumprimento às exigências para a conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC/ CCS/Universidade Federal da Paraíba. Orientado pela Prof.^a Dr.^a Edna Tania Ferreira da Silva/DSS/UFPB.

políticas sociais que atingem diretamente a organização e os princípios do trabalho, dificultando a efetivação da intersectorialidade.

Palavras-Chave: Intersetorialidade, Saúde Mental, Cuidado, Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica está fundamentado no Sistema Único de Saúde (SUS). Pressupõe, portanto, a saúde como um direito constitucional e obrigação do Estado, que deve garantir o acesso na RAPS, pautado nos princípios da integralidade, igualdade, equidade, intersectorialidade, universalidade e controle social.

Desse modo, os serviços substitutivos são dispositivos que devem promover o atendimento, visando à inserção social das pessoas com problemas de saúde mental por meio de ações intersectoriais, na interseção entre saúde mental, a rede básica de saúde e demais políticas sociais. Para tanto, o processo de trabalho em saúde mental está pautado em uma concepção ampliada de saúde, implementada por meio de saberes e práticas interdisciplinares e intersectoriais, que garantam regras de proteção e cidadania.

Nessa compreensão, do modo de produzir e ofertar os serviços em saúde mental, pautados nos princípios da reforma, justifica-se o presente estudo, que buscou analisar como as equipes interprofissionais dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) articulam os serviços da rede e das diferentes políticas sociais, de modo a garantir o acesso do usuário na perspectiva da integralidade da atenção em saúde mental.

Parte-se do pressuposto de que as intervenções intersetoriais consistem numa articulação integrada entre políticas públicas, programas e projetos e práticas profissionais, acostadas em diferentes necessidades de saúde e cidadania no atendimento ao usuário (Carvalho, 2015).

Dessa forma, o presente estudo se desenvolveu como desdobramento do projeto de pesquisa intitulado: “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de João Pessoa -PB”², aprovado na Chamada Universal MCTI/CNPq nº 28/2018 e desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB). O referido projeto vincula-se ao Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS), do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal da Paraíba, e contou com a colaboração dos seus pesquisadores integrantes.

O estudo teve como objetivo analisar a construção da intersetorialidade no campo da saúde mental através das práticas dos profissionais de saúde da rede de saúde mental do município de João Pessoa, na Paraíba. A proposta investigativa centra-se na interpretação dos profissionais entrevistados sobre as ações de saúde desenvolvidas na referida rede, levando em consideração a dimensão da intersetorialidade, dos modelos formais que regulamentam o campo da saúde mental e do processo de produção de cuidado. Dentre as intencionalidades específicas destacam-se: a) conhecer a organização e o funcionamento dos serviços de

2 O Projeto de Pesquisa foi coordenado pelo professor Dr. Rafael Nicolau Carvalho, docente do Departamento de Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba.

atenção à saúde mental; b) examinar o processo de construção de ações intersetoriais no âmbito da rede; c) desvendar os modelos concretos de implementação da intersetorialidade no âmbito das práticas no campo da saúde mental.

Para o cumprimento desses objetivos, o projeto desenvolveu-se com três estudos, a saber: 1) Dimensões da intersetorialidade e da Saúde Mental: uma sistematização bibliográfica; 2) Análise dos modelos formais estruturantes das práticas de saúde mental: uma revisão documental; 3) Caracterização dos serviços de saúde mental quanto às dimensões *estrutura, processo de cuidado e ações intersetoriais*.

O presente artigo discute apenas parte dos resultados referentes ao estudo 3, especificamente na análise do processo de construção das ações intersetoriais. Ao realizar tal recorte nos resultados da pesquisa, ressalta-se que este estudo está imbricado com a experiência da tutoria em saúde mental, que envolveu pesquisadores docentes do SEPSASS, transversal à experiência vivenciada na Residência Multiprofissional em Saúde Mental - RES-MEM.

As questões de intersetorialidade abrangem a inserção nos serviços substitutivos e na rede em saúde mental, quando se teve oportunidade de participar nas práticas de cuidado. A falta de articulação de diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais, a burocratização do acesso, a estagnação dos fluxos de atendimento, a precarização do trabalho profissional, a precária infraestrutura, dentre outros aspectos, constituem segmentações no acesso e atendimento na rede de saúde mental e são questões problematizadoras do processo da Reforma psiquiátrica.

Contudo, apreende-se que o cuidado em saúde mental, quanto às ações que demandam intersetorialidade e que garantam cidadania e as possibilidades de transformações na fragmentação das políticas sociais, está subjacente às dimensões sociais mais amplas (Mioto; Schütz, 2011).

A partir das análises produzidas nesse estudo, reconhece-se a atualidade das lutas sociais na defesa dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica para o fortalecimento dos espaços. Quando já se está completando mais três décadas do começo desse movimento, é preciso refletir sobre as práticas que vêm se consolidando e os impasses atuais.

A reforma envolveu, nesses anos, vários segmentos sociais e alcançou avanços importantes, marcou a sociedade ao evidenciar as tentativas de construção de outro tipo de atenção, de reconhecimento da liberdade e da cidadania da pessoa com problemas de saúde mental. No entanto, é preciso estar atento e vigilante aos retrocessos. Na cidade de João Pessoa, os serviços substitutivos estão cada vez mais desestruturados quanto à oferta e ao atendimento. A reforma continua viva no cotidiano, não foi terminada, está ameaçada. É dessa forma que essa análise pretende contribuir.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualiquantitativo, com revisão bibliográfica e documental. Os questionários e o roteiro de entrevista foram construídos a partir das análises realizadas com a pesquisa bibliográfica, de modo a possibilitar a

caracterização dos serviços de saúde mental e o desenvolvimento das ações de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário com questões semiestruturadas, em que se colheram, por meio de questionários e entrevistas, os dados, cuja sistematização e organização foram apresentados através de quadros e citações diretas dos depoimentos dos entrevistados para análise de conteúdo.

A pesquisa envolveu três (03) serviços da RAPS de João Pessoa, mais especificamente aqueles que compõem a *Atenção Psicossocial Estratégica*, a saber: CAPS III Caminhar; CAPS Ad III (Davi Capistrano) e CAPS infantojuvenil (Cirandar). Na ocasião, não participaram do estudo o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) e o CAPS III Gutemberg Botelho.

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde de nível superior, lotados nos serviços selecionados para esta pesquisa e que tiveram disponibilidade em participar.

A técnica de análise dos dados qualitativos utilizada foi a análise de conteúdo do tipo categorial temática, proposta por Bardin (2009). Os dados foram sistematizados e posteriormente categorizados com o auxílio do software *Nvivo10*. Ainda para análise, os entrevistados foram identificados pela letra “E” e numerados de 01 a 07, sendo representados pela sigla E1, E2, E3 e assim sucessivamente até E7.

A pesquisa levou em consideração as definições disponíveis na literatura sobre a intersetorialidade e sua interface com a saúde mental, bem como os documentos em que foram encontradas referências ao uso da intersetorialidade como estratégia de produção de cuidado. Considerou-se também, especificamente, o

relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental intersetorial e as portarias que fazem menção à intersetorialidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A INTERSETORIALIDADE NO PANORAMA DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: cenários possíveis

Garantir a cidadania das pessoas com problemas de saúde mental é a principal e mais importante perspectiva de luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como preconiza a Lei 10.216, tendo por objetivo humanizar o tratamento das pessoas acometidas de sofrimento psíquico, de modo que a internação seja o último recurso adotado, oferecendo assistência integral sem romper com os vínculos sociais e familiares (Brasil, 2001).

O questionamento do modelo assistencial da psiquiatria tradicional, historicamente institucionalizado, e as estratégias para a sua transformação são instrumentos a partir das práticas que vêm tentando se consolidar. A avaliação e a análise da estrutura e do funcionamento da rede de serviços e do atendimento são pressupostos para que a política de saúde mental possa dar respostas efetivas sobre as necessidades e as conhecidas iniquidades sociais nesse campo.

A despeito dos inúmeros avanços construídos no processo da Reforma Psiquiátrica – que objetivaram enfrentar as condições degradantes e segregadoras da assistência –, ainda se evidenciam imensas fraturas e desafios no que diz respeito às ações que demandam intersetorialidade no cotidiano dos serviços substitutivos (Carvalho, 2015). Identifica-se, a partir da análise dos depoi-

mentos dos entrevistados, a necessidade de investimentos, tanto materiais quanto políticos, no que se refere à efetividade de ações intersetoriais.

Nesse sentido, procurou-se abstrair dos depoimentos dos trabalhadores dos CAPS, integrantes da RAPS, no município de João Pessoa-PB, traços de como vem sendo construída a intersetorialidade na política, sobretudo nas práticas institucionais e profissionais, enquanto princípio da Reforma Psiquiátrica, para conhecer e entender se o processo de assistência nos serviços é condizente com os ideais e princípios norteadores da reforma.

Da análise dos depoimentos agrupados foi extraída a temática “A qualidade da assistência em saúde nos CAPS enquanto potencial de ações intersetoriais”, que será norteadora para apontar as contradições e os paradoxos da rede de atendimento e dos impasses.

Contudo, o primeiro domínio de análise refere-se à *compreensão dos profissionais sobre a intersetorialidade*. Esse domínio teve por objetivos: 1) analisar a percepção sobre a intersetorialidade utilizada pelos profissionais; 2) compreender a relação que os profissionais fazem entre a intersetorialidade e o cuidado em saúde. As respostas foram consideradas globalmente, sem detalhar a categoria profissional dos entrevistados e o serviço.

No conjunto das respostas, os profissionais dos CAPS demonstraram ter conhecimento do debate acadêmico e legal sobre a intersetorialidade. Trazem subsídios peculiares dessa relação, como a ideia de interseção e/ou integração entre as políticas e os setores, entre as práticas profissionais, com a rede, conforme os fragmentos de depoimentos que apontam ser a intersetorialidade: a “Interseção entre as políticas (saúde, assistência, previdência,

etc.)” (E1); bem como: “A intersetorialidade é o diálogo entre as políticas públicas existentes” (E7).

Nos depoimentos, destacam-se elementos e características que denotam a compreensão do significado da intersetorialidade por parte dos profissionais que executam a política de saúde mental. Todavia, tal processo é mais abrangente e exige articulação de saberes, experiência de planejamento, multiprofissionalidade e interprofissionalidade, avaliação das ações, gestão integrada e interdisciplinaridade, conforme já apontado em estudos anteriores de Carvalho (2015), Amaral *et al.* (2019) e Amaral e Carvalho (2020).

Observa-se que o conceito foi incorporado ao discurso dos profissionais e está relacionado às suas práticas. Contudo, esses reforçam a necessidade de políticas sociais mais abrangentes e integradas e entendimento de que as necessidades em saúde mental estão relacionadas a outras necessidades sociais dos indivíduos e suas famílias, o que faz com que ocorram avanços consideráveis na análise e na operacionalização da política. Existe crescente apropriação profissional em torno da compreensão de que outro tipo de atenção à saúde é fundamental para garantir direitos.

Por outro lado, fica evidente que as ações exigem a articulação da rede e que impõem a necessidade de superação da fragmentação persistente quanto à operacionalização dos serviços. Decerto, reafirma-se a capacidade de construir o trabalho em rede, a integralidade do cuidado e o próprio fortalecimento da saúde mental. Reconhece-se que são necessários mecanismos institucionais e políticos para efetivar ações integradas. Vejamos as falas a seguir:

E5: Bem, a minha compreensão é que, é o trabalho intersetorial, é um trabalho feito em conjunto com as redes, tanto de proteção social como de saúde. Certo? Esse trabalho é que leva à integração de todos os setores e, se integra também à comunidade com os usuários e trabalhar com a sua autonomia. Trabalhar com a autonomia do usuário. Então, o trabalho intersetorial, ele faz isso.

E3: É trabalhar além dos muros, das caixas, ir além, se encontrando, de fato, com outros serviços.

Os trabalhadores entendem que para efetivar a intersetorialidade, é preciso uma gestão integrada entre os entes federados, União, Estados e municípios, planejamento das ações, equipamentos sociais funcionando, infraestrutura, assim como reforçar o planejamento e a relação interprofissional, a fim de promover a superação da herança assistencialista e aumentar o alcance da promoção de saúde (Souza, 2013).

Os discursos revelam a consciência profissional sobre a intersetorialidade na política social e reafirmam que além da incorporação desta, são necessárias condições objetivas para que reformas sejam operadas, principalmente no que diz respeito à relação com a precária estrutura física dos serviços, a precarização do trabalho profissional e a sobrecarga de trabalho. Críticas são apresentadas ao processo de trabalho, a estrutura dos serviços, demonstrando a dificuldade de efetivação da assistência que está além dos objetivos profissionais, dos interesses subjetivos. Disso decorre o discurso que segue:

E4: Como a gente vai falar de setores, de intersetorialidade, se a gente não tem uma base? Como a gente vai tá entrando em contato com as outras coisas se a gente não tá dando nem conta nem do nosso? Acho que já é uma questão estrutural, o CAPS como serviço especializado

ele centraliza muito. É tão pouca essa relação de interse-
torialidade, porque o básico não tem, então se a gente não
tem um básico, como a gente vai ter tempo, disposição,
pra tá acionando outros serviços, entendeu?!

É fato que as políticas sociais tendem a tratar o cidadão e suas necessidades de forma fragmentada, com serviços executados isoladamente, embora as ações se dirijam ao mesmo indivíduo e sua família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial. Esse modelo setorizado se reproduz ao passo em que a satisfação das necessidades envolve um conjunto de direitos inter-relacionados e permanentes.

Os efeitos da fragmentação das políticas sociais são percebidos pelos profissionais que executam os serviços à população, e recaem sobre esses e seus usuários os impactos, dificultando o processo de reforma, como previsto em seu projeto original. Denuncia-se, portanto, que a reforma adquire uma feição restrita e abstrata, porque não assume formalmente suas proposições. A financeirização da política social e a reforma do Estado no contexto do capital neoliberal, instaurados na contratendência de sua crise, redimensionam a generalização das relações mercantis às mais recônditas esferas e dimensões da vida social. Afetam transversalmente os direitos sociais e a constituição dos sujeitos, bem como funções e atribuições profissionais, processos de trabalho por meio dos quais se realizam a produção e distribuição de bens e serviços (Iamamoto, 2008).

Disso decorre que a atenção básica na saúde mental se coloca de modo limitado, e as práticas secundárias e terciárias são insuficientes para as necessidades da população brasileira. Igualmente, os serviços especializados em saúde mental, como CAPS,

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Hospitais-dia são insuficientes, mal distribuídos geograficamente e com estruturas físicas sem investimento, sendo, portanto, precárias. Por essas razões, a rede de serviços de saúde mental não comparece para o atendimento de qualidade e de forma articulada, ou seja, intersetorializada. Todas essas questões refletem nas dificuldades para consolidar ações que demandam intersetorialidade.

O material empírico revela que os serviços substitutivos são desprovidos de estrutura adequada e se trabalha sem o básico para a ação profissional com qualidade. Esse fato torna o exercício profissional difícil, com pouca condição para o diálogo e fortalecimento da rede local. Logo, identifica-se a restrição da intersetorialidade, seja na integralidade entre políticas públicas, seja nas ações profissionais e nos serviços, seja na rede, que não transforma a assistência à pessoa com transtorno mental ou só a transforma parcialmente. A ideia de intersetorialidade pressupõe uma ação em rede, compreendida como um arranjo entre pessoas, órgãos, departamentos e organizações (Silva; Junqueira, 2016).

Todavia, a efetividade de ações intersetoriais no âmbito da política de saúde mental implica no funcionamento dos serviços e equipamentos existentes e na articulação com as outras políticas sociais. As políticas públicas devem ter um fluxo permanente no território que possibilite a vinculação e a sistematização de todos os serviços que a compõem. Por sua vez, as ações devem ser orientadas por articulações, devendo haver ação conjunta entre os profissionais da rede, a garantia do acesso, o atendimento qualificado e humanizado. Assim, uma vez considerado o caráter estratégico de articulação, a luta central é pela afirmação do direito à saúde no espaço político, no espaço territorial e familiar (Frigotto,

2010). Porém, a efetivação e o funcionamento da RAPS articulada a outras Políticas Públicas é algo que vem sendo construído com muita dificuldade. É perceptível no cotidiano a fragilidade e mesmo ausência de integração entre as políticas sociais e até entre os serviços de uma mesma política.

Sendo assim, destaca-se a necessidade de ampliação da relação institucional e profissional com a rede de atenção básica de saúde como porta de entrada e a RAPS, considerando a base territorial, de modo a atender para as particularidades na execução da política de saúde mental. Uma das principais estratégias propostas é a criação de equipes de apoio matricial, cuja função consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço.

As falas dos entrevistados reforçam a importância de ações intersetoriais no âmbito mais geral das políticas públicas no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços, relacionam a intersectorialidade como mecanismo de enfrentamento das expressões da “questão social” no âmbito da saúde mental. Sobre tudo, mencionam a intersectorialidade como base para o desenvolvimento de práticas de inclusão social, compreendida como aspecto fundamental no que diz respeito ao acesso dos usuários em diferentes locais de atendimento. Considera os indivíduos e suas famílias como totalidade, no sentido de confirmar ações resolutivas em parceria com a educação, saúde, habitação, segurança alimentar, lazer, segurança, assistência, dentre outras necessidades sociais. Contudo, há prevalência de que a intersectorialidade é a condição mais adequada da política para uma reforma psiquiátrica que garanta serviços de qualidade e na abrangência de direitos,

uma vez que ações intersectoriais possibilitam o caminho para a autonomia ao usuário (Rodrigues, 2011).

A partir dessa condição, percebe-se que a intersectorialidade, nesse cenário, trata-se de uma estratégia complexa, ao situar a condição histórica de fragmentação das diversas políticas sociais e das diferentes áreas em que são executadas. Torna-se um grande desafio possibilitar no campo das políticas sociais, dentre elas a saúde mental, a realização de um processo de gestão de serviços à população que envolva decisões planejadas e compartilhadas entre os setores tanto na formulação, quanto na execução e no acesso aos serviços sociais.

Em relação às garantias e seguranças que a política de saúde mental realiza e às necessidades sociais das pessoas com transtorno mental, os profissionais compreendem que as ações intersectoriais nos serviços substitutivos são imprescindíveis. Isso pode se confirmar na seguinte fala:

E5: A intersectorialidade, ela é fundamental, de extrema importância, porque antes, já dizia um autor, que antes da saúde mental, vem à desigualdade social. Então a gente não trabalha só, a questão, é, a saúde mental, ela é inerente às expressões da Questão Social. Então, por isso, que a intersectorialidade, ela é bastante importante para dar sua autonomia ao sujeito.

Os cuidados com o usuário da RAPS devem acontecer de forma transversal entre as políticas públicas. A qualidade do serviço acontece quando o sistema de promoção ao cuidado consegue identificar a relação do transtorno mental com as expressões da “questão social” no qual o indivíduo está inserido, fazendo-se necessário que as políticas que compõem a seguridade social

(Saúde, Previdência e Assistência Social) dialoguem com a educação, segurança pública, habitação, geração de emprego e renda, visando, dessa forma, garantir a integralidade no atendimento e o cuidado com a saúde do usuário. Essa ideia é afiançada pela visão da saúde coletiva, que preconiza a intersectorialidade como articulação, ou seja, “uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde” (Monnerat; Souza, 2010, p. 205).

Dentre os desafios e as iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, para realizar o trabalho em rede, na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família. Em relação às dificuldades da RAPS com a atenção básica e o trabalho em rede, os entrevistados se posicionaram quanto à necessidade da intersectorialidade:

E1: Para a efetivação da intersectorialidade, a rede precisa estar em articulação para o desenvolvimento eficaz das atividades desenvolvidas. É através dela que é feito os encaminhamentos para a rede intersectorial.

Dessa forma, afirmam os profissionais que a intersectorialidade como mecanismo do trabalho em rede requer a realização de um planejamento integrado contínuo das ações compartilhadas pela rede. O planejamento é visto fundamentalmente em sua dimensão interativa e, portanto, de natureza essencialmente política. Ressaltam que as ações de planejamento nos serviços de saúde mental precisam acontecer de forma transversal, e a sua gestão deve se dar de maneira intersectorial. Desse modo, o planejamento deve ser configurado a partir da interação entre vários serviços: de saúde, segurança, justiça, assistência social, educação, entre

outros, na perspectiva de cuidado, promoção e proteção da saúde mental e da garantia de direitos.

É consenso para os entrevistados que o cuidado dos indivíduos em situação de sofrimento mental requer ações integradas, para que haja um trabalho de prevenção e recuperação mais efetivo. O fortalecimento da rede é de suma importância para que se discutam os novos caminhos, avanços e dificuldades nos serviços de atenção psicossocial.

A responsabilidade é de compartilhar desafios e reforçar as atividades no campo da intersetorialidade, que pela sua natureza são interdisciplinares. Para tanto, faz-se necessário reestruturar a burocracia e romper com a fragmentação em seus diversos aspectos, reforçando a partilha dos saberes e das ações integradas. Assim comenta a E3: “Que o fluxo aconteça, a burocracia seja escanteada, e que os desafios sejam compartilhados”.

Reafirma-se que nos cenários de prática, o planejamento e as ações articuladas entre as políticas sociais e a rede é o caminho possível para garantir o cuidado, pois sem eles o atendimento acontece de modo precário. Trata-se, ainda, de buscar alterações nas bases do modelo de assistência tradicional, como resposta à demanda. De fato, percebe-se que os cenários de prática ainda não favorecem uma transformação. Tem-se uma nova concepção, uma nova estrutura de serviços e uma série de limites a enfrentar para efetivar os ideais da reforma.

A complexidade da demanda e a necessidade de inclusão são fatores predominantes para o exercício profissional no campo da intersetorialidade. A esse respeito, afirma a E6:

E6: Como falei anteriormente, altamente importante, porque a gente não consegue resolver tudo *num* serviço só. Então, a gente depende de outros serviços para que seja resolvida a demanda do usuário. Então, por isso a importância de *tá* interligado.

Contudo, ainda é um desafio o real funcionamento da rede, orientada pela intersetorialidade. A relação entre os serviços ainda acontece de forma incipiente, o que fragiliza o atendimento do usuário com transtorno na sua integridade.

Fica evidente, nas afirmações dos profissionais, que os encaminhamentos à rede se configuram enquanto condição de trabalho e operacionalização dos serviços, não apenas para os serviços da saúde, mas também no campo da assistência social. Revela-se dificuldade de encaminhamentos para o campo da educação, lazer, segurança alimentar, moradia, dentre outros.

Durante a experiência na RESMEN, observou-se a dificuldade que os profissionais sentem em relação aos encaminhamentos. A falta de entrosamento, a precarização do trabalho, as condições de infraestrutura impactam no funcionamento real da política de saúde mental, e suas especificidades e particularidades afetam o atendimento das demandas sociais.

O rompimento com o estigma da loucura, a sensibilização dos gestores e profissionais, a necessidade de transversalizar as discussões, a intersetorialidade, a ampliação dos serviços, o controle social, as notificações dos casos e o estabelecimento de políticas de Estado, são desafios que ainda precisam ser superados, para que através do funcionamento efetivo da rede, os usuários em situação de sofrimento mental possam ter o cuidado garantido e exercer o direito de cidadania. É fundamental, portanto,

que possam contar com um aparato institucional real e efetivo na defesa e garantia de direitos.

Por outro lado, identifica-se na fala dos entrevistados a percepção dos mecanismos estratégicos que se relacionam e/ou facilitam a construção de ações intersetoriais, como o matriciamento, o encaminhamento e os fóruns. Vale ressaltar que a equipe de apoio matricial assume o papel de ofertar suporte técnico especializado à equipe de referência, apresentando um atendimento diferenciado do realizado por um especialista dentro de uma unidade tradicional.

Ao analisar a RAPS, pode-se observar a precariedade com que os serviços, sobretudo de caráter municipais, expressam-se. São poucos os municípios, órgãos de gestão de políticas para os usuários com problemas de saúde mental, em um universo de 223 municípios na Paraíba, o que representa também a necessidade de sensibilização dos gestores, para colocar a discussão da saúde mental na agenda política. Em um número pequeno aparecem os Conselhos Municipais. A existência dos Conselhos é fundamental para o bom funcionamento dos serviços e para a elaboração, o planejamento e o fortalecimento dos programas, das ações e dos serviços.

O controle social ainda é pouco expressivo, no entanto, no contexto de desmonte dos direitos, via privatização e aprofundamento da precarização do trabalho, é necessário fortalecer o seu protagonismo. No que se refere a esses espaços políticos de pactuação, no âmbito das políticas de saúde mental, com potencialidades intersetoriais, a pesquisa aponta baixa frequência de participação de representantes no conselho de saúde, uma fragilização na articulação e pactuação política. Os conselhos de saúde são

considerados como órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), permitem a participação da sociedade na constituição, operação e gestão das políticas públicas de saúde. Com essa proposta de controle social, a área da saúde abre possibilidade para ações mais democráticas.

Quanto à frequência de encontros/reuniões da equipe e/ou profissional com os demais setores públicos do município e/ou do Estado para a resolução de problemas do CAPS, os entrevistados afirmam que ocorrem em frequência reduzida.

Confirmam que a dificuldade de entrosamento explica-se, em parte, devido à precarização do trabalho. A condição de ingresso dos profissionais nos serviços substitutivos é marcada pela rotatividade, já que uma grande parte dos profissionais que compõem a RAPS não possuem vínculo permanente e estão integrando a equipe como prestadores de serviços. Nesse sentido, podem nem sempre possuir formação ou capacitação continuada para a área da saúde mental.

Contudo, quando indagados se o funcionamento do CAPS proporciona condições para a realização das ações intersetoriais, percentual dos entrevistados que afirmaram sim justificam que se dá através da referência e contrarreferência. Todavia, ressalta-se que essas afirmações positivas remetem às dificuldades apresentadas sobre o funcionamento das atividades na RAPS, conforme se pode ver na fala de E1:

E1: Sim, mesmo com as condições precárias, mas as articulações se dão na medida em que as outras políticas interagem com o serviço, através da referência e contrarreferência com a rede e pela construção das ações intersetoriais.

As falas expressam que as equipes de profissionais se sentem sobrecarregadas: na maioria das vezes, um único técnico é responsável por todo o processo de cuidado e recuperação do indivíduo, o que dificulta o desenvolvimento de um trabalho contínuo, de fato multidisciplinar, impossibilitando realizar todas as avaliações inerentes àquele indivíduo. O técnico de referência, assim denominado, enfrenta o acúmulo de acompanhamentos e atendimentos.

O número de serviços é insuficiente, e o apoio de gestores ainda é bastante fragilizado, considerando que nas últimas décadas ocorreu a ampliação na demanda, exigindo uma expansão da rede RAPS. Diante disso, pode-se observar que esse processo tem se intensificado mediante o desfinanciamento da política e sua estrutura, a qual implica a quebra de condições que foi construída historicamente para que se realizassem reformas ativas, num quadro mais amplo de profundas transformações societárias, pois reformas efetivas contêm embriões de mudanças e de possibilidades (Behring, 2002).

Quanto às dificuldades de articulação para a resolução das demandas, a pesquisa aponta que, sobretudo, as condições de infraestrutura e políticas das instituições e das políticas sociais afetam a organização e os princípios do trabalho e da política. Quando ocorrem ações intersetoriais, realiza-se, parcialmente, em meio à precariedade das condições de trabalho.

No campo da saúde mental e da saúde em geral, ao buscar superar as fragmentações da política social, sabe-se que essa não é uma tarefa simples. Manifestar nos serviços, nas práticas cotidianas, ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização,

articulada aos vários setores da política pública e que efetive os princípios de intersetorialidade e da participação não é uma tarefa da equipe multiprofissional, e sim da política pública, dever do Estado.

As instituições não conseguem dar respostas para as reais necessidades sociais. É um desafio construir estratégias de práticas e políticas que sustentem novos projetos. Não é empreitada simples consolidar o SUS e a Reforma Psiquiátrica quando se busca garantir seus princípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica e a garantia dos princípios que a constituem consiste em um processo político e social complexo, envolvendo atores, instituições e forças. Desse modo, desencadeia um conjunto de alterações nas práticas, instituições, saberes, valores culturais e sociais. Contudo, é no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações profissionais, e em grande medida no modelo de política social, que a reforma se efetiva, marcada por impasses, tensionamentos, conflitos, desafios e desmontes.

O questionamento do modelo assistencial da psiquiatria tradicional, historicamente institucionalizado, e as estratégias para a sua transformação envolvem a mudança na assistência de acordo com novos pressupostos técnicos e éticos, que se desdobram pela incorporação de instrumentos jurídicos legais. Esses aportes dispõem sobre a segurança, a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e suas famílias.

Desse modo, esse reordenamento convoca o Estado, os gestores, os técnicos, as instituições e os setores diretamente en-

volvidos com as políticas públicas a construir o redirecionamento dos espaços e das práticas institucionais. A chamada para a intersectorialidade, de fato, expressa as exigências reais e concretas que a mudança do modelo de assistência trouxe para todos os atores sociais.

Assim, o funcionamento da rede de serviços e do atendimento é pressuposto para que a política de saúde mental possa garantir cuidados adequados para reverter o modelo de atenção localizado na internação em hospitais psiquiátricos por atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Observou-se, ao longo desta pesquisa, que a despeito dos inúmeros avanços construídos no processo da Reforma Psiquiátrica – que objetivaram enfrentar as condições degradantes e segregadoras da assistência –, ainda se evidenciam imensas fraturas e desafios no que diz respeito às ações que demandam intersectorialidade no cotidiano dos serviços substitutivos. Identificou-se, a partir da análise das falas dos entrevistados, a necessidade de investimentos, tanto materiais quanto políticos, no que se refere a ações intersectoriais.

Nesse sentido, constatam-se traços da forma como vem sendo construída a intersectorialidade na política, sobretudo nas práticas institucional e profissional, para (re)conhecer e entender o processo de assistência nos serviços e analisar, se esses estão condizentes com os ideais e princípios norteadores de novos mecanismos de cuidados.

Averiguou-se que as estratégias que perpassam tanto os setores da saúde mental e da saúde em geral quanto das demais políticas públicas, na efetivação da Reforma Psiquiátrica, não ga-

rantem o amplo direito, o que reflete nas ações das equipes profissionais durante a prestação dos serviços sociais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, F.R.S. CARVALHO, Rafael Nicolau. ARAÚJO, A.P. PEREIRA, D.V.L. LUCAS, A.P. **Intersectorialidade e Saúde Mental**: uma análise das práticas profissionais nos CAPS do município de João Pessoa/PB. In: IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2019, São Luís- MA.

AMARAL, F.R.S. CARVALHO, Rafael Nicolau. ARAÚJO, A.P. PICORNELL-LUCAS, A. PEREIRA, D.V.L. **Saúde Mental e o desafio da Intersectorialidade: análise das práticas profissionais nos CAPS**: In: SANTOS, R. C. (Org). **Desigualdades Sociais e os desafios das políticas públicas**. Maringá. PR: Uniedusul, 2020.

AMARAL, F.R.S. CARVALHO, Rafael Nicolau. **A contribuição das práticas intersectoriais no campo da saúde mental**. In: ALMEIDA, F.A. **Políticas Públicas, educação e diversidade: uma compreensão científica do real**. Guarujá, SP: Científica digital, 2020

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

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

BRASIL. **Lei n 10216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2002.

CARVALHO, R.N. **A complexa produção da intersetorialidade no campo da saúde mental.** 2015. 463p. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real.** 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

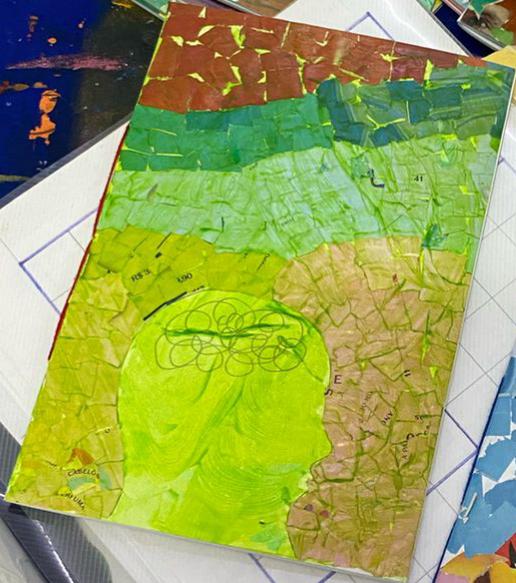
MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. **Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais.** In: DIPROSUL: o direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras. Um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 08-10/08/2011, Pelotas (RS), Anais do DIPROSUL, p.1-27. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>.

MONNERAT, G. L.; Senna, M. de C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. In **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, RJ, Abrasco, volume 7, número 3, 2010.

RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo. A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós Constituição Brasileira de 1988. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís, UFMA, 2011. Disponível em:http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_INTERSETORIALIDADE_ENTRE_AS_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE.pdf.

SILVA, Maria de Fátima; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Ação intersetorial na saúde. In: JUNQUEIRA, L.A.P.; CORÁ, M.A.J (Org.) **Redes sociais e intersetorialidade.** São Paulo:Tiki Books, 2016.

SOUZA, Thaísa Anders Carvalho. Silva GTR. Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari; 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 987-988, 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0987.pdf>>.



2025

75g/m² . 5006

O CAMPO DA SAÚDE
MENTAL COMO
ESPAÇO DE ATUAÇÃO
DO SERVIÇO SOCIAL:
o desafio da
intersetorialidade

O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COMO ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: o desafio da intersectorialidade

*Ana Katarina de Araújo
Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Patrícia Barreto Cavalcanti*

Resumo

O presente trabalho é um recorte da dissertação de mestrado intitulada: “SERVIÇO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL: uma revisão integrativa dos trabalhos publicados no CBAS”, defendida e aprovada, no ano de 2019, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este artigo apresenta uma discussão sobre determinados aspectos que envolveram o nosso objeto de pesquisa, a saber, a relação da intersectorialidade no exercício profissional dos assistentes sociais no campo da saúde mental. Parte-se de uma revisão não sistemática da literatura para a construção dessa reflexão. Inicialmente se buscou reconstruir o percurso histórico e social da formação do campo da saúde mental no Brasil, por meio da análise do processo de reforma psiquiátrica. A partir dessa perspectiva, constrói-se uma contextualização acerca da inserção de assistentes sociais no âmbito da saúde mental, o trabalho desenvolvido nesse espaço de atuação, bem como a vinculação da profissão com a intersectorialidade. Considera-se que as discussões sobre a intersectorialidade estiveram presentes desde o início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, bem como nos debates sobre o exercício profissional dos assistentes sociais nas políticas sociais. Essa vinculação favoreceu a inserção dos assistentes sociais neste campo de atuação.

Palavras-Chave: Serviço Social, Intersectorialidade, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental se configura como um espaço amplo, diverso e bastante complexo. Por quase dois séculos, a assistência psiquiátrica no Brasil centra-se apenas em internações em instituições asilares, com práticas moralizantes, excludentes e até mesmo iatrogênicas, em detrimento de um cuidado terapêutico e integral, desconsiderando a articulação com outros saberes e com as políticas públicas. Essas práticas passam a ser questionadas com a redemocratização do país e a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e posteriormente com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) (Amarante, 2017). Desde o início desses movimentos, o debate sobre a intersetorialidade esteve presente (Carvalho, 2015).

A intersetorialidade é considerada um tema atual, estando no Brasil relacionado ao campo das políticas sociais, sobretudo a partir da Seguridade Social inscrita na Constituição Federal (CF) de 1988. Considerada um eixo estruturante da integralidade, emerge como tentativa de superar práticas fragmentadas, reconhecendo-as como viés para facilitação do atendimento às demandas inerentes ao trabalho em políticas públicas, tendo em vista que estas não possuem, em si, capacidade para soluções unilaterais (Carvalho, 2017).

A intersetorialidade parte do reconhecimento de que nenhuma política pública ou área é capaz de responder sozinha às necessidades dos usuários integralmente, principalmente em um contexto em que as políticas públicas são marcadas pela focalização e fragmentação das ações do Estado via políticas setoriais (Akerman *et al.*, 2014).

No campo da saúde, a intersectorialidade se vincula ao projeto da Reforma Sanitária, ao conceito ampliado de saúde, que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília-DF, adquire aspectos biopsicossociais, passando a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego (Brasil, 1986), e também ao conceito de promoção da saúde, todos eles materializados a partir da CF, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990.

No campo da saúde mental, a intersectorialidade tem relação com a mudança no paradigma do cuidado, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), que lutava pela progressiva substituição dos manicômios por serviços extra-hospitalares inseridos na comunidade e por novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento mental.

Nesse contexto, observa-se que a Política da Saúde Mental (PSM) passa a ser estruturada com base na lógica da intersectorialidade, seja na legislação, com a instituição da Lei 10.216/2001, seja nos mecanismos de controle social, como foi o caso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, realizada em 2010, que teve como eixo norteador a proposta da intersectorialidade, seja na organização da rede de cuidado, com a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em se tratando do Serviço Social, o campo da saúde mental se configura como um espaço sócio-ocupacional de atuação, dado que ali se expressa a “questão social”, objeto de intervenção do Serviço Social. Essa inserção se dá principalmente após a instituição do SUS e da expansão da rede substitutiva, com a abertura de CAPS em todo o território nacional, o que requereu maior nú-

mero de assistentes sociais para atuar nas equipes multiprofissionais, a partir desse novo modelo assistencial, no território, entendendo a saúde como direito social e afirmando a necessidade de atender as demandas dos usuários na sua integralidade.

Dessa forma, percebe-se a vinculação dos assistentes sociais com a intersetorialidade, na medida em que estes estão inseridos nas diversas políticas sociais e atuam diretamente com as expressões da “questão social”, na tentativa de responder a essas demandas a partir de uma perspectiva de totalidade.

Para Cavalcanti e França (2013), a abordagem intersetorial está presente no debate sobre a integralidade na área da saúde, possibilitando ao assistente social o enriquecimento das discussões e propostas, dado seu arcabouço teórico e técnico-operativo desenvolvido no setor da saúde.

Cabe acrescentar ao debate que não é apenas ao Serviço Social que compete a materialização de arranjos intersetoriais, e sim a todas as profissões inseridas nas políticas sociais e nos serviços de saúde e saúde mental. Contudo, devido ao maior conhecimento acerca das políticas públicas e sociais, devido a sua formação, os assistentes sociais acabam assumindo no cotidiano do exercício profissional o debate e até mesmo a “operacionalização” das ações intersetoriais (Costa, 2010).

METODOLOGIA

Este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa: Quais as ressonâncias da intersetorialidade no debate do Serviço Social no campo da saúde mental? Procurou-se responder a essa questão por meio de uma revisão não sistemática da litera-

tura. Para Rother (2007), a revisão narrativa, ou não sistemática, é essencial para construir o referencial teórico de uma pesquisa, delimitar o estado da arte e para dar uma visão panorâmica sobre determinado assunto, a partir de uma perspectiva que pode ser histórica, teórica ou empírica. Esse tipo de revisão difere da revisão sistemática, por não possuir uma metodologia definida e não ter a pretensão de avaliar a evidência científica. Assim, esse tipo de análise adota uma abordagem essencialmente qualitativa vinculada ao propósito do pesquisador e suas vinculações teórico-metodológicas.

A partir dessa abordagem, optou-se por apresentar a reflexão em duas seções: 1) A construção da PSM brasileira; 2) A intersectorialidade na atuação dos assistentes sociais no campo da saúde mental.

Na primeira seção apresenta-se uma contextualização sobre o processo de construção e consolidação da política de saúde mental, buscando situar a incorporação e a influência do debate sobre a intersectorialidade nesse processo. Na segunda, uma contextualização acerca da inserção de assistentes sociais no âmbito da saúde mental, o trabalho desenvolvido nesse espaço de atuação, bem como a vinculação da profissão com a intersectorialidade.

APONTAMENTOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DA PSM BRASILEIRA

A PSM é fruto de lutas políticas e sociais e expressa, no âmbito legal, os avanços da assistência em saúde mental no Brasil. A Lei 10.216/2001 tem possibilitado mudanças importantes no modelo de cuidado, reduzindo os leitos em hospitais psiquiátricos

e ampliando a oferta de serviços de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e mais recentemente na articulação de vários pontos de atenção à saúde mental na composição da RAPS.

Historicamente vivencia-se no campo psiquiátrico uma “assistência” voltada a enclausurar e medicalizar as pessoas com problemas de saúde mental. No Brasil, pode-se considerar que até a primeira metade do século XX, a assistência psiquiátrica é basicamente ofertada através de ações pontuais e nada terapêuticas, em grandes hospícios e colônias agrícolas públicas, e têm forte caráter de controle social. As colônias agrícolas ofereciam tratamento baseado na reeducação moral e no trabalho. Para Amaran-te (2007, p. 39), os psiquiatras brasileiros defendiam o tratamento para a pessoa em sofrimento mental a partir do trabalho terapêutico, pois este “estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral, tendendo fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’”.

Segundo Resende (2007), no final da década de 1950, a situação desses locais é de calamidade, com superlotação, deficiência de pessoal, com os usuários vivendo em condições precárias e tendo seus direitos constantemente violados.

Cabe ressaltar que no período após a Segunda Guerra, há, em alguns países europeus e nos Estados Unidos, importantes transformações no modelo da prática psiquiátrica, com a contestação da estrutura asilar e a necessidade de reestruturação e humanização do modelo de tratamento, fazendo com que o hospital psiquiátrico passe por uma reformulação, a fim de se tornar de fato um ambiente terapêutico. Nesse processo, surgem várias

experiências de “reformas psiquiátricas”, como a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana. Contudo, esse movimento de desinstitucionalização pouco influencia a assistência psiquiátrica no Brasil até esse momento¹ (Britto, 2004).

A partir da década de 1960, com a política privatista do governo militar, além dos hospitais públicos, há uma expansão da rede de clínicas e hospitais psiquiátricos privados, principalmente para atender as demandas dos trabalhadores cobertos pela previdência social, ou seja, a assistência psiquiátrica antes direcionada apenas para os “doentes mentais”, indigentes e pessoas consideradas excluídas da sociedade agora passa a ser ofertada também para os trabalhadores e seus dependentes (Resende, 2007).

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda (Resende, 2007, p. 60-61).

1 Vale destacar a contribuição do psiquiatra Ulisses Pernambucano, que atuou da década de 20 a 40 no Estado de Pernambuco, sendo considerado um pioneiro na luta pela humanização da assistência psiquiátrica no país. “Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 4)”.

Ao tratar da assistência à saúde mental nesse período, Cavalcanti (2008, p. 125) aponta que a década de 1960 inaugura para o campo da saúde mental importantes mudanças. Sob a influência do preventivismo americano, verifica-se uma ruptura com uma “[...] psiquiatria diluída e amorfa e se começam a perceber indícios de uma formulação mais articulada dos programas de assistência psiquiátrica no conjunto das políticas de saúde”, com o desenvolvimento de uma política oficial de saúde mental e a ampliação da rede assistencial.

Segundo Amarante (2018), a psiquiatria preventiva se desenvolveu nos Estados Unidos por volta de 1955, após um senso realizado nos hospitais psiquiátricos do país, em que foram evidenciadas as precárias condições da assistência. Ainda segundo o autor, o preventivismo objetivava reduzir as doenças mentais da comunidade e promover a saúde mental através da prevenção primária, secundária e terciária. Para tanto, era necessário que houvesse a desospitalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços comunitários para desenvolverem ações preventivas como, por exemplo, os centros de saúde mental e hospitais-dia.

Nessa perspectiva, o Estado passa a investir mais recursos no setor psiquiátrico, possibilitando o aumento da rede e o surgimento dos primeiros ambulatorios semiespecializados. A esse respeito, Resende (2007) afirma que há um interesse por parte do sistema em investir em ações de saúde mental também como forma de controle e adestramento da força de trabalho, bem como para atenuar os aspectos inerentes ao desenvolvimento capitalista.

Apesar dos avanços citados anteriormente, a lógica ainda permanece privatista, voltada para internações de longos períodos

e para o excessivo uso de medicamentos. Por esse motivo, várias críticas surgem até o ponto em que se intensificam as “[...] denúncias contra o favorecimento do que passou a ser conhecido como a indústria da loucura, partida de amplos setores da sociedade civil, mas precisamente de representantes da área da saúde mental no país” (Resende, 2007, p. 62).

Essas denúncias são viabilizadas com o esgotamento do regime ditatorial e o aumento da participação política da sociedade civil, via movimentos sociais no final da década de 1970 e durante a década de 1980, possibilitando o enfrentamento de questões relacionadas ao campo da saúde e da saúde mental. A organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)² para denunciar os abusos que ocorrem nas instituições manicomiais e lutar por melhores condições de trabalho é imprescindível para dar início ao que fica conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB)³. A chamada “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental/MS), que resulta na demissão de 260 técnicos desse órgão que funcionava como legitimador da estrutura asilar, representa na prática a importância da organização desses atores em prol de mudanças nas

2 Esse movimento foi formado por profissionais de saúde mental, usuários e seus familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e da sociedade civil (Brasil, 2005).

3 Com seus princípios norteados pela Reforma Sanitária e sua história voltada para a superação da violência asilar e a luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica iniciada em 1978 objetivava principalmente “[...]construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade” (Amarante, 2007, p. 58).

bases do modelo assistencial de saúde mental (Bezerra jr., 1994 *apud* Cavalcanti, 2008).

Embora tenha havido um fechamento temporário para os interesses democráticos no campo da saúde mental no período seguinte, influenciado pela eleição do governo Sarney em 1985, pode-se dizer que a década de 1980 é palco de significativos avanços, pois possibilita o fortalecimento e a ampliação das discussões relacionadas ao campo da saúde e saúde mental, bem como conquistas no plano jurídico e institucional, com o surgimento das primeiras experiências de serviços baseados na lógica anti-manicomial (Vasconcelos, 2010). De forma mais ampla, tem-se a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, na qual foram aprovadas as diretrizes para a criação do SUS e em 1988 a instituição da CF, que trouxe em seu texto ideais pautados pelos movimentos sociais, principalmente na área da saúde pelo Movimento da Reforma Sanitária.

No âmbito da saúde mental, em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esses eventos são considerados marcos no que se refere à ampliação do MRPB para além do campo médico-assistencial e dos serviços assistenciais, mas estendendo-se principalmente para os usuários, os movimentos populares e a sociedade em geral (Cavalcanti, 2008). Adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o dia 18 de maio é definido como o dia nacional de luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental (Amarante; Nunes, 2018).

Para Vasconcelos (2010), esse redirecionamento nos objetivos da Reforma Psiquiátrica é fortemente inspirado pelo movimento de desinstitucionalização italiano, mas também pela crítica

realizada no interior do próprio movimento, a partir da constatação da burocratização interna e da necessidade de avançar para além da proposta de humanização dos hospitais psiquiátricos e de difusão de serviços ambulatoriais.

A influência do pensamento europeu para a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil é fundamental, não só pela proposta de contestação da estrutura asilar defendida por esses movimentos de desinstitucionalização, mas também pela presença de importantes membros desses movimentos no país para denunciar a situação de abuso nos hospitais psiquiátricos e colônias, a exemplo de Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rottelli e o próprio Franco Basaglia (Amarante; Nunes, 2018).

Alicerçado por essas experiências, o MRPB passa a lutar pela progressiva substituição dos manicômios por serviços extra-hospitalares que ofereçam novas formas de cuidado e que estejam inseridos na comunidade, mas que principalmente essas pessoas sejam vistas como atores político-sociais e o Estado responsabilizado por assegurar um cuidado integral e de qualidade.

Em relação às primeiras experiências de dispositivos de cuidado em saúde mental, a partir dessa nova perspectiva, em 1987 é inaugurado o primeiro CAPS, que recebeu o nome do Prof. Luiz da Rocha Cerqueira⁴, na cidade de São Paulo, que “[...] se apresentava como uma instituição intermediária entre o hospital e a comunidade”. (Devera; Costa-Rosa, 2007, p. 69). Em 1989, após

4 Segundo Britto (2004), Luiz da Rocha Cerqueira foi um psiquiatra discípulo de Ulisses Pernambucano, um dos pioneiros na psiquiatria social brasileira e crítico do modelo assistencial hospitalocêntrico. Assumiu o cargo de secretaria de saúde mental do Estado de São Paulo em 1971.

um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, tem-se em Santos, no estado de São Paulo, a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que servem como experiência inicial para os CAPS (Amarante, 2017).

Nesse mesmo ano também acontece um marco importante no campo legislativo e normativo, que é o projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), conhecido como Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção e a gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos, porém, por gerar grande debate na mídia nacional, só tem sua aprovação no ano de 2001 (Amarante, 2017).

Na década de 1990 (até a primeira metade), mesmo com o conservadorismo do governo de Fernando Collor de Mello, considera-se que houve uma continuidade na luta por mudanças positivas no campo da saúde mental, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental e o estabelecimento de portarias ministeriais que passam a normatizar e financiar também os novos serviços psicossociais, possibilitando a instalação de centros e núcleos de atenção psicossocial em paralelo ao processo de fechamento de leitos e instituições hospitalares (Vasconcelos, 2010). Ademais, há também nesse período o aumento e fortalecimento dos movimentos ligados aos usuários e familiares da saúde mental.

Apesar da expansão dos novos serviços da Reforma Psiquiátrica, esse processo é descontínuo, pois embora as novas normatizações do Ministério da Saúde de 1991 e 1992⁵ regulamentem

5 Portaria MS/SAS nº 189 de 1991 e Portaria MS/SAS nº 224 de 1992.

esses serviços, não instituem uma linha específica de financiamento, o que faz com que mais de 90% dos recursos ainda sejam destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Com os retrocessos decorrentes do processo de contrarreforma do Estado consolidados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir da segunda metade da década de 1990, há um recuo nas conquistas que vêm sendo implementadas no campo da saúde mental. Apenas no último ano, com a direção da Coordenação de Saúde Mental sendo ocupada por Ana Pitta⁶, importante liderança da Reforma Psiquiátrica, é possível retomar esse processo de avanço. Nesse mesmo ano é implementada a legislação federal sobre cooperativas sociais para inclusão no trabalho de pessoas consideradas em desvantagem, incluindo pessoas em acompanhamento psiquiátrico e egressas de instituições de longa permanência. E em fevereiro de 2000 ocorre o lançamento da Portaria nº 106, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (Amarante; Nunes, 2018; Pitta, 2011).

Com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, há um redirecionamento no modelo de assistência em saúde mental, o qual passa a ter como referência para o cuidado dos usuários os serviços substitutivos inseridos na comunidade.

A lei 10.216 é considerada uma conquista em relação aos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, porém dife-

6 Ana Maria Fernandes Pitta é médica, mestra e doutora na área de medicina preventiva/saúde mental e tem atuado no campo da saúde mental, contribuindo com temas como reabilitação psicossocial, uso de substâncias psicoativas, direitos humanos e saúde mental. Atualmente é presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

rentemente da proposta originária, o PL 3.657/89 (Lei Paulo Delgado), a nova lei não deixa clara a questão da extinção dos manicômios, e sim a sua progressiva substituição. Acredita-se que esse fato se deva por ter passado por um período de doze anos em tramitação e ter sofrido alterações a partir de emendas para viabilizar sua aprovação, o que demonstra as dificuldades na própria reforma no que se refere à aprovação de propostas mais radicais e da disputa política existente entre os grupos que defendem a renovação da assistência em saúde mental e dos que defendem a permanência dos hospitais psiquiátricos como *locus* principal da assistência psiquiátrica.

É nesse contexto que a PSM no Brasil passa a se consolidar, bem como são criadas linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos e mecanismos de fiscalização para gestão e redução dos leitos psiquiátricos, o que vem a contribuir para a expansão da rede de atenção à saúde mental por todo o país (Brasil, 2005). A partir daí surgem diversas políticas, programas e portarias para efetivar o processo de transição do modelo de assistência centrado no hospital para o modelo de atenção comunitária.

Entre essas portarias, destaca-se a GM nº 336/2002, que regulamenta e estabelece os tipos de CAPS, extingue a denominação NAPS, porém mantém sua proposta a partir do CAPS III, que se refere ao funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana. De acordo com Amarante (2017, p. 743), os CAPS passam a “[...] realizar um dos mais importantes trabalhos assistenciais, tornando-se uma referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação estratégico de profissionais [...]”. São instituições que atendem de acordo com a área de abrangência, realizando acompanhamento clínico, psiquiátrico e reinserção social pelo acesso

ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares.

Além dos CAPS, outros serviços e programas são necessários para dar conta da diversidade das demandas das pessoas em sofrimento mental, como o Consultório na Rua, o Programa de Volta pra Casa, as Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência, entre outros, todos considerados dispositivos importantes para organizar a rede de cuidado em saúde mental. Dessa forma, compreende-se que para viabilizar a desinstitucionalização e o cuidado dos usuários, não basta apenas fechar os leitos em hospitais psiquiátricos, faz-se necessário expandir também a rede de equipamentos de saúde e sociais substitutivos no SUS.

De acordo com Vasconcelos (2010), em um contexto de neoliberalismo e de ataque às políticas sociais, o processo de desinstitucionalização na saúde mental muitas vezes tem sido confundido com desospitalização, ou seja, fecham-se os leitos em hospitais psiquiátricos, mas em contrapartida não são abertos novos serviços comunitários para acolher os usuários, corroborando sobremaneira com a desresponsabilização do Estado e com a sobrecarga dos familiares no cuidado das pessoas em sofrimento mental.

Ademais, nessa conjuntura de acirramento dos ataques aos direitos sociais e trabalhistas da população, que gera insegurança, baixos salários, vínculos precários, violência e desemprego, potencializa-se o sofrimento das pessoas, com o aumento de quadros de ansiedade, depressão, suicídio, síndrome do pânico e uso abusivo de drogas, fazendo com que, conseqüentemente, haja também o aumento na busca por atendimento em serviços da rede de saúde mental (Rocha, 2012).

Nesse cenário, acentuam-se ainda mais os “[...] problemas vivenciados pela política de saúde mental, colocando novos dilemas e novas necessidades de articulações coletivas entre profissionais, usuários e familiares” (Rocha, 2012, p. 33). Como possibilidades de enfrentamento frente a essa realidade, destaca-se a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em 2010 e a instituição da RAPS em 2011.

Em relação à RAPS, esta foi instituída a partir da Portaria 3.088, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar e fortalecer a política de saúde mental brasileira, e organiza-se a partir de sete componentes da atenção em saúde.

Considerada um avanço para o campo da saúde mental, a RAPS traz em suas diretrizes muitos dos conceitos que há tempos vinham sendo reivindicados nos espaços de controle social, como as conferências de saúde e de saúde mental. Trata-se de diretrizes que focam na integralidade e intersetorialidade das ações a partir do trabalho em rede, acolhimento, desinstitucionalização, territorialidade e redução de danos. Além disso, reforça o reconhecimento dos usuários da saúde mental enquanto sujeitos de direitos e que, portanto, devem ter autonomia e participação no processo de cuidado, além de buscarem combater o estigma associado historicamente às pessoas que têm algum tipo de sofrimento mental e/ou que fazem uso de drogas.

Entretanto, apesar da importância assumida pela RAPS, principalmente no tocante à organização da rede de saúde mental, ainda é insuficiente nos aspectos relacionados às atividades de cultura e de geração de trabalho e renda, pois não são definidos recursos orçamentários para tais iniciativas (Amarante; Nunes, 2018). Acredita-se que a indefinição no financiamento de tais pro-

postas impacta diretamente no baixo número de serviços do tipo Centros de Convivência e Cultura (CECOs) e iniciativas de trabalho e renda implementados no país⁷.

Dessa forma, analisa-se que a atenção psicossocial pensada a partir da perspectiva de rede, deve basear-se no princípio da **integralidade**, oferecendo uma maior concentração de serviços para atender não apenas as demandas de saúde, mas também as sociais e culturais e no princípio da **intersectorialidade**, pois a articulação com os demais serviços da rede intersectorial de políticas públicas e da comunidade “[...] pode potencializar a constituição de outros pontos de atenção no interior da rede” (Brasil, 2011, p.17), o que demonstra uma responsabilização pelo usuário.

Partindo dessa perspectiva, considera-se fundamental que haja uma maior articulação entre os serviços e setores das diversas políticas públicas para que se potencialize o cuidado das pessoas em sofrimento mental. Cabe o reconhecimento dos avanços e conquistas do MRPB ao longo dos anos, principalmente no que se refere à construção de um novo olhar sobre o transtorno mental, das formas de cuidado e do lugar da pessoa que sofre, agora vista como sujeito de direito. Ainda assim, reafirma-se a necessidade de que os serviços psicossociais sejam intersectoriais, que realizem ações intersectoriais com as áreas da habitação, assistência social, cultura, esporte, lazer, entre outros, principalmente diante do atual quadro de focalização e seletividade das políticas sociais.

7 Sobre esse tema, consultar os trabalhos de Alvarez; Silva (2016) e Rodrigues; Pinho (2015).

A INTERSETORIALIDADE NA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE MENTAL

A saúde mental se configura como um espaço de prática profissional de assistentes sociais que atuam intervindo nas expressões da “questão social” que atingem as pessoas em sofrimento mental e suas famílias. Autores como Vasconcelos (2010), Bisneto (2011) e Rosa (2016) registram o início da inserção da profissão na assistência psiquiátrica no Brasil na década de 1940, fruto da chegada dos primeiros assistentes sociais ao mercado de trabalho e do aumento do investimento em políticas sociais pelo Estado.

Inicialmente, essa inserção se dá nas “portas de entrada e saída” (Vasconcelos, 2010) dos hospitais psiquiátricos para desempenhar funções voltadas para a assistência social. Esses profissionais trabalhavam de forma subordinada aos médicos, desenvolvendo ações pontuais, com forte caráter conservador, burocrático e assistencialista:

[...] tendiam a constituir pequenas equipes uniprofissionais situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos [...] (Vasconcelos, 2010, p.189).

Ou seja, as ações profissionais tanto estavam em sintonia com o modelo psiquiátrico vigente, manicomial, que não se tinha interesse em questionar as bases de um cuidado médico centrado, como também estavam em consonância ao modelo de prática profissional desenvolvido pelos assistentes sociais nesse período,

caracterizado pelo Serviço Social conservador, cujo trabalho, segundo Netto (2001), era marcadamente moralizante, psicologizando as relações sociais, culpabilizando os sujeitos e adaptando-os à ordem hegemônica.

Posteriormente, a partir dos anos 1964, o processo de “modernização conservadora” que se instala durante os períodos da ditadura militar leva a uma expansão na rede dos hospitais e clínicas psiquiátricas privadas, pagas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com isso, aumenta-se a quantidade de vagas nesses locais de internação e, por exigência do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1970, amplia-se também a contratação de assistentes sociais nos serviços de assistência psiquiátrica (Bisneto, 2011).

Nesse sentido, os assistentes sociais são chamados para atuar na administração dos conflitos no regime autocrático vigente. Esse modelo de atuação está em conformidade com a “perspectiva modernizadora”⁸, segundo a qual a profissão busca uma maior tecnificação, compatível com o desenvolvimento capitalista.

8 As três perspectivas de renovação do Serviço Social apresentadas por Netto (2005) são: “Perspectiva Modernizadora”, que tem como objetivo adequar a prática profissional dos assistentes sociais às demandas oriundas do processo autocrático da ditadura militar; “Reatualização do Conservadorismo”, que representa a ruptura e a continuidade com o passado, pois buscava atender as novas exigências do mercado a partir do aperfeiçoamento de antigas práticas, tendo como maior referência o pensamento fenomenológico; e a terceira perspectiva é a “Intenção de Ruptura”, que pretendia romper com as bases conservadoras historicamente presentes na profissão, recorrendo à teoria social de Marx, contudo de forma ainda superficial.

Acompanha esse processo uma indefinição teórica no currículo da profissão, dificultando o trabalho frente às expressões da “questão social” em um campo de forte tendência subjetivista, como a saúde mental. Vasconcelos (2010) aponta como nas décadas de 1970 e 1980 ocorre dentro do Serviço Social, na saúde mental, uma influência de correntes ligadas à psiquiatria preventiva norte-americana e de terapias de família de inspiração sistêmica, podendo-se verificar:

1. A consolidação do “Serviço Social psiquiátrico”, que combinava a tradição do Serviço Social clínico, do modelo de “porta de entrada e saída”, com a influência da psiquiatria social;
2. O desenvolvimento heterogêneo de práticas ambulatoriais, através de atendimentos a grupos de familiares sob supervisão de psicólogos e psiquiatras; e práticas de reabilitação social através de oficinas expressivas e de atividades laborativas.

Contudo, essas influências perdem espaço dentro da profissão durante o processo de renovação, que culmina com a perspectiva de ruptura com o conservadorismo denominado por Netto (1991) de “intenção de ruptura”. Esse processo é possível devido ao movimento que havia no interior da profissão que questiona o conservadorismo até então hegemônico e da aproximação da categoria com os movimentos sociais e de trabalhadores. O contexto de efervescência política, de redemocratização da sociedade e de aproximação com a obra crítica de Marx no contexto da universidade propicia a ruptura com as bases conservadoras historicamente presentes (humanismo cristão, positivismo, fenomenologia) e a construção de um Projeto Ético-político Profissional

(PEP) ancorado na perspectiva crítica de base marxista, por meio da qual a categoria reconhece as contradições presentes na sociedade capitalista e se coloca a serviço do projeto da classe trabalhadora.

Essas mudanças possibilitam o desenvolvimento de um trabalho mais crítico e capaz de fazer as mediações necessárias. No entanto, a perspectiva crítica, apesar de hegemônica, não exclui a existência de projetos profissionais distintos dentro da categoria.

Assim, levando em conta esses elementos, pode-se considerar que o atual PEP está em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, os quais, a partir da mudança de paradigma, pautam valores como o cuidado das pessoas com problemas de saúde mental em liberdade e lutam pela garantia dos seus direitos, por cidadania, autonomia, equidade e justiça social e também no que se refere a uma história de renovação e ruptura com o tradicionalismo nesses movimentos.

No campo da saúde mental, com a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos serviços substitutivos, há um aumento na contratação de assistentes sociais para atuar principalmente nos CAPS, trabalhando com as múltiplas expressões da “questão social” e com a defesa da cidadania e dos direitos das pessoas em sofrimento mental, conforme aponta Bisneto (2011):

Os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, têm requerido um maior número de profissionais de Serviço Social em relação aos serviços de internações, o que tem ampliado a contratação de assistentes sociais desde o ano de 1990 na saúde mental, assimilando-se a “onda” de contratação produzida nos anos 1970 com a resolução do INPS. O movimento de Reforma Sanitária, que se deu paralelamente ao movimento de Reforma Psiquiátrica

também levou a uma ampliação no número de assistentes sociais no campo da saúde (Bisneto, p. 38, 2011).

Mas atualmente, com o avanço do projeto neoliberal, o exercício profissional do assistente social tem enfrentado desafios no tocante à falta de condições objetivas e subjetivas, como baixos salários, sucateamento dos serviços, contratos de trabalho precários e falta de formação profissional, o que implica na dificuldade em construir e concretizar políticas universais e que visem à defesa de direitos sociais e ao cuidado dos usuários na sua integralidade (Bravo; Matos, 2009).

Iamamoto (2009) reconhece que as atividades profissionais dos assistentes sociais estão situadas em um terreno de disputas e entre os interesses dos organismos empregadores e as demandas e necessidades dos usuários, portanto é necessário “[...] reconhecer as forças sociais que o polarizam” (Iamamoto, 2009, p. 182). Para a autora, os organismos empregadores detêm poder para normalizar as atribuições e competências requeridas dos seus funcionários e definir as relações e condições de trabalho, que incidem no conteúdo e nos resultados do processo de cuidado.

Bravo e Matos (2009) apontam que os dois projetos em disputa na saúde, quais sejam, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentam diferentes demandas para o assistente social:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes

questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Bravo; Matos, 2009, p. 206).

Entretanto, segundo Yamamoto (2009, p. 182), o que define a escolha das estratégias acionadas, a qualidade e os resultados dos serviços prestados são o perfil do profissional, a “[...] apropriação teórico-metodológica para leitura dos processos sociais, princípios éticos, a clareza quanto às competências, atribuições e o domínio de habilidades adequadas ao trabalho concreto realizado”.

Especificamente, no que concerne ao campo da saúde mental, vale lembrar que apesar do avanço em relação ao cuidado da pessoa em sofrimento mental, com a expansão da RAPS em substituição aos antigos manicômios e do reconhecimento da importância do cuidado de forma integral, bem como dos determinantes sociais em saúde, ainda impera nesses serviços uma hegemonia dos saberes *Psis* (psicologia, psiquiatria, psicanálise), o que pode levar os assistentes sociais a exercerem suas funções na saúde mental (espaço já marcado por uma trajetória historicamente conservadora) de forma distorcida. Portanto, faz-se necessário que o assistente social tenha clareza das suas atribuições e do seu objeto de intervenção, que são as expressões da “questão social”, trabalhando com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica sem, no entanto, desconsiderar as particularidades em relação ao sofrimento mental (Robaína, 2010).

Além disso, cabe sublinhar que essa tem sido uma tendência das políticas sociais em tempos de reestruturação produtiva, distorcendo-se as dimensões objetivas e sociais para uma dimen-

são subjetiva restrita e de culpabilização dos sujeitos. Na saúde mental não é diferente, pois cada vez mais se torna difícil realizar um trabalho comprometido com a integralidade dos usuários, sendo o foco das equipes a reabilitação psicológica.

Devido a esse cenário minado por ideias “pós-modernas”⁹, no intuito de fortalecer a ideologia do capital, muitos profissionais podem assumir práticas conservadoras e baseadas em terapias familiares e sistêmicas. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em resposta ao debate em torno de práticas terapêuticas e o Projeto Ético-político, publicou em março de 2010 a Resolução n. 569 vetando essas práticas.

Contudo, segundo Rosa (2016), ainda há profissionais que enveredam por essa direção, por considerar que a teoria crítica dialética não dá respostas às questões de ordem subjetiva.

Ademais, os autores supracitados refutam argumentos que justificam a utilização de tais técnicas com base em um pluralismo que garantiria a existência de diferentes perspectivas teóricas, mostrando que na verdade o pluralismo defendido pela categoria e pautado no seu atual Código de Ética de 1993 deve estar atrelado à perspectiva histórico-crítica.

Em relação a essa questão, Robaína (2010) aponta duas vertentes de atuação do assistente social na saúde mental: a primeira se identifica mais com a atividade “clínica”, em que o profissional se subordina aos saberes *psi*, traindo o mandato social da

9 A ideia de Pós-modernidade está relacionada com as transformações na sociabilidade burguesa capitalista após a década de 1970, quando colocaram à prova o paradigma da Racionalidade, e com a instauração da sociedade pós-moderna, em que a razão moderna perde espaço para a subjetividade, para o efêmero e a relativização metodológica (Galdino, 2016).

profissão e o PEP; e a segunda vertente, que atua na saúde mental interdisciplinarmente, porém de forma que preserva a identidade profissional.

Segundo Fernandes e Ribeiro (2016), o assistente social na saúde mental está desafiado a trabalhar com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, intervindo sobre as expressões da “questão social” e contribuindo para a inserção social, defesa dos direitos e cidadania das pessoas em sofrimento mental. As autoras apontam ainda que a atuação desse profissional no CAPS se divide em atividades de campo e atividades de núcleo, sendo as atividades de campo os “saberes e responsabilidades comuns a todas as profissões” e as de núcleo “as atividades de competência exclusiva de cada profissão”, ambas orientadas pela noção de clínica ampliada (Fernandes; Ribeiro, 2016, p. 56).

Dentre as atividades de campo, destacam-se a função de técnico de referência, de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a função de plantonista. Já em relação às atividades de núcleo, apontam como principais ações a viabilização de direitos sociais e ações de proteção social, bem como o fomento à participação social dos usuários e a articulação intersetorial. Em relação às ações intersetoriais, estas consistem no “[...] estabelecimento de espaços de discussão e articulação com instituições ligadas às áreas mais diretamente envolvidas com a proteção social e direitos humanos, próximas ao campo tradicional de atuação do serviço social” (Fernandes; Ribeiro, 2016., p. 63).

Para Cavalcanti e França (2013), a atuação dos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais da saúde, entre eles os espaços da saúde mental, requisita a materialização de arranjos intersetoriais para atender as demandas dos usuários na sua inte-

gralidade. Para as autoras, a articulação com outros setores é fundamental para respaldar a intervenção profissional do assistente social.

No campo da saúde mental, a intersetorialidade tem relação com a mudança no paradigma do cuidado, a partir do MRPB. Nesse contexto, observa-se que a política da saúde mental passa a ser estruturada com base na lógica da intersetorialidade, seja na legislação, com a instituição da Lei 10.216/2001, seja nos mecanismos de controle social, como foi o caso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, que tem como eixo norteador a proposta da intersetorialidade, seja na organização da rede de cuidado com a instituição da RAPS.

No bojo dessas mudanças e com a abertura de CAPS em todo o território nacional, os assistentes sociais são requisitados para compor as equipes multiprofissionais a partir desse novo modelo assistencial, no território, entendendo a saúde como direito social e afirmando a necessidade de atender as demandas dos usuários na sua integralidade. Dessa forma, percebe-se a vinculação dos assistentes sociais com a intersetorialidade, na medida em que estes estão inseridos nas diversas políticas sociais e atuam diretamente com as expressões da “questão social”, na tentativa de responder a essas demandas a partir de uma perspectiva de totalidade. Por fim, a intersetorialidade está vinculada ao exercício profissional do assistente social, sendo considerada uma estratégia que está inserida na rotina do fazer profissional do assistente social na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a atenção em saúde mental seja inter-setorial, que articule outras áreas como a habitação, assistência social, educação, cultura, lazer e esporte, que a ampliação da rede substitutiva também contemple os componentes de reabilitação e reinserção social e que os profissionais de saúde insiram em seus processos de trabalho as ações intersetoriais.

Entre os profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais existentes nos diversos serviços de saúde mental, o assistente social trabalha diretamente com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, atuando frente às expressões da “questão social” que atingem as pessoas em sofrimento mental e suas famílias. A partir de uma perspectiva crítica, conforme estabelecido pelo projeto profissional, os assistentes sociais buscam intervir na realidade social, por meio de um processo de reflexão que revela a totalidade do real, de modo a construir respostas efetivas para a população que demanda seus serviços.

Nesse processo de análise-intervenção, a categoria se aproximou do debate sobre a intersetorialidade presente nas políticas sociais. A política de saúde mental brasileira, por assumir claramente a intersetorialidade como princípio fundante do campo, considera o desenvolvimento de práticas intersetoriais como forma de efetivar a desinstitucionalização e a integralidade do cuidado para as pessoas com transtornos mentais.

Diante dessa realidade, o assistente social tem utilizado a intersetorialidade como uma estratégia em sua atuação profissional, bem como tem produzido conhecimentos e experiências de inserção no campo da saúde mental em que incorpora a interseto-

rialidade, a partir de diferentes perspectivas, mas com centralidade da perspectiva crítica.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 11, 2014. p. 4291-300. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>>. Acesso em: 28. nov. 2018.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

AMARANTE, P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidados. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma Sociedade sem Manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ed. 23, n. 6, 2018. p. 2067-2074. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da Prática**. Cap. 1. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2018.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. *et al* (Org.). **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

BRITTO, R. C. A **Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. 210 p.

CARVALHO, R.N. A **complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental**. 2015. 463p. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/rialidadeumaanalisebibliograficadaproducaocientifica20012016.pdf>>.

CAVALCANTI, P. B.; FRANÇA, M. C. A intersectorialidade e o Assistente Social na Saúde. **Net**. 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/12.pdf>>.

CAVALCANTI, P.B. Apontamentos sobre o despertar da assistência psiquiátrica nacional. **Revista Teoria Política e Social**, v.1,n.1, p.123-130, 2008.

COSTA, M. D. H. da. **Serviço Social e Intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado (Serviço Social). Recife: PPGSS/ UFPE, 2010.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>>.

FERNANDES, J.C. RIBEIRO, C.S. Saúde Mental e Serviço Social: entre o Campo e Núcleo. In: ROSA, L. **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

GALDINO, S. B. **A Produção de Conhecimentos no Serviço Social: entre a hegemonia marxista e a pós-modernidade.** Dissertação de Mestrado em Serviço Social. João Pessoa: UFPB/CCHLA/ PPGSS, 2016. Disponível em: < <https://docero.com.br/doc/xnc15s>>

HARVEY, D. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1992.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1991.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS S. A.; COSTA, W. R. (org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 2007.

ROBAÍNA, C.M.V. O Trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n.102, p.339-351, 2010.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como Campo de Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Rio de Janeiro: UFF, 2012.

ROSA, L. **Atenção Psicossocial e Serviço Social.** Campinas: Papel Social, 2016.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. DOI 10.1590/S010321002007000200001

PITTA, A. M.F. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva,** n.16, v.12, 2011.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental. In: VASCONCELOS, E.M (org) et al. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2010.



SOFRIMENTO
PSÍQUICO E
SERVIÇO SOCIAL
NA PANDEMIA DA
COVID-19

SOFRIMENTO PSÍQUICO E SERVIÇO SOCIAL NA PANDEMIA DA COVID-19

*Jaqueline Figueredo Silva
Alecsônia Pereira Araujo
Danielle Viana Lugo Pereira*

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os principais fatores que contribuíram para o sofrimento psíquico dos assistentes sociais durante a pandemia da Covid-19. A crise sanitária da Covid-19 resultou em inúmeras mortes e agravamento das expressões da “questão social” com impactos significativos na vida social em suas múltiplas dimensões. O contexto pandêmico incidiu no trabalho e na saúde dos trabalhadores, sobretudo daqueles que estavam na linha de frente. Nesse sentido, foi desenvolvido este estudo, cuja metodologia utilizada foi a revisão de literatura e a pesquisa de campo, de natureza qualitativa. Para obtenção dos dados, utilizou-se a entrevistada semiestruturada, junto a nove (9) profissionais do Setor de Serviço Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no período de maio a julho de 2023. Os resultados do estudo revelaram que a pandemia deixou reflexos nocivos na saúde mental da maioria dos assistentes sociais, aumentando sofrimentos preexistentes, mas também determinando a experiência do sofrimento psíquico. Constatamos ainda uma cultura da invisibilidade do sentir, em que as instituições tratam o sofrimento psíquico como não significativo, contribuindo, assim, para o aprofundamento das experiências de sofrimento. Portanto, os resultados forneceram uma visão crítica e sensível sobre os fatores enfrentados pelos assistentes sociais durante a pandemia, os quais incidiram em processos de sofrimento.

Palavras-Chave: Sofrimento Psíquico, Pandemia da Covid-19, Serviço Social.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 caracteriza-se como uma patologia causada pelo vírus SARS-CoV-19, identificado por pesquisadores de Wuhan – província da República Popular da China – e notificado à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019. No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou o início da pandemia de Covid-19. Esta acarretou, entre outros desdobramentos, no isolamento em massa da população e da superlotação dos hospitais.

Baseado nisso, as expressões da “questão social” agudizadas durante a pandemia da Covid-19 foram tomadas como contexto para refletir como o assistente social atuou nesse período adverso e desafiador. Partimos do pressuposto de que o trabalho do assistente social na Política de Saúde é interdisciplinar, dialogando com outros profissionais de diversas áreas, com vista a pautar sua atuação caracterizada pela concepção ampliada em saúde.

Vale ressaltar que o trabalho profissional do assistente social é alicerçado a partir do enfrentamento das expressões da “questão social”, que vem atravessada pela barbárie social, processo intrínseco da vida em sociedade regida pelo capital. É nesse cenário que a pandemia, de acordo com Pereira e Oliveira (2021), é compreendida como tragédia social num movimento dialético que, ao mesmo tempo, assemelha-se a um fenômeno ou uma catástrofe natural, fundindo algumas das suas principais características, tais como: imprevisibilidade, paralisação da vida social em larga escala, inevitabilidade e grau de letalidade destrutiva.

Nesse sentido, constatou-se o aprofundamento da questão social, perpassada pelo sofrimento psíquico ocasionado pela pandemia da Covid-19.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar quais os principais fatores que contribuíram para o sofrimento psíquico dos assistentes sociais que atuaram na linha de frente na pandemia, visando contribuir para formulação de futuras políticas públicas de saúde mental para o trabalhador da saúde e, conseqüentemente, para os assistentes sociais. O estudo é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, em 06 de novembro de 2023, intitulado “Sofrimento Psíquico e Serviço Social: uma análise do trabalho do(a) assistente social na pandemia da Covid-19 em um hospital-escola na Paraíba/Brasil”. O estudo integra os trabalhos desenvolvidos no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) e o projeto de pesquisa “Análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de João Pessoa-PB”.

Os resultados confirmaram a nossa hipótese de que os profissionais de Serviço Social, durante a pandemia, passaram por um processo de sofrimento psíquico, devido às circunstâncias da crise sanitária e social. Portanto, alguns dos principais fatores para os assistentes sociais foram: a sobrecarga e a readaptação do trabalho; o *estresse* ocasionado sobretudo pela alteração emocional; o medo sucessivo da contaminação e de colocar em risco a sua saúde de seus familiares.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde mental faz parte do processo da vida humana em sociedade, no qual o indivíduo é submetido, constantemente, a vários estímulos, como mudanças de rotina, fatores bruscos que alteram a dinâmica social, a exemplo da pandemia da Covid-19, que provocou transformações em todos os campos da vida em sociedade. Assim, a vida humana e a saúde estão intrinsecamente relacionadas, tendo em vista que

A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. A ideia dominante, de identificação dos determinantes, é, portanto, insuficiente para direcionar ações de saúde que contribuam efetivamente para a máxima realização do humano. Para tal, seria necessário alterar o modo de produção (Albuquerque e Silva, 2014, p. 962).

A lógica produtivista está inerentemente ligada à saúde mental. Produzir e ser útil dentro do modo de produção capitalista é estar presente dentro de uma congruência adoecedora, sendo um fator importante para pensarmos como o capitalismo afeta o indivíduo. O capitalismo e o neoliberalismo provocam a ideia de que o ser é livre, sendo que não se tem escolha em viver ou não imerso nesse sistema.

Desse modo, para refletir como a imersão dentro do capitalismo está relacionada à lógica de mercado, entende-se que é necessário vender sua força de trabalho para conseguir viver em

sociedade, muitas das vezes dentro de instituições que provocam o desgaste emocional, corroborando para o sofrimento psíquico.

Para pensar a saúde mental, iremos partir da apreensão do sofrimento psíquico, a partir da análise formulada por Araujo (2022), que compreende que o indivíduo enquanto cidadão necessita de cuidados integrais, visando quebrar as visões patologizadas e historicamente estigmatizadas para as pessoas que sofrem. Assim, nessa mesma direção, destaca-se a contribuição de Perrusi (2015), que pensa na dor não sendo física, mas psíquica, que se refere mais ao indivíduo do que ao corpo biológico de fato.

Em conformidade, Perrusi (2015, p. 140) defende que o sofrimento psíquico atualmente virou um fato social, estando presente em diversos âmbitos da sociedade, “[...] em toda situação social, principalmente naquelas relacionadas com a vulnerabilidade social (doença, pobreza, desemprego, trabalho precário etc.). Diante da banalização do sofrimento psíquico, não se estaria perante apenas novas formas de agir, mas também de sentir, logo, de sofrer”.

Dessa forma, essa banalização também está atrelada a como se classifica e entende o sofrimento, o que é mais propício.

Propor um novo status social do sofrimento psíquico implica dizer que há novas maneiras de sofrer, logo, assim que capturadas pela “saúde mental”, novas expressões psicopatológicas – na nossa sociedade, o sofrimento tende a ser enquadrado rapidamente em alguma nosologia (Perrusi, 2015, p.141, *grifos do autor*).

O sofrimento é encarado de formas diferentes, dependendo da cultura, época social e preceitos religiosos. De forma simplista, para compreender o sofrimento, Cassell (2004 *apud* Olivei-

ra, 2016, p. 228) aponta que o “sofrimento é um estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade (manter-se intacto) de uma pessoa. Sofrimento exige consciência de si, envolve as emoções, tem efeitos nas relações pessoais da pessoa e tem um impacto no corpo”.

Esse sofrimento também relaciona-se com a contemporaneidade, sendo algumas das principais causas o individualismo e as mudanças históricas, tanto na economia quanto nas mudanças sociais. Nessa reconfiguração “ocorreu uma reestruturação psíquica e, se houve reestruturação psíquica, surgiram novas expressões do afeto e do sofrer” (Perrusi, 2015, p. 142).

Partindo da lógica de individualismo, a socialização dos tempos modernos transporta para o sujeito a autonomia, muitas vezes psicologizando o sofrimento psíquico, como Perrusi (2015, p. 147) afirma: “[...] sofrimento psíquico é uma construção social, embora seja expresso como individualizado.” Dessa forma, as relações sociais possuem inflexões sobre a saúde mental do indivíduo, sendo muitas vezes anulado o sofrer por sofrer pressão de todos os lados da vida social, seja na vida pessoal, seja na profissional, acarretando a construção do sofrimento como “[...] sintoma de fracasso e incapacidade – como inadaptação” (Perrusi, 2015, p.147).

No que se refere ao sofrimento psíquico e sua relação com o trabalho profissional do assistente social, podemos recorrer a Marx (2013), um dos principais expoentes para apreender o processo de produção e reprodução das relações sociais na sociabilidade capitalista. “Marx apresenta o chão histórico para explicar as causas do sofrimento, tido como social em suas múltiplas ex-

pressões do sofrimento, haja vista a complexa relação conflituosa entre capital e trabalho” (Araujo, 2022, p.89).

O sofrimento psíquico não é vivenciado da mesma forma para todos os indivíduos, seja ele da mesma família, cultura, religião ou período histórico, pois o que é sofrimento para um pode não ser para o outro, mesmo que estejam submetidos às mesmas situações e aos ambientes adversos (Brant e Gomez, 2004). Nessa perspectiva, a vivência de cada pessoa está atrelada também a como ela se comporta em cada situação, por exemplo, algo que é prazeroso para uma pessoa pode ser um sofrimento para outro indivíduo.

Dito isso, é importante lembrar que o profissional de Serviço Social está inserido na divisão sociotécnica do trabalho, tornando-se um trabalhador assalariado, atuante, sobretudo, na seguridade social (saúde, previdência, assistência social). Um trabalhador assalariado está imerso na lógica produtiva do capitalismo, sendo assim, um trabalhador que vende sua força de trabalho, além disso,

[...] ainda que o Serviço Social tenha sido reconhecido como profissão liberal nos estatutos legais e éticos que definem a autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política na condução do exercício profissional, o trabalho do assistente social é tensionado pela relação de compra e venda da sua força de trabalho especializada. A condição de trabalhador assalariado – seja nas instituições públicas ou nos espaços empresariais e privados sem fins lucrativos, faz com que os(as) profissionais não disponham nem tenham controle sobre todas as condições e os meios de trabalho postos à sua disposição no espaço institucional (Raichelis, 2011, p.428).

Sabe-se que a precarização do trabalho é constitutiva do modo de produção e reprodução capitalista, sendo perpassada

pelo trabalho assalariado, por conseguinte, pela exploração da força de trabalho. Sendo assim, na condição de trabalhador assalariado, o profissional de Serviço Social está inserido nesse contexto, e segundo Loiola e Cavalcante (2021, p.111),

As transformações ocorridas no mundo do trabalho, a partir da ideologia neoliberal e da reestruturação produtiva, as novas formas de sociabilidade, pautadas na lógica do mercado, que baliza as relações entre Estado e sociedade, impactam sobremaneira as condições de vida dos usuários das políticas e instituições sociais em que atuam os Assistentes Sociais, bem como também impactam nas condições de vida e de trabalho desses profissionais.

Assim, é de fundamental importância o papel do(a) assistente social dentro do contexto pandêmico da Covid-19, revelando que não fugiu à luta, enfrentando desafios com as expressões da “questão social”, mesmo em meio às políticas sociais fragilizadas, trabalhando em equipes temporárias, com afastamento de profissionais e contratos temporários em algumas instituições (Soares, Correia e Santos, 2021).

Consoante a isso, o assistente social é chamado para atuar diante de um cenário desafiador, em que precisou diariamente mostrar seu trabalho, mesmo diante de uma proteção social enfraquecida. Iamamoto (2006, p.176) aborda que “[...] o assistente social, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para as políticas e serviços sociais públicos”.

Além do mais, é inegável a contribuição do assistente na pandemia. Matos (2020, p.5) aborda que “Assistentes Sociais têm uma contribuição fundamental nos diferentes serviços de saúde,

e não é uma pandemia que altera sua importância. O que se altera é a forma como se dará o trabalho, mas mantendo nossas atribuições privativas e competências profissionais.”

Portanto, a atuação profissional foi imbricada dentro de fatores que perpassam a ação cotidiana, além de mudanças drásticas e em curto prazo, acarretando o adoecimento dos profissionais, mas que tiveram um papel crucial no combate à pandemia da Covid-19, sobretudo pelo compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população embasado no projeto ético-político da profissão.

METODOLOGIA

Utilizamos a revisão de literatura e a pesquisa de campo. A revisão da literatura traz a “contextualização teórica do problema e seu relacionamento com o que tem sido investigado a seu respeito” (Gil, 2002, p.162). A pesquisa de campo configura-se na observação direta dos fatos tal como ocorrem e a partir dos indivíduos dentro do campo estabelecido para pesquisa. Nisso, “o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo” (Gil, 2002, p.53).

A natureza do estudo foi do tipo qualitativa, em que os atores sociais da pesquisa refletem sobre suas ações e consequências das ações para a realidade em que estão imersos. Dessa forma, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, em que o ser humano é entendido como parte da realidade social (Minayo, 2009).

A pesquisa foi realizada no setor de Serviço Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), um hospital escola que faz parte da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), juntamente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EB-SERH).

Os sujeitos da pesquisa constituíram os(as) assistentes sociais do HULW que atuaram no período de pandemia da Covid-19, sendo usado o quantitativo de 50% do total, correspondendo a nove (9) profissionais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPB), com Certificação de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 69565223.1.0000.5188.

Como instrumentos de coleta de dados utilizamos a entrevista, do tipo semiestruturada, constituída por perguntas abertas e fechadas, uma vez que possibilita maior flexibilidade para o sujeito da pesquisa, pois as perguntas abertas facilitam a condução da entrevista e dão maior liberdade para o entrevistado, já as perguntas fechadas apresentam múltiplas opções para os sujeitos escolherem (Gil, 2002). E ainda, na entrevista semiestruturada, as perguntas são parcialmente formuladas pelo pesquisador antes de ir a campo.

Quanto à perspectiva teórico-metodológica, utilizamos a Teoria Social Crítica Marxiana e Marxista e a análise de conteúdo, sendo este

Um conjunto de técnicas de análises de comunicação visando obter, por procedimentos assistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979, p. 42 *apud* Minary, 2004, p.199).

No que se refere à análise de conteúdo de Bardin (2011), é possível observar que contempla três fases fundamentais, sendo elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação. A pré-análise é a organização do material, e no caso das entrevistas é a transcrição; a exploração do material se deu a partir das questões norteadoras de acordo com os objetivos do trabalho; e, por fim, a análise e a discussão se deram por meio de autores que discutiram a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apontam para os fatores determinantes do sofrimento psíquico dos assistentes sociais que atuaram no HULW durante o período da pandemia da Covid-19, considerando o ambiente e as situações provocadas por uma pandemia que afetou a saúde mental e física de assistentes sociais que trabalharam na linha de frente do combate ao novo coronavírus, sobretudo pelos medos cotidianos diante do contágio e do luto.

Ao serem questionadas se a pandemia afetou a saúde física e mental, as entrevistadas afirmaram que sim e consequentemente tiveram suas vidas afetadas, como afirmou a entrevistada 06:

Não teve como separar, do ponto de vista pessoal, a gente se ver em uma situação de fragilidade, de medo, de vulnerabilidade com a nossa vida e com a vida das nossas famílias. Por sermos da saúde, não paramos de trabalhar, não teve aquele fique em casa, não foi possível ficar em casa. A gente vinha trabalhar, e o medo de levar alguma coisa para dentro de casa. E do ponto de vista profissional, também por estar lidando diretamente com o sofrimento, a doença e as repercussões, as expressões da questão social agudizada naquele momento.

O medo estava presente tanto no ambiente profissional quanto pessoal, pois enquanto alguns setores estavam funcionando remotamente e tendo o isolamento social como recomendado, os trabalhadores da saúde estavam mais suscetíveis a contrair o vírus devido ao risco do ambiente, causando aflição, medo e ainda tendo que lidar com o sofrimento dos usuários e das famílias.

Com relação ao impacto na saúde tanto física quanto mental, os dados mostram como a pandemia da Covid-19 desgastou os profissionais que estavam na linha de frente. Na perspectiva dos **problemas físicos**, alguns profissionais revelaram que receberam diagnósticos de problemas de saúde física, como informa a entrevistada 01: “Eu adquiri lesões por esforço repetitivo, que foi uma jornada prolongada, fazendo digitações, o posicionamento do pescoço, porque não tínhamos um fone específico para fazer as ligações [...]”.

E na perspectiva da **saúde mental**, que está diretamente relacionada com a saúde física, destacamos algumas situações, principalmente relacionadas ao luto, que abalaram de modo direto os profissionais do serviço social do HULW, conforme relato da entrevistada 01:

Quando perdi minha amiga de trabalho, foi logo quando a vacina foi liberada, então foi algo que a gente não conseguia entender, que tão pouco tempo ela teria sido vacinada e não teria falecido. Não sei se tem como dizer como a gente lidar com a morte de uma forma violenta. A pandemia eram mortes violentas, era muito sofrimento.

O relato apresenta a complexidade para o entendimento em lidar com a questão da finitude, do trauma, da perda e da

morte (Pinheiro, Quintella e Verztman, 2010). Nessa perspectiva, podemos afirmar que o processo do luto indica uma experiência propícia ao sofrimento psíquico, tendo em vista um contexto que envolve cotidianamente um universo de diversas perdas.

No que se refere aos **medos durante a pandemia da Covid-19**, três (3) entrevistadas disseram temer a própria morte ao serem contaminadas no trabalho. Quatro (4) profissionais afirmaram que tiveram receio de se contaminar e conseqüentemente os familiares do seu convívio na mesma moradia. E duas (2) das entrevistadas relataram o medo de contaminar seus familiares e perdê-los.

No que concerne a esse medo, ele era real e legítimo, tendo em vista a perda de uma colega do setor de Serviço Social, contaminada e que veio a óbito por Covid-19. A equipe foi subitamente abalada por aquilo que mais tinha medo, a morte. A morte de profissionais da saúde não foi apenas de médicos e enfermeiros: os(as) assistentes sociais também foram acometidos. É fato que o CFESS criou o memorial “Nosso luto, nossa luta!”, dedicado a cada assistente social vítima do coronavírus.

O HULW emitiu uma nota de pesar, por ser uma profissional que dedicou mais de 40 anos ao cuidado no hospital. Dessa forma, ponderamos aqui o luto instaurado dentro do setor, onde o medo foi ainda mais aguçado, pelo fato do risco latente de perdas.

Ao receberem a notícia do falecimento da profissional, elas não tiveram tempo de apreender a informação, visto que estavam no ambiente de trabalho em meio ao caos da pandemia. A entrevistada 05 relata que:

Essa perda foi muito difícil e soubemos da notícia no horário de trabalho e tivemos que pedir para o pessoal esperar para a gente poder chorar e lidar com a emoção do momento por receber uma notícia, mesmo estando em horário de trabalho.

O impacto dessa perda no setor teve como consequências o aumento e a experiência do sofrimento psíquico. Aqueles assistentes sociais que estavam de plantão tiveram apenas poucos minutos para processar emocionalmente uma notícia devastadora e voltar ao trabalho.

Além de conviverem com a demanda diária do luto, devido às inúmeras mortes dos usuários, precisaram lidar com a morte e o luto dentro do setor. A entrevistada 01 relata:

A gente estava lidando com essa doença, estava lidando com a morte, mas assim, a gente nunca acha que vai chegar tão próximo da gente, né? Porque era uma pessoa saudável. Está aqui, trabalhando com a gente hoje e depois não estava mais. Então foi muito, muito difícil. Isso mexeu muito com a gente, muito mesmo.

Tal narrativa reflete como essas profissionais trabalhavam nesse período, como uma espécie de “trabalhar no automático” e quando perderam uma colega, sentiram que esse medo era legítimo e estava muito próximo, mesmo lidando diariamente com o luto dos familiares dos usuários. A experiência do luto é entendida de forma individual, coletiva e social, tendo em vista que envolve a perda do outro, causando sofrimento e refletindo nas relações sociais (Araujo, 2020).

Mesmo convivendo cotidianamente com a morte, o luto de uma pessoa próxima é uma dor muito mais profunda, tendo em vista que: “A morte não é terrível. [...] Terrível pode ser [...] a perda sofrida pelos vivos quando morre uma pessoa amada. Não

há cura conhecida. Somos parte uns dos outros” (Elias, 2001, p. 76 *apud* Araujo, 2020, p.168). Em face do exposto, ser parte um dos outros é a proximidade que se tem com o indivíduo, é a convivência diária que é interrompida pela morte.

Outro fator relevante destacado pela entrevistada 02 é o conhecimento sobre os procedimentos que eram realizados nos usuários críticos que estavam internados por Covid-19:

Quando você sabia qual era todo o processo de entrada de um paciente com Covid e em estado grave, você começa a ter dimensão de todo sofrimento que ele passou em um leito de UTI. [...] Quando você começa imaginar que aquelas pessoas que eram próximas, que você conhecia e tinha um afeto e passou por tudo aquilo, quando você tem aquele conhecimento, você sente demais. É indescritível.

Destaca-se então a apreensão do sentir e da dor no sentido de o indivíduo ter a racionalidade de compreender como tais procedimentos são realizados e perceber o fim da vida, sendo agudizado por um contexto novo e devastador, em que morte era uma das palavras mais faladas no dia a dia. Para Brant e Gomez (2004, p.215) “o homem sofre porque passa a perceber a sua finitude; o que faz do sofrimento uma dimensão não apenas psicológica, mas, sobretudo, existencial”.

A família foi um dos pontos em comum mais mencionados, porque o medo de contaminá-los e levá-los a óbito perdurou durante a pandemia. Isso possivelmente se deu tendo em vista que o contágio era visto como uma sentença de morte, pois ao ser contaminado, já existia uma perspectiva de todo um ciclo (contágio, internação, intubação e morte), pois era isso que eles presenciavam todos os dias. E pensar que um familiar poderia

passar por isso tornou-se o maior medo na maioria das entrevistadas. Nesse sentido, vejamos a narrativa da entrevistada 02: “[...] para a gente pegar covid era ser intubada, agravar, chegar ao estado grave da doença e morrer”.

Dessa forma, podemos considerar que esse medo corresponde a uma resposta diante da gravidade da situação, sendo um temor real e legítimo, vista a exposição diária ao vírus. O medo de contaminar a família e a possibilidade de perdê-la destaca a complexidade emocional enfrentada pelos profissionais de saúde, além daqueles profissionais que decidiram se afastar do convívio familiar, como explica Teixeira *et al.* (2021, p.3):

[...] falta de contato com a família e exaustão. Esta situação causou problemas de saúde mental, como estresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo, problemas que não apenas afetam a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões dos médicos, mas também podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral.

Nossos resultados revelam que essa preocupação não foi exclusiva dos profissionais médicos, uma vez que os(as) assistentes sociais também perderam o convívio familiar, acarretando o desgaste emocional e físico, trazendo consequências para seu bem-estar. Nesse ínterim, a entrevistada 03 destaca que:

Era um medo constante, pavoroso. Eu passei mais de um ano sem ter contato com meu filho. Eu não entrava em casa: quando eu chegava, pedia para que ficasse no quarto, porque eu não queria ter contato, não abraçava ele, diariamente. E os noticiários eram as mortes seguidas, e o índice só aumentando Era desesperador.

O distanciamento do convívio familiar foi uma das dificuldades presentes. Esse medo do contato devido à exposição ao vírus ocasionou um aumento na aflição ao chegar em casa, tendo que se afastar dos seus. As relações sociais entre pessoas são cruciais para subsidiar a saúde mental, e a ausência afeta diretamente o aprofundamento do sofrimento, levando em conta que o afeto é essencial para manter o bem-estar.

Em relação ao **uso de medicação** antes ou durante a pandemia da Covid-19, seis (6) dos participantes não fizeram uso de medicação, três (3) das entrevistadas relataram fazer uso durante a pandemia, desses um dos profissionais fazia uso antes e durante a pandemia. Dessa forma, podemos pensar a medicalização como o primeiro método utilizado diante do problema, mas temos que compreender que há efeitos nocivos, porque acaba sendo simplificado por um diagnóstico e parte-se para a medicalização, acarretando o crescimento da indústria farmacêutica. Perrusi (2015, p.150) vai abordar que

A “captura” do sofrimento psíquico pela biomedicina tem como grande mediador o uso e o tratamento por psicotrópicos. É a crença na eficácia do tratamento medicamentoso que gera a legitimidade da naturalização do sofrimento. O resultado é sua medicalização. O efeito paradoxal desse processo é a subsunção do sofrimento à dor. Ao se obter essa redução, consegue-se a sua naturalização.

É importante ressaltar que o número de não medicalizados é maior, e isso configura que alguns profissionais procuraram terapias integrativas para tratar a sua ansiedade, como cita a entrevistada 06: “Sim, ansiedade sem diagnóstico, mas relacionado à pandemia. Adquiri na pandemia. Comecei a fazer acupuntura

para melhorar. Minha parte maior era com enxaquecas, era muita, sem parar”.

Quanto ao **uso de terapia** durante a pandemia, quatro (4) profissionais já faziam terapia e continuaram, os quais apontaram que foi de suma relevância para o trabalho profissional; cinco (5) das entrevistadas não fizeram terapia, dessas, uma relatou que foi por falta de tempo, pela dedicação exclusiva ao trabalho naquele momento.

Sendo assim, podemos dizer que o fato de os profissionais terem continuado na terapia pode ter contribuído para impactos positivos para seu ambiente profissional na sua relação com sua saúde mental, conforme importância revelada pela entrevistada 06:

A terapia ajudou totalmente para lidar com as cobranças; as cobranças comigo mesma, tanto da instituição também e eu saber reconhecer que eu preciso entender meus limites, que não vou dar conta de tudo, que não vou poder fazer, não fazer 100% as coisas como eu gostaria, e muitas vezes não é sobre mim, é sobre todo o processo [...].

Considerando o depoimento acima, inferimos que um acompanhamento terapêutico se constitui como sendo uma ferramenta crucial e eficaz para o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de situações complexas, como a da pandemia. Por outro lado, as entrevistadas que afirmaram que não fizeram terapia sinalizaram para a necessidade de fazê-la, mas a justificativa para a não realização está relacionada à falta de tempo. Dessa forma, podemos então analisar a partir do Manifesto da Associação Brasileira de Saúde Mental (2021, p. 01):

O aumento de diagnósticos de transtornos mentais em plena pandemia é uma das maiores evidências dessa concepção que descontextualiza o sofrimento psíquico, ao negar que este sofrimento, que atinge a todas e todos que têm consciência do estado de desamparo e desesperança que vivemos, que nos assola, tem determinantes sociais conhecidas, não podendo ser distorcido e apresentado como doença de cada um de nós.

Com isso, podemos considerar como tais dados representam a leitura do sofrimento psíquico a partir de situações adversas que agudizam as emoções, a dor, o sentir. Compreende-se, então, que o indivíduo é constantemente estimulado às sensações diversas, sejam elas de prazer ou de dor, dependendo de como cada pessoa se comporta frente aos acontecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 afetou diversos âmbitos da sociedade. O coronavírus se espalhou rapidamente em todos os países, ocasionando prejuízos em todos os âmbitos da vida social. Provocou, entre outros agravos, o isolamento em massa, tornando a sociabilidade inviável, bem como as perdas que desencadearam e/ou agravaram o sofrimento psíquico. O contexto estudado nos possibilitou uma visão mais ampliada de como o momento pandêmico perdurará com seus resquícios durante anos, principalmente no que diz respeito à saúde mental.

O sofrimento psíquico no nosso estudo foi representado por um sentimento coletivo e majoritário do medo. Este foi real e constante associado à exposição ao vírus, assim como o luto silenciado devido à falta de tempo para o processo de vivência deste, revelando o impacto emocional profundo vivenciado pelos assis-

tentes sociais do HULW. O luto por uma amiga de trabalho associado às experiências traumáticas do período, agudizaram ainda mais o sentimento de medo, produzindo uma intensificação do sofrimento.

No tocante à família, o medo de contaminá-la e levá-la a óbito foi constante durante a pandemia, tendo em vista o contato com os usuários infectados pelo coronavírus, pois era visto como uma sentença de morte, e ainda existia uma perspectiva de todo um ciclo, que começava pelo contágio, passava pela internação e intubação até chegar à morte. E pensar em um familiar nesse cenário tornou o maior medo evidenciado pela maioria das assistentes sociais entrevistadas.

Portanto, considerando os resultados, foi possível afirmar que o estudo forneceu uma visão crítica e sensível sobre os principais fatores enfrentados pelos Assistentes Sociais durante uma pandemia, representando uma leitura do sofrimento psíquico a partir do aprofundamento das expressões da questão social, bem como de situações adversas que agudizam as emoções, a dor, o sentir e o viver.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. C. de; SILVA, M. J. de S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

ARAUJO, A.P. **(Des)sentidos da Loucura:** experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB. Tese (Doutorado em Sociologia) - Curso de Sociologia, Universidade Federal da Paraíba. Paraíba. p.306. 2022.

Associação Brasileira de Saúde mental. **Manifesto por vidas despatologizadas, direito às diferenças, combate às desigualdades.** 2021. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/134425/manifesto-por-vidas-despatologizadas-direito-s-diferenas-combate-s-desigualdades>
Acesso em: 17 de jul. de 2023.

BRANT, L. C.; GOMES, M. C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/1993 que regulamenta a profissão. 10^a. ed. rev. e atual. Brasília: **Conselho Federal de Serviço Social**, 2012.

CFESS. Memorial “Nosso luto, nossa luta!”. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/memorial>.
Acesso em: 15 de jul. de 2023.

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

IAMAMOTO, M. V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 161-196.

LOIOLA, E. N., CAVALCANTE, N. C. Os Impactos do Coronavírus no Trabalho do/a Assistente Social: Desafios e Impasses. **Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 15, n. 1, p. 110–121, 2021.

MATOS, M. **A pandemia do coronavírus (Covid-19) e o trabalho de Assistentes Sociais na saúde.** Rio de Janeiro: CRESS, 6 abr. 2020.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Capital**: crítica da economia política- Livro I-O processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle – São Paulo; Boitempo, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

OLIVEIRA, C. C. Para compreender o sofrimento humano. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, 20 jul. 2016.

PEREIRA, D. V. L. e OLIVEIRA, V. C. A. Trabalho de assistentes sociais em tempos de covid-19: tensões e desafios. In.: **Trabalho e pandemia**: informalidade, precarização e suas múltiplas relações. Roberto Vêras de Oliveira e Ari Rocha da Silva (Org.). São Paulo: Annablume, 2021.

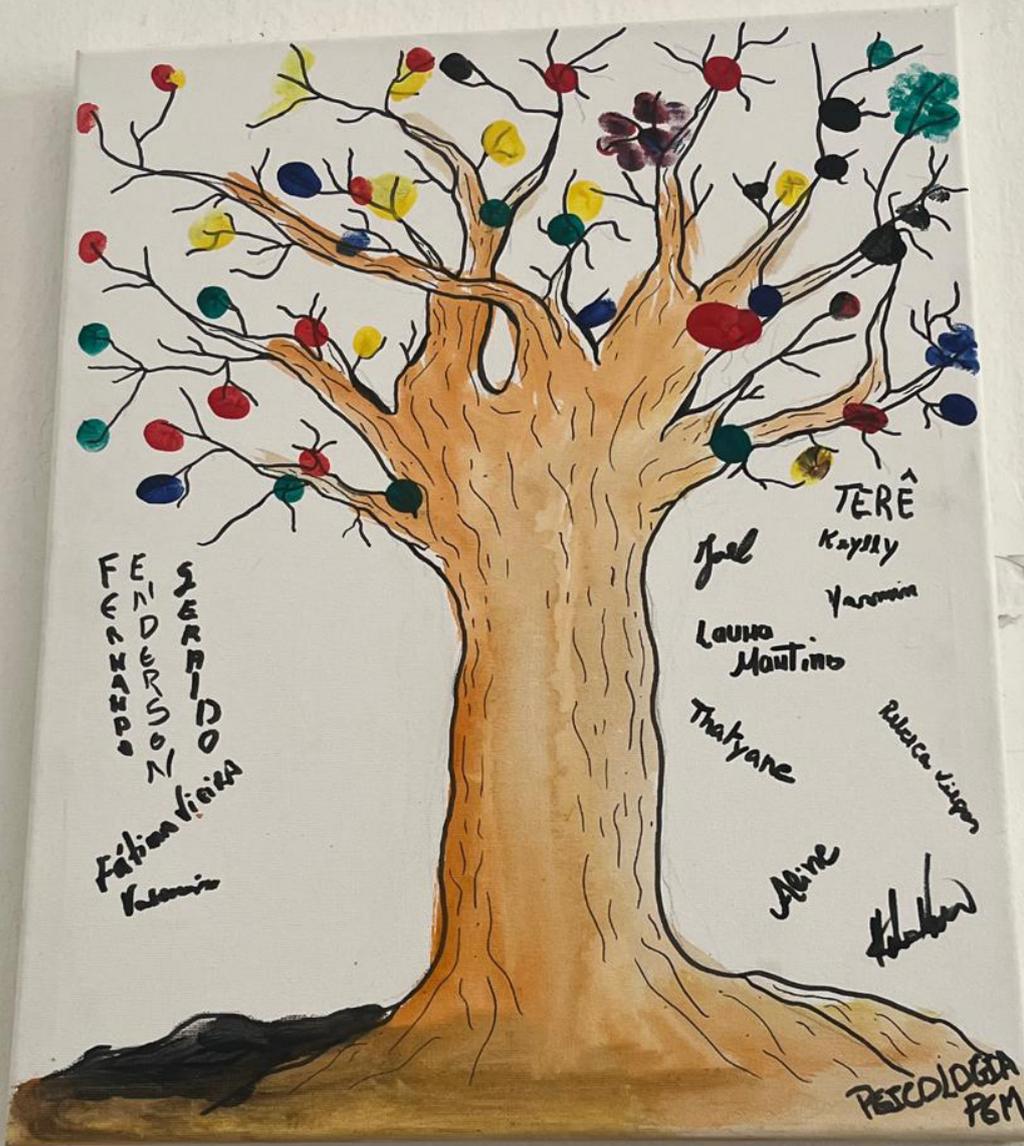
PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: um ensaio sobre a individualidade contemporânea. **Tempo Social**, v. 27, n.1, jun., 2015.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia clínica**, v. 22, p. 147-168, 2010.

RAICHELLIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, 2011.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.140, p.118-133. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2021.



SAÚDE MENTAL E
TRABALHO: uma
análise sobre a
Síndrome de Burnout
no Programa
de Residência
Multiprofissional de um
Hospital-Escola

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: uma análise sobre a Síndrome de Burnout no Programa de Residência Multiprofissional de um Hospital-Escola

*Valdezia da Silva Barbosa
Danielle Viana Lugo Pereira*

Resumo

O presente estudo tem como objetivo investigar se há correlação entre a Síndrome de Burnout e o processo de formação dos residentes multiprofissionais. Para tanto utilizamos como metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, realizado com 27 residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar – RIMUSH de um Hospital-Escola, durante o período de dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Como resultados temos os dados que se referem aos escores da Síndrome de Burnout medidos pela MBI-GS, a faceta com menor escore foi Cinismo (CI), com média de 1,8, seguida da faceta Eficácia no Trabalho (ET), com escore 4,6 sendo a de escore de influência mais alta. A faceta Exaustão Emocional (ET), teve média de 3,5. O escore geral da amostra para a Síndrome de Burnout foi de 3,5, o que corresponde a 84,9%, indicando que os residentes apresentaram indicadores para a síndrome. Podemos concluir que o estudo permitiu evidenciar os aspectos contraditórios que há no processo de formação de residentes, que tanto possibilita aprofundamento de conhecimentos científicos e qualificação profissional quanto pode gerar adoecimentos. Portanto, problematizar a existência da Síndrome de Burnout no Programa de RIMUSH não significa negar a importância desse espaço formativo e educacional, mas a partir desses resultados, subsidiar ações educativas e preventivas.

Palavras-Chave: Mundo do Trabalho, Residência Multiprofissional, Síndrome de Burnout.

INTRODUÇÃO

As atuais transformações do mundo do trabalho revelam múltiplas consequências para a saúde dos trabalhadores, de modo que estudiosos da Sociologia do Trabalho demonstram o adoecimento com nexos laborais (Tittoni; Nardi, 2018). Diante dessa realidade, observa-se a ocorrência cada vez mais evidente de muitos problemas relacionados à saúde mental, dentre eles a Síndrome de Burnout.

De maneira específica, Guido (2012) observa que a referida Síndrome é comumente encontrada no contexto da formação nas residências multiprofissionais no contexto universitário, na particularidade do Hospital-Escola.

Assim, o interesse por esse objeto de estudo surgiu a partir de experiências vivenciadas no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde, no período de 2017 a 2018, considerando alguns relatos de residentes nesse contexto. Dessa forma, este estudo analisa a relação entre Saúde Mental e Trabalho, com ênfase na Síndrome de Burnout, no contexto da residência multiprofissional em um Hospital-Escola, no Estado da Paraíba-Brasil.

Para tanto, este capítulo está organizado em quatro partes indissociáveis: inicialmente apresentamos esta breve introdução, que aponta alguns elementos da problemática e o objetivo investigativo. Em seguida, traçamos alguns aspectos metodológicos utilizados no estudo. Na terceira parte, discorreremos sobre os principais resultados e discussões que envolvem as recentes mu-

danças no mundo trabalho, com ênfase na relação saúde mental e trabalho e, em particular, os elementos associados à Síndrome de Burnout, no contexto da residência multiprofissional de um Hospital-Escola. Por fim, evidenciamos as nossas considerações finais.

PRINCIPAIS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Do ponto de vista metodológico, a análise caracteriza-se pelo estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, realizado com 27 profissionais regularmente matriculados no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), no âmbito de um Hospital-Escola, no período de dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

A população foi constituída por todos os residentes multiprofissionais da RIMUSH, e o universo correspondeu ao total de 35 profissionais. Contudo, de acordo com os critérios de inclusão, a amostra ficou composta por 27 profissionais. Ressalta-se que esse quantitativo corresponde a 77% do total de residentes do programa.

Para inclusão dos voluntários na pesquisa, foram necessários como pré-requisitos: ser residente multiprofissional em saúde, regularmente matriculado no programa de RIMUSH e estar em seu segundo ano de residência. Foram excluídos da amostra os residentes que se encontravam afastados das suas atividades profissionais por qualquer natureza, durante o período da coleta dos dados.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma ficha de entrevista semiestruturada, para a caracterização da amostra, e o *Maslach*

Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), que é um instrumento utilizado para mensurar a Síndrome Burnout em praticamente qualquer contexto ocupacional de trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

A MBI-GS é composta por 16 variáveis, pontuadas pela escala de *Likert* (de 0 a 6 pontos), divididas em três facetas: Exaustão Emocional (EE), composta por seis variáveis que avaliam o esgotamento emocional e fadiga, sem fazer referência direta às pessoas, como a origem desse sentimento; Cinismo (CI), que possui quatro variáveis que fazem referência à atitude de indiferença ao trabalho; e Eficácia no Trabalho (ET), a qual enfatiza as expectativas em relação ao trabalho, sendo composta por seis variáveis. A soma dos escores dessas três facetas ou valores dos 16 itens do módulo MBI-GS podem ser combinados para produzir um escore geral para a Síndrome de Burnout-SB (Schaufeli *et al.*, 2001).

A coleta de dados realizou-se por meio de questionários autoaplicáveis, no próprio local de atuação do residente. Os dados da amostra foram analisados e tabulados utilizando-se o programa *Windows Office Excel*. Este estudo foi conduzido com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a ética na pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A residência multiprofissional¹ fundamenta-se em discussões teóricas e pedagógicas que concordam com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principal característica a articulação entre teoria e prática, e como foco principal a ação do ensino-serviço no processo da humanização (Bezerra, 2011). Conforme Brasil (2016), a residência multiprofissional tem como objetivo principal especializar profissionais de saúde qualificados para o exercício na área escolhida, que tenham visão crítica, reflexiva e humanitária baseada em princípios éticos.

O estudo permitiu evidenciar os aspectos contraditórios que há no processo de formação de residentes, pois tanto possibilita aprofundamento de conhecimentos científicos e qualificação profissional quanto pode gerar adoecimentos. Contudo, identificar a ocorrência da Síndrome de Burnout no contexto das residências multiprofissionais não significa negar a importância desse espaço formativo educacional, mas a partir desses resultados, subsidiar ações educativas e preventivas.

A Tabela 1 expõe as características da formação acadêmica dos profissionais que compõem o estudo. Quanto às profissões, os residentes das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutri-

1 Instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação *Latu Sensu*, caracterizada pela educação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, destinada às categorias profissionais que compõem a área da saúde (Brasil, 2014).

ção apresentaram o maior número de profissionais que compõem o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar – RIMUSH.

Tabela 1 - Características da formação acadêmica-profissional do Programa RIMUSH

CARACTERÍSTICAS	Número	%
PROFISSÃO		
Fisioterapia	04	15
Terapia Ocupacional	04	15
Nutrição	04	15
Psicologia	03	11
Enfermagem	03	11
Farmácia	03	11
Odontologia	02	08
Serviço Social	02	07
Fonoaudiologia	02	07
Total	27	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

No que se refere ao tempo de formação, observou-se que 33% dos residentes tinham três anos de formados, 26% encontravam-se entre dois e três anos de formação e 52% deles já eram pós-graduados. Com relação a outras experiências profissionais anteriores à Residência, verificou-se que 59% dos residentes ainda não haviam atuado em sua profissão, conforme a tabela a seguir:

Tabela 2 - Tempo de formação profissional dos residentes do Programa RIMUSH

Tempo de formação	Número	%
2 anos	07	26
3 anos	09	33
4 anos	05	18
5 anos	05	19
6 anos	01	04
Total	27	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

No que se refere aos escores da Síndrome de Burnout medidos pela MBI-GS, a pontuação do questionário foi feita obedecendo à normatização estabelecida por Mclaurine (2008), em que são definidos valores até 1,33 considerados baixos, entre 1,34 e 2,43 intermediários e acima de 2,43, altos. Mclaurine (2008) ainda especifica os índices por facetas, conforme Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Valores de Referência para Síndrome de Burnout

DIMENSÕES	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional (EE)	<2,0	2,1 – 3,19	>3,20
Cinismo (CI)	<1,0	1,01 – 2,10	>2,20
Eficácia no Trabalho (ET)	>4,0	4,01 – 4,99	>5,0
Burnout	<1,33	1,34 - 2,43	>2,43

Fonte: Mclaurine (2008)

A Tabela 3 descreve totais, médias e porcentagens de cada faceta do questionário MBI-GS WHOQOL-OLD, bem como o es-

core geral da amostra para a Síndrome de Burnout. Por sua vez, a Tabela 4 detalha os resultados obtidos em nosso estudo:

Tabela 4 - Descrição do total, da média e da porcentagem de cada faceta do questionário MBI-GS* e Índice Burnout da amostra

DIMENSÕES	Total	Média (1-6)	% (0-100)
Exaustão Emocional (EE)	21,5	3,5	43,1
Cinismo (CI)	7,4	1,8	21,5
Eficácia no Trabalho (ET)	27,8	4,6	60,5
Burnout	-	3,5	84,9

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Podemos considerar por ordem crescente as três facetas. Assim constatamos, nessa amostra, a seguinte sequência: a faceta com menor escore foi Cinismo (CI), com média de 1,8, que conforme Tabela 3 é considerado moderado, seguido da faceta Eficácia no Trabalho (ET), com escore 4,6, também considerado moderado, e com escore de influência mais alta, a faceta Exaustão Emocional (ET), cuja média foi de 3,5.

Diante do exposto, o escore geral da amostra para a Síndrome de Burnout encontrado nesta pesquisa foi de 3,5. Esse índice correspondeu a 84,9%, indicando que os residentes apresentaram, em grande medida, indicadores associados à Síndrome de Burnout.

O resultado de 84,9% dos residentes com o percentual aponta para a possível ocorrência da Síndrome de Burnout no contexto da Residência Multiprofissional e alerta para a necessidade de elaboração de propostas de ações pedagógicas que fortaleçam

os aprendizados levando em consideração a saúde mental dos residentes.

Dessa forma, o estudo permitiu evidenciar os aspectos contraditórios que há no processo de qualificação profissional de residentes no contexto da RIMUSH, considerando que tanto pode possibilitar uma experiência profícua, com múltiplos aprendizados, quanto, de forma conflitante, podem ocorrer adoecimentos.

Apresentamos uma discussão em que problematizamos este resultado a partir das discussões sobre a saúde mental e as transformações no mundo do trabalho.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: O MUNDO DO TRABALHO COMO FATOR DE ADOECIMENTOS

O contexto da residência multiprofissional do Hospital Universitário possibilita múltiplos aprendizados, mas, contraditoriamente, pode gerar ao mesmo tempo processos de adoecimentos, considerando sobretudo as atuais mudanças no mundo do trabalho.

Tais mudanças ocorrem, sobretudo, pela intensificação do trabalho marcadas por longas jornadas de trabalho do estudante residente. Destacam-se alguns fatores relacionados ao “mundo do trabalho”, tais como: a extensão do trabalho para o domicílio, a inserção de um segundo emprego, acúmulo de tarefas, a precarização das condições subjetivas e objetivas de trabalho, principalmente os maus-tratos em ambiente de trabalho e assédio moral. Todos esses fenômenos podem acarretar processos de sofrimento, como por exemplo a Síndrome de Burnout.

Diante disso, para analisar a Síndrome de Burnout no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar num Hospital-Escola, faz-se necessário identificar o contexto mais amplo em que se insere a precarização do trabalho.

De acordo com Silva (2017, p. 289), “os reflexos da precarização na saúde geral e mental têm sido largamente estudados em vários países e também no Brasil” (Appay; Thébaud-Mony, 1997; Bermann, 1995; Daniele Linhart, 2008; Druck; Franco, 2007; Franco, Druck; Seligmann-Silva, 2010).

O termo “precarização do trabalho” refere-se às mudanças ocorridas em relação ao mercado de trabalho, que, dentre outros aspectos, caracteriza-se pelo desmonte dos direitos trabalhistas. Tais mudanças são oriundas do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo. Conforme Harvey (1992), esse marco pode ser delimitado a partir de 1973, com o advento da *acumulação flexível*. Trata-se, segundo Castel (1998), do elemento central da nova dinâmica do desenvolvimento do capitalismo, constituindo uma crise da sociedade salarial capaz de gerar uma nova condição de vulnerabilidade social.

Pochmann (2001), por sua vez, considera que a terceirização e a flexibilização da economia têm provocado violentos impactos no mercado de trabalho, sobretudo na particularidade do Brasil, pois essa sofre influência simultânea tanto na combinação do desemprego em larga escala quanto do desassalariamento e da formação de postos de trabalho cada vez mais precários.

Convém frisar que, além da diminuição dos postos de trabalho e do crescimento do desemprego, as possibilidades de absorção pelo mercado de trabalho, por meio de empregos regu-

larmente assalariados, reduzem e aumentam as possibilidades de inserções em condições mais precárias. Para Cardoso, Comin e Guimarães (2001), o trabalho regularmente assalariado é cada vez mais instável, sendo, por conseguinte, substituído por ocupações autônomas ou temporárias, havendo portanto, uma intensificação da exploração da força de trabalho.

Antunes (1995) nos lembra que, apesar de sempre ter havido trabalho precário no capitalismo, a precariedade se “metamorfoseou”, pois passou a ter um lugar estratégico na lógica de dominação capitalista: deixou de ser algo periférico ou residual, para se institucionalizar em todo o mundo. A precarização, assim, deve ser entendida como algo inserido em um contexto liberalizante que busca, dentre outras coisas, transferir responsabilidades, antes do empregador, ao trabalhador. Para Pereira (2020), podemos identificar na revisão de literatura três importantes fenômenos sobre as recentes mutações no mundo do trabalho. São eles: “a intensificação do trabalho (Dal Rosso, 2008), a precarização do trabalho (Druck, 2011) e a captura da subjetividade (Alves, 2011)” (Pereira, 2020, p. 51).

De acordo com Mészáros (2002), estamos diante de um ataque à classe dos trabalhadores em todo o mundo que se revela, de um lado, no desemprego crônico em todos os campos de atividade, disfarçados como práticas trabalhistas flexíveis (eufemismo para a política de precarização da força de trabalho) e para a máxima exploração administrável do trabalho em tempo parcial, e, de outro, numa redução significativa do padrão de vida até mesmo dos trabalhadores em ocupações de tempo integral.

Acreditamos que a precarização pode ser observada também a partir do que os economistas chamam de *mismatch* – a

incompatibilidade entre a escolaridade dos trabalhadores e a educação requerida para o exercício das funções ou ocupações nas quais estes estejam empregados. É importante observar que, em paralelo à precarização de postos de trabalho, o Brasil tem vivenciado a expansão do nível superior. O resultado dessa equação é claro: cada vez mais ocupações de nível médio têm sido ocupadas por profissionais de nível superior (Machado *et al.*, 2004).

Um típico exemplo de precarização na qual o trabalhador possui uma qualificação bem superior à exigida para executar as tarefas requeridas na ocupação em que se encontra traz como consequência principal a disfunção salarial em relação ao grau de qualificação produtiva do trabalhador. Vários estudos têm validado resultados que apontam a ocorrência desse fenômeno em outras sociedades (Brynin; Longhi, 2009).

Como nos demais setores da produção, a terceirização também cresce na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da instituição-original, conforme apontam Piore e Sabel (1984). No entanto, é importante considerar que a flexibilização nas formas de contratação, bem como a terceirização, não é sempre sinônimo de precarização, apesar de, no caso brasileiro, em larga escala, essas iniciativas serem expressivamente sinônimos de redução dos custos da força de trabalho atreladas com forte precarização do trabalho.

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a ocorrência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elaborou, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em

Saúde, um “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS”, com estratégias definidas para a reversão do quadro. A Precarização é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a precarização do trabalho está relacionada aos precários vínculos de trabalho no SUS que, por sua vez, não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários garantidos em lei.

Druck (2011) afirma que a precarização do trabalho acaba por se institucionalizar como um processo social que fragiliza as relações de trabalho e impõe perdas dos mais variados tipos ao trabalhador, sejam elas de direitos, do próprio emprego ou da saúde e qualidade de vida. Para Silva (2017), há uma relação estreita entre a precarização social e os impactos na saúde mental. Vejamos como a autora explícita a questão:

A precarização social e do trabalho está na raiz da precarização da saúde geral e, muito especialmente, da saúde mental dos trabalhadores. É constatada, também, como precariedade subjetiva, derivada da precariedade que envolve e penetra o mundo do trabalho (Silva, 2017, p.281).

É nesse contexto de precarização do trabalho que a Síndrome de Burnout é tida como um acometimento psicossocial que emerge como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos no ambiente de trabalho (Carlotto, 2007). É considerada uma doença ocupacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que acomete indivíduos que trabalham diretamente sob forte exaustão física e mental, causando alteração de

personalidade e redução da realização profissional (OMS, 2022; Maslach *et al.*, 1996).

Para Pereira (2002), além de prejudicar o bem-estar e a qualidade de vida, a Síndrome de Burnout também induz à deterioração da qualidade do serviço prestado, desorganização, bem como perda de produtividade. Os transtornos do sono vêm atrelados à Síndrome de Burnout e trazem consigo inúmeras repercussões para o indivíduo, visto que provocam diminuição da qualidade de vida e diversos outros distúrbios que alteram o desempenho de suas atividades diárias (Cardoso, 2009). Outro sintoma, talvez o mais grave, é a depressão, que pode apresentar-se de diversas formas, como sentimento de culpa, humor deprimido, baixa autoestima, falta de concentração e inúmeros outros. A depressão pode tornar-se um problema crônico ou recorrente e levar a prejuízos irreparáveis, e na pior das hipóteses, terminar em suicídio (Carvalho, 2013).

Na particularidade da ocorrência da Síndrome de Burnout nos Residentes Multiprofissionais, destaca-se o estudo de Guido *et al.* (2012, p. 05), que, analisando a ocorrência da síndrome nos residentes da enfermagem, identificou que são múltiplos fatores que podem gerar a Síndrome de Burnout dentre os quais ele destaca: “[...] as más condições para o atendimento aos pacientes, os baixos salários, a carga horária elevada e um ambiente de trabalho desfavorável favorecem o surgimento de Burnout nos profissionais de saúde, o que interfere inclusive na relação terapêutica do profissional com seu paciente”.

Diante desse quadro, o processo de formação no contexto da Residência Multiprofissional é tido como uma forma efetiva de especialização e aperfeiçoamento na área da saúde, pois possi-

bilita a formação em serviço e equipe (Miranda, 2015). Contudo, apontamos que, ao mesmo tempo, esse processo de aprendizado também é um período de profundas renúncias na vida subjetiva dos residentes. Segundo Guido *et al.* (2012), são mudanças na vida profissional e pessoal do indivíduo, marcado por longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso, lazer e família, privação de sono e constantes cobranças dos preceptores/tutores.

Por sua vez, Asaiag *et al.* (2010, p. 423), em estudo realizado com médicos residentes, afirma ser “esse período, marcado por extenso desenvolvimento pessoal, exige mudança de estilo de vida, o que muitas vezes acarreta sonolência diurna e burnout, levando ao prejuízo da saúde física e mental do médico e, em última análise, ao prejuízo também de sua qualidade de vida (QV)”.

De acordo com Lourenção *et al.* (2010), esses profissionais são acometidos por problemas de saúde que interferem na sua qualidade de vida e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento ao usuário do serviço. Essa problemática, em grande medida, é o resultado das mudanças de vida diária e os estresses enfrentados durante a formação na residência.

O desgaste físico e emocional é um processo gradual que ocorre principalmente quando há um desequilíbrio entre as exigências do setor de trabalho e as demandas inerentes à vida do residente. Nesses casos, surgem os primeiros sintomas da Síndrome de Burnout como sensação de esgotamento físico e mental e as dificuldades de relacionamento (Franco *et al.*, 2011).

Considerando as mudanças na vida diária, a sobrecarga de trabalho e os estresses enfrentados pelo profissional durante seu processo de formação na Residência, a saúde dos profissionais que atuam nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde

pode ser influenciada pelos fatores até aqui expostos. Verificou-se, neste estudo, que os residentes apresentaram indicadores elevados para a Síndrome de Burnout, fortemente influenciados pelo escore de exaustão emocional. Tais achados corroboram com estudo realizado por Guido (2012).

Observa-se que são vários os fatores que podem desencadear a Síndrome de Burnout em residentes, bem como nos profissionais da saúde. Para Franco *et al.* (2011), além da influência ocupacional, comportamental e sociodemográfica, existem ainda a susceptibilidade peculiar do indivíduo, que influencia seu comportamento, e sua forma de enfrentamento a determinadas situações.

Os estressores da formação na residência, somados aos da profissão, e a ausência de estratégias adequadas para minimizar ou eliminar agentes estressores, expõem os residentes à possibilidade de desenvolver a Síndrome de Burnout. Nesse sentido, danos pessoais, familiares, institucionais e sociais são possíveis nessa população (Guido, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificar a ocorrência de indicadores para a Síndrome de Burnout no Programa RIMUSH, não significa negar a relevância desse espaço enquanto rico em possibilidades para o aprimoramento e a qualificação profissional dos residentes. No entanto, consideramos que esse resultado aponta para urgência na formulação de ações educativas e preventivas, com a finalidade de proporcionar aos residentes, seus preceptores e tutores o enfrentamento da Síndrome de Burnout.

Tais ações poderão criar estratégias que possibilitem possíveis melhorias nos níveis de aprendizados profissionais, sem, contudo, afetar a saúde mental dos residentes. Assim, o enfrentamento da Síndrome de Burnout pode gerar impactos positivos na saúde física e mental dos residentes, por consequente, favorecendo a qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

Diante do exposto, é válido frisar que embora os estudos brasileiros tenham avançado no conhecimento da Síndrome de Burnout, ainda há muito para compreender, particularmente no que tange à ocorrência da síndrome nas residências multiprofissionais, pois constatamos na revisão de literatura a escassez de estudos com esse enfoque.

Por fim, sugerimos a realização de novos estudos com a ampliação da amostra, os quais possam incluir os prováveis fatores que influenciam a ocorrência dos níveis de Síndrome de Burnout, bem como analisar a relação entre esses fatores causadores da síndrome e os aspectos do *modus operandi* em que são realizados os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar – RIMUSH.

REFERÊNCIAS

ASAIAG, P. E. *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, p.422 – 429, 2010.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BRYNIN, M.; LONGHI, S. Overqualification: major or minor mismatch? **Economics of Education Review, Cambridge**, v. 28, n. 2, p. 114-121, 2009.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de novembro de 2014.

BEZERRA, T.C.A. **Programa de residência multiprofissional em saúde: construção de um instrumento avaliativo**. 2011. Dissertação (mestrado) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife. 2011.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Residência Multiprofissional. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília. DOU. Nº 12, Seção 1, p. 59.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARDOSO, A. M.; COMIN, A. A.; GUIMARÃES, N. A. Os deserdados da indústria: reestruturação produtiva e trajetórias intersetoriais de trabalhadores demitidos da indústria brasileira. **Revista Latino-americana de Estudios Del Trabajo**, v 1, n. 13, p. 17-51, 2001.

CARLOTTO MS, Câmara SC. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos Psicol** (Campinas). v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.

CARDOSO, H. C. *et al.* Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 33, n. 3, p. 349-55, 2009.

CARVALHO, C. N. *et al.* Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

DRUCK, G. TRABALHO, PRECARIZAÇÃO E RESISTÊNCIAS: novos e velhos desafios? **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

FRANCO, G. P. *et al.* Burnout in nursing residents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 12-18, 2011.

GUIDO, L. A. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2012.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C; SOLER, Z. A. S G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 1, p. 81-91, 2010.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MCLAURINE, W. D. **A Correlational Study of Job Burnout and Organizational Commitment Among Correctional Officers**. School of Psychology: Capella University 2008.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MACHADO, A. F.; HERMETO, A. M. ; CARVALHO, N. F. **Tipologia de qualificação da força de trabalho: uma proposta a partir da noção de incompatibilidade entre ocupação e escolaridade**. **Nova Economia, Belo Horizonte**, v. 14, n. 2, p. 11-34, 2004.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. P. **Maslach burnout inventory manual**. 3 ed. Califórnia, EUA: Consulting Psychologists Press, 1996.

MIRANDA NETO, N. V. *et al.* Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015.

POCHMAN, M. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu.** São Paulo: Boitempo, 2001.

PIORE, M.; SABEL, C. **The second industrial divide: possibilities for prosperity.** New York: Basic Books, 1984.

PEREIRA, A. M. T. V. B. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

PEREIRA, D. V. L. **Mutações no mundo do trabalho e suas repercussões no Serviço Social.** Curitiba: CRV, 2020.

SCHAUFELI, W. B.; GREENGLASS, E. R. Introduction to special issue on burnout and health. **Psychology & Health**, v. 16, n. 5, p. 501-510, 2001.

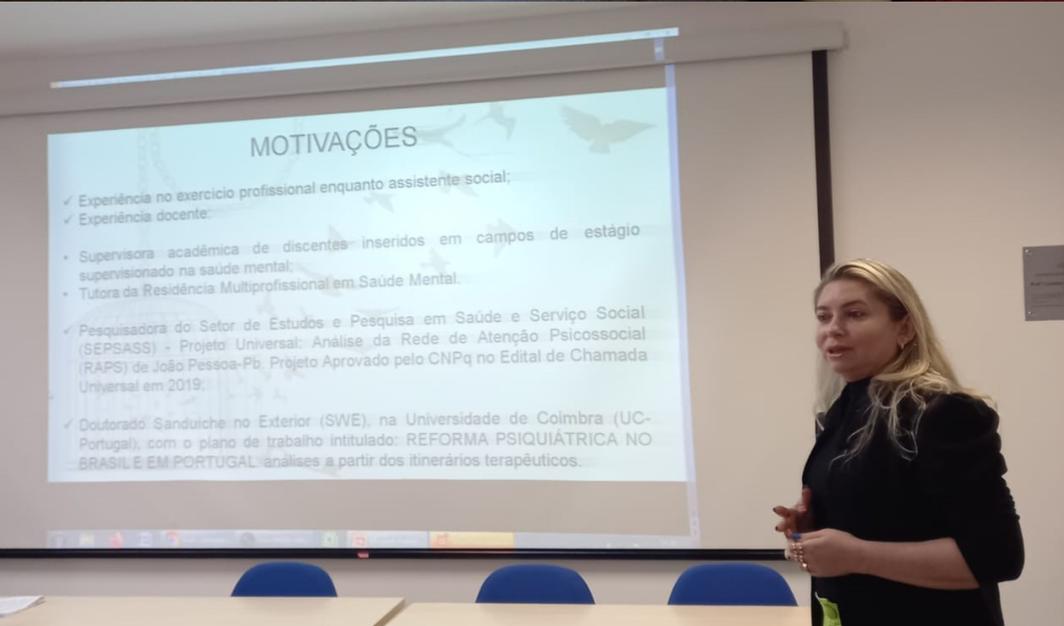
SILVA, E. S.; HELOANI, R. **Precarização: impactos sociais e na saúde mental.** In.: **O avesso do trabalho IV: terceirização, precarização e adoecimento no mundo do trabalho.** (Org. Navarro; Lourenço), 1 ed., São Paulo: Outras Expressões, 2017.

TITTONI, J.; NARDI, H.C. Saúde mental e trabalho: reflexões a partir de estudos com trabalhadores afastados do trabalho por adoecimento profissional. In: JACQUES, M.G.C., *et al.* org. **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2008.



PARTE IV

POLÍTICA DE
SAÚDE E DE SAÚDE
MENTAL: RELATOS DE
EXPERIÊNCIAS



DESAFIOS E
TENDÊNCIAS
CONTEMPORÂNEAS
NA POLÍTICA DE
SAÚDE E DE SAÚDE
MENTAL: um relato
de experiência

DESAFIOS E TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS NA POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL: um relato de experiência

*Jailma da Costa Batista
Ingrid Jennifer Gouveia Fernandes Gandoia
Fábia Vanessa Fernandes da Silva Ataíde
Alexandre Rosas Leal de Albuquerque*

Resumo

O presente artigo consiste em um relato de experiência elaborado a partir das vivências na disciplina “Política de Saúde e Saúde Mental: Desafios e Tendências Contemporâneas”, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, durante o período de julho a agosto de 2023. Este trabalho visa refletir sobre os conteúdos teóricos ministrados a partir do processo de ensino-aprendizagem e de análise crítica acerca das políticas públicas de saúde, com ênfase na política de saúde mental e no movimento de despatologização. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com base na análise bibliográfica dos materiais sugeridos no programa da disciplina. Assim, por meio da produção do conhecimento em sala de aula e do fomento à pesquisa, possibilitou-se a participação ativa dos mestrandos nas atividades propostas, como debates em sala, seminários, leituras sistemáticas e registro em diário de vivência, levando-os à qualificação de habilidades de comunicação, criticidade, compartilhamento de saberes, autonomia e trabalho colaborativo, fortalecendo o protagonismo dos discentes no processo de construção e consolidação de conhecimentos no campo das políticas de saúde e saúde mental.

Palavras-Chave: ensino superior, aprendizagem ativa, política de saúde, saúde mental.

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa refletir sobre as políticas de saúde e saúde mental, com base nos debates realizados em sala de aula na disciplina de Mestrado intitulada: “Política de Saúde e Saúde Mental: Desafios e Tendências Contemporâneas”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB).

A disciplina ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2023, de forma presencial, cumprindo uma carga horária de 30 horas-aula, com a participação de 14 discentes, sendo 08 deles do Mestrado acadêmico em Serviço Social/UFPB, 03 discentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental/UFPB e 03 discentes externos, aprovados por meio de seleção pública previamente estabelecida.

O plano de curso propôs aulas teóricas, entre as quais foram discutidos temas transversais às necessidades de saúde da população, destacando-se: o estudo sobre os determinantes sociais na saúde e os modelos de atenção à saúde; a apresentação de tendências contemporâneas na política de saúde; a discussão sobre novas estratégias na política de saúde mental, com enfoque para o processo de despatologização e abordagem baseada em direitos humanos e a desconstrução da ideia de loucura enquanto experiência patológica. As aulas foram ministradas pelo professor da disciplina e professores convidados.

Além disso, houve a organização de Seminários Temáticos Interativos sobre temas do campo da saúde e da saúde mental, nos quais foi possível transitar entre os conteúdos de migração e saúde mental, relações étnico-raciais, saúde mental e pandemia da

Covid-19, gênero e orientação social na política de saúde, despatologização na saúde mental, drogas e direitos humanos.

Ressalta-se que além desta introdução, esse texto é composto por mais quatro seções. Na primeira, demarcam-se os procedimentos metodológicos do estudo; na segunda seção, caracteriza-se um esboço dos conteúdos discutidos e analisados em sala de aula; na terceira, apresenta-se o conjunto dos Seminários Temáticos, a sua natureza e limitações para o processo de aprendizagem; e nas considerações finais, sintetiza-se o caráter flexível de produção do conhecimento a partir dessa disciplina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência de discentes do PPGSS/UFPB, sobre o processo de ensino e aprendizagem da Disciplina “Política de Saúde e Saúde Mental: Desafios e Tendências Contemporâneas”. O relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento que parte da vivência e reflexão dos seus autores sobre uma determinada intervenção profissional, ou vivência acadêmica, proporcionada pela formação acadêmica como ensino, pesquisa e extensão. Metodologicamente o relato de experiência trata-se de um ensaio acadêmico-científico (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Apesar de o ensaio assumir características peculiares, como expressar a opinião e reflexões dos seus autores sobre determinado assunto, podendo até mesmo utilizar um formato mais narrativo ou pessoal, ele deve pautar-se na análise científica sobre o tema, por isso, os ensaios fazem referência à revisão da literatura e outras fontes para subsidiar sua argumentação.

Assim, para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os temas discutidos, bem como leitura direcionada, observação participante e registro em diário de vivência. No que se refere à análise, foram realizados a sistematização das reflexões provenientes das leituras e da vivência em sala de aula, a aproximação e o aprofundamento dos conteúdos, a partir de uma perspectiva crítica, utilizando-se o método dialético.

RELATO

As atividades propostas e desenvolvidas em sala de aula foram inicialmente apresentadas pelo professor da disciplina, o professor doutor Rafael Nicolau Carvalho por meio do plano de curso, o qual teve anuência entre os participantes. A disciplina foi estruturada em dois momentos, sendo o primeiro destinado à discussão e análise de conteúdos teóricos, considerando a diversidade de saberes da turma a partir das vivências singulares. E o segundo, à socialização de conhecimentos por meio de Seminários Temáticos, realizados pelos discentes.

O plano de curso é inovador, ao atender à nova proposta de matriz curricular do PPGSS/UFPB, em vigência a partir de 2023, e tem em vista fortalecer o projeto político-acadêmico e pedagógico do programa.

Encontro 01 - Os Determinantes Sociais na Saúde (DSS) e os modelos de atenção à saúde

Considerando a crise sanitária ocasionada pela pandemia da Covid-19 e suas implicações para a política de saúde no Brasil,

é premente a necessidade de observar a realidade e fomentar pesquisas que analisem as políticas de proteção social e as formas de acesso e efetivação das mesmas.

Inicialmente, partimos da discussão conceitual sobre “Saúde”, tendo como base os estudos realizados por Almeida Filho (2011), que constata que desde meados da década de 1980, busca-se preencher uma lacuna epistemológica sobre esse conceito e subsidiar a produção de referenciais teóricos e metodológicos para a constituição do campo da saúde coletiva.

Conforme o autor, os fenômenos que envolvem o processo saúde-doença são históricos, complexos e dizem respeito a uma realidade diversa, multifatorial. Desse modo, compreende-se a saúde como:

Um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum, pela filosofia), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas, pelas ciências clínicas), analisável (pelo plano lógico, matemático, probabilístico e pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos, pelas Ciências Sociais e humanas (Almeida Filho, 2011, p. 26).

Nessa perspectiva, distancia-se da percepção de saúde apenas como ausência de doença, pois esta não dá conta dos processos complexos que permeiam as condições de saúde-doença.

O autor sinaliza ainda que existem várias dimensões ou facetas do conceito saúde, reconhecidas por distintas escolas de pensamento. A diversidade de formas e modos conceituam a saúde como – problema, fenômeno, medida, ideia, valor, campo de práticas e síntese.

A saúde entendida como fenômeno refere-se à função orgânica ou estado vital do indivíduo; a saúde como metáfora tem

base em sua construção cultural, ideológica; como medida pode ser compreendida a partir dos indicadores demográficos e epidemiológicos; como valor, parte da percepção de cidadania global contemporânea; e como práxis, evidencia-se pelo conjunto de atos sociais de cuidado e práticas institucionais reguladas (Almeida Filho, 2011).

Assim, a totalidade de definições teóricas indica que não se pode falar em saúde no singular, mas na pluralidade e na riqueza representada pela complexidade histórica e por sua dimensão polissêmica, multifacetada e holística da saúde.

Em segundo momento, compreender o sentido e as definições desse conceito também implica associá-lo aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), ao expressarem, com maior ou menor nível de complexidade, as condições de vida e de trabalho dos indivíduos, as condições ambientais, culturais, de acesso aos serviços, de saneamento básico, habitação, alimentação, transporte, entre outros.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que afetam diretamente a saúde da população. A CNDSS adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que classifica os DSS por camadas e segundo o nível de abrangência, desde a camada mais próxima, que envolve os determinantes referentes à idade, sexo e fatores genéticos, aos aspectos macrossociais, que exercem influências nas condições econômicas, culturais e ambientais.

Nesse ínterim, certifica-se que estudar o conceito saúde a partir de uma visão holística e a sua relação com os DSS exige o compromisso ético com as evidências científicas, a produção de

conhecimento no campo da saúde e a capacidade de análise crítica sobre os diversos fatores presentes no percurso teórico-metodológico.

As discussões proporcionadas por essa aula foram pro-
fícuas, pois nos apresentou as diferentes formas de se conceber
a saúde, a partir dos conceitos oriundos de várias ciências, bem
como de sua relação com os DSS, tendo em vista que boa parte
dos objetos de estudo dos mestrandos se inscrevem no campo da
saúde e da saúde mental.

Encontro 02 - Tendências contemporâneas na política de saúde

O tema “As tendências contemporâneas na política da saú-
de” foi apresentado pela professora Doutora Patrícia Barreto Ca-
valcanti, que trouxe muitas contribuições para o desenvolvimento
da disciplina.

Os avanços, que foram conquistados durante as formu-
lações na Constituição Federal de 1988 para instituir o sistema
de saúde pública no Brasil, trouxeram em seu texto a garantia da
universalidade e gratuidade do acesso à assistência à saúde para a
população. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a materialização da
política de saúde, que por sua vez entendemos como um grande
campo da saúde que envolve tecnologias, recursos, pessoas, sa-
beres, cultura, condições de vida e os movimentos sociais. Nesse
sentido, o debate centrou-se em não confundir o campo da saúde,
pautado nos aspectos mencionados, com o setor saúde, que en-
volve principalmente a participação e o interesse privado sobre a
saúde. No Brasil, há uma tensão histórica entre os projetos para a
saúde, o projeto de saúde pública, fruto dos movimentos sociais

e materializado na Constituição de 1988 e no SUS, e o projeto privatista da saúde, que tem enfraquecido e sufocado, estrategicamente, a saúde pública, para ampliar sua atuação em áreas que ainda são exclusivas do sistema público. Desta feita, a tendência é de flexibilizar o sistema por dentro, racionalizando seus princípios fundantes, como a universalidade e o acesso à saúde.

Quando consideramos o cenário mundial, observamos que a Organização Mundial de Saúde - OMS, por influências externas (Fundação Rockefeller e do Banco Mundial), defende a proposta de Cobertura Universal em Saúde (UHC), em detrimento dos Sistemas Universais de Saúde (UHS), que é o caso do SUS. A cobertura Universal em Saúde é uma abordagem baseada no acesso aos serviços de saúde essenciais, independente da capacidade de pagamento dos usuários; contudo, não implica um sistema público de saúde, e o acesso pode ser ofertado por meio de diferentes modelos, como planos privados, sistemas mistos ou parcerias público-privadas. Essa abordagem não garante a igualdade de acesso de serviços de saúde e nem a eliminação das desigualdades sociais. Ademais, esse modelo é pautado numa perspectiva de saúde como mercadoria e numa atuação mínima do Estado, em detrimento da concepção de Saúde como direito social, do papel do Estado na promoção do bem-estar da população e responsável pelo financiamento, pela gestão e prestação dos serviços (Giovanella et al., 2018). Desta feita, discutiram-se as iniciativas e os projetos que tentam implantar a UHC no SUS, ameaçando a existência do sistema, que apesar do seu desfinanciamento crônico, mostrou força diante da pandemia de Covid-19. Conclui-se que há necessidade de reforçar o controle social e a participação popular na saúde

como forma de defender o SUS, enquanto patrimônio social do povo brasileiro.

As discussões proporcionadas nesse encontro foram surpreendentes, pois muitos dos alunos não tinham conhecimento dessas propostas. Assim, foi possível também perceber a inflexão do grande capital no campo da saúde, que tem sistematicamente investindo no desmonte do SUS, por meio do reforço ao setor privado.

Encontro 03 - Novas estratégias na Política de Saúde Mental: a despatologização e a abordagem baseada em Direitos Humanos

Esse tópico propõe-se a discorrer brevemente sobre as novas estratégias na Política de Saúde Mental: a despatologização e a abordagem baseada em Direitos Humanos, com base na terceira aula ministrada pelo professor Doutor Rafael Nicolau Carvalho.

A exposição iniciou-se com um breve resgate histórico da loucura, a qual surge associada às divindades e posteriormente capturada pela religião como expressão demoníaca. No século XVII, a loucura passa a ser percebida como algo relacionado à pobreza, à incapacidade de trabalhar e à exclusão social. Nesse período, a insanidade deixa de ter um caráter místico e os indivíduos considerados loucos começam a ser vistos como pessoas que precisavam ser afastadas do convívio social. Ela também começa a ser inserida nos problemas urbanos da época (Foucault, 2019).

A transição do termo loucura para o de “doença mental” deu-se entre os séculos XVIII e XIX, com o surgimento da psiquiatria moderna. A psiquiatria passou a ser a primeira especiali-

dade médica, cujo objeto de intervenção consistia na doença mental. O médico Philippe Pinel, um dos precursores da psiquiatria, definiu a loucura como “alienação mental” e reservou o espaço do hospital psiquiátrico para os loucos. Pode-se considerar que essa foi a primeira forma de categorização desses sujeitos (Amarante, 2012).

Apesar de sua ideia ser considerada um avanço, o modelo implantado por Pinel se cristalizou e provocou diversas violações de direitos, cujo tratamento passou a ocorrer predominantemente nos manicômios. Em contrapartida, a esse modelo surgem, no século XX, movimentos que criticavam as situações de violências às pessoas no âmbito dos grandes manicômios (Amarante, 2012).

Na metade do século XX, surge a Reforma Psiquiátrica, impulsionada por movimentos de profissionais de saúde, usuários, familiares e pesquisadores que lutavam por condições humanas de tratamento ao doente mental (Amarante, 2012).

No Brasil, em 1987 aconteceu o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ficando conhecido como Congresso de Bauru, e este deu origem à Carta de Bauru, considerada o primeiro documento que dá base à despatologização da doença mental, pois visava ao fim da institucionalização, por meio da luta do fim dos manicômios e pela dignidade de pessoas com problemas de saúde mental.

Nos anos seguintes, a Reforma Psiquiátrica avançou, promovendo a diminuição das internações psiquiátricas, a criação de leis, como, por exemplo, a Lei 10.216/01, e a implementação de uma rede de atenção psicossocial em 2011 permitindo um tratamento extra hospitalar. Nesse contexto surgem algumas estratégias de despatologização do sujeito. Entretanto, vale ressaltar que

em contraponto a esses avanços, desde o ano de 2015 assiste-se a um movimento de contrarreforma na saúde mental, que resgata a centralidade do tratamento no hospital psiquiátrico, excluindo a pessoa com problemas de saúde mental do convívio social. Pode-se considerar que essa contrarreforma está entrelaçada ao sistema capitalista, que exclui os sujeitos mais vulneráveis, promovendo a desigualdade social, para consolidar-se enquanto sistema.

Conforme apontam Oliveira, Pitta e Amarante (2018, p. 7), “[...] a via neoliberal do capitalismo já traz pronta uma solução eficaz para o sistema, alienando e patologizando o desviante”. Como solução, a medicalização assume um papel importante, ao promover a produção de bens e insumos destinados a mascarar os sofrimentos, reforçando a lógica da “doença mental”, silenciando o sujeito e desconsiderando os determinantes sociais que a desencadeiam e aprofundam os sofrimentos.

Nesse contexto, um instrumento vem se consolidando como um estimulante da produção de patologias em massa, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o qual se configura como uma ferramenta essencial para profissionais de saúde mental em todo o mundo. Atualmente possui cinco edições, e pode-se perceber que a cada edição há um aumento das categorias diagnósticas; desta forma, o DSM torna-se um mecanismo que patologiza o sujeito, fomentando o controle dos corpos e dos comportamentos, em que o ser humano passa a ser reduzido às questões neuro-cerebrais.

Destarte, algumas alternativas estratégicas surgem na perspectiva de despatologizar os sujeitos. Tais alternativas propõem uma compreensão ampla da vida das pessoas, considerando sua história vida, as violações que sofreram e o acolhimento dos

seus sofrimentos sem necessariamente associá-los a um diagnóstico psiquiátrico.

Durante a exposição em aula, algumas estratégias foram mencionadas, dentre as quais estão a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), Open Dialogue (Diálogo Aberto), Recovery (Restabelecimento), Peer Supporty (Suporte por Pares), Path (Planejamento centrado na Pessoa) e o Movimento de Ouvidores de Vozes.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) surgiu no Canadá e está pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Conforme Campos *et al.*, (2014, p 2-3), a GAM “é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, pressupondo como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental”. Essa estratégia promove a participação ativa das pessoas no seu cuidado.

O *Open Dialogue* (Diálogo Aberto) consiste em uma estratégia baseada no diálogo e na tolerância com a pessoa em sofrimento mental. É desenvolvida por meio de reuniões com esses sujeitos, seus familiares e terapeutas, os quais constroem propostas para a sua recuperação (Valente, 2023).

O *Recovery* (Restabelecimento) trata-se de uma estratégia apoiada na desinstitucionalização e reinserção social e procura promover a garantia de direitos dos sujeitos enquanto cidadãos, contando com o apoio de familiares, profissionais e de pessoas que já passaram por experiências semelhantes (CRP/SC, 2017).

A estratégia *Peer Support* (Suporte por pares) surgiu no Canadá e configura-se como “um sistema de ajuda mútua baseado na crença de que alguém que enfrentou/superou adversidades

pode oferecer apoio, encorajamento e orientação a outros que enfrentam situações similares” (Campos, *et al.*, 2014, p.1).

O *Path* (Planejamento centrado na pessoa) trabalha com o planejamento criativo, partindo do futuro para o presente. Assemelha-se ao Projeto Terapêutico Singular, todavia é realizado integralmente pelo usuário. E o Movimento de Ouvidores de Vozes surgiu na Holanda, na década de 80, e compreende a audição de vozes como algo significativo na vida das pessoas, incitando formas singulares de convivência, sem patologizar a audição das vozes (USP, 2023).

Após elucidadas algumas estratégias de cuidado contemporâneas na saúde mental, apontou-se a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2016, a qual influenciou a legislação de países participantes na garantia de seus direitos fundamentais. Além da Convenção, apontou-se a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) como responsável pela criação de políticas que buscam garantir os direitos humanos.

Nesse sentido, pode-se compreender que a história da “doença mental” é permeada por muitos desafios, violações e lutas por garantia de direitos e visibilidade de sujeitos desconsiderados da sociedade. Desta forma, faz-se necessária a implementação de novas abordagens em saúde mental que assegurem um cuidado humanizado, pautado na perspectiva dos direitos humanos, proporcionando o protagonismo dos sujeitos no seu cuidado.

Encontro 04 - Relato de pesquisa: Desconstrução da ideia de loucura enquanto experiência patológica

Este encontro foi conduzido pela professora Doutora Aleksonia Pereira Araujo, que trouxe para apresentação e debate os resultados de sua Tese de Doutorado intitulada: (Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa/PB.

O debate discorreu acerca da loucura, perpassou toda a construção social e histórica, os seus significados e sentidos, na qual se pontuaram os marcadores ideológicos, políticos, econômicos, sociais, científicos, filosóficos e culturais. A professora defende a ideia da loucura compreendida enquanto sofrimento humano, experiência singular psicossocial.

A tese teve como sujeitos os(as) usuários(as) dos CAPS no Município de João Pessoa/PB.

No decorrer da exposição, foram destacadas as narrativas sobre a busca de cuidados em saúde mental, evidenciando através dos relatos dos usuários as experiências nas instituições psiquiátricas, a captura dos sofrimentos e sua associação com os transtornos mentais. Foi possível compreender as dificuldades dos usuários diante as relações de sofrimento psíquico, bem como no âmbito das relações sociais, familiares, atendimento nas Unidades de Saúde, vida afetiva, amorosa e sexual, preconceitos e estigmas, imagem social e imagem de si.

Segundo as análises apresentadas no debate, estas indicam a necessidade de uma nova racionalidade quanto à discussão da loucura no debate da saúde mental, compreendida em sua amplitude como experiências do sofrimento humano e não como

patologia, reconhecendo as fragilidades e reforçando a amplitude do acolhimento humanitário, buscando estimular uma sociedade mais justa, e inclusiva e equânime.

Seminários temáticos

Essa seção propõe-se a discorrer brevemente sobre o conjunto dos Seminários Temáticos produzidos e apresentados pelos discentes integrantes da disciplina “Política de Saúde e Saúde Mental: Desafios e Tendências Contemporâneas”, contemplando temáticas relativas à Saúde e Saúde Mental. Vale salientar que as temáticas foram escolhidas em consenso entre o professor e os discentes.

Os seminários foram organizados para que dois grupos, por encontro, realizassem suas exposições, enquanto os demais grupos ficaram responsáveis pela organização, produção do debate e avaliação dos referidos seminários.

O primeiro seminário abordou a temática sobre **Migração e Saúde Mental**. Inicialmente dialogou-se sobre as questões que envolvem o processo de migração e sua conceituação e posteriormente trazendo um resgate histórico dos movimentos migratórios no mundo. Discutiui-se ainda sobre as crises humanitárias e sociais que forçam as pessoas a migrarem na busca por melhores condições de vida e de emprego, deparando-se muitas vezes com outra realidade, a da exploração e da sujeição a subempregos.

Além disso, o grupo explanou sobre os impactos da migração na saúde mental das pessoas, pois ao chegar em outro país, constantemente sofrem preconceitos, defrontam-se com políticas repressivas. Nesse sentido, o grupo considerou que todas essas

situações impactam na saúde mental dos migrantes, entretanto, existe baixa sensibilidade cultural por parte dos serviços e profissionais de saúde para essa questão, com a tendência de patologizar e medicalizar o sofrimento dessa população.

O segundo seminário trouxe a discussão sobre **Relações étnico-raciais na Política de Saúde e Saúde Mental**, por meio de uma roda de conversa. Durante a atividade, foram disponibilizadas tarjetas com algumas problemáticas inerentes a essa temática, a exemplo do Racismo Científico, Política de Branqueamento, Branquitude, Sociedade escravista, Capitalismo, dentre outras, provocando todos os participantes da aula a expressarem sua compreensão sobre a questão e a realizarem uma reflexão sobre os reatamentos na saúde mental da população negra.

No segundo dia de apresentações, outros dois grupos apresentaram seus trabalhos. O primeiro tratou sobre **Saúde, Saúde Mental e Covid-19**. Inicialmente conceituou o termo “pandemia” e explanou sobre a trajetória histórica da Covid-19 no Brasil. Posteriormente ressaltou sobre as implicações da pandemia na saúde mental das pessoas, considerando as quatro fases da doença, e conseqüentemente o aumento dos problemas de saúde mental engendrado por determinantes sociais, desvelando o termo *sin-demia*. O grupo concluiu o trabalho expondo sobre as estratégias de cuidado realizadas para conter os impactos dessa doença no Brasil.

O quarto grupo discutiu sobre **Questão de gênero e orientação sexual na Política de Saúde**. Abordaram sobre as quatro ondas feministas no mundo que fortaleceram o movimento feminista. Outrossim, expuseram sobre a dicotomia de sexo e gênero, sendo o primeiro associado a algo idealizado e forçadamente ma-

terializado através do tempo e o segundo atrelado ao meio discursivo e cultural. Também pontuaram a necessidade de se realizar uma análise crítica do conceito de gênero, inserindo-o no bojo da contradição capital-trabalho e que conseqüentemente se reverbera no sofrimento psíquico da população LGBTQIAPN+.

No último dia das apresentações, um grupo abordou sobre a **Despatologização em Saúde Mental**, e o outro sobre a **Relação entre saúde mental, drogas e Direitos Humanos**. O primeiro grupo iniciou a apresentação partindo da proliferação de diagnósticos na saúde mental nos últimos anos. O modelo biomédico vem enquadrando os indivíduos em padrões esperados. Com a evolução das cinco edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a categorização de diagnósticos ficou ainda mais evidente, contribuindo para a medicalização da vida, e como pano de fundo dessa problemática, encontra-se o grande capital, por meio da grande indústria farmacêutica. Nesse contexto, o grupo expôs que surgiram algumas práticas despatologizantes, as quais não negam o sofrimento, mas buscam entendê-lo, considerando o indivíduo em sua integralidade.

Por fim, o segundo grupo discutiu sobre a relação entre saúde mental, drogas e Direitos Humanos. O grupo discutiu a problemática das drogas e contribuiu sobre a historicidade e a relação sociocultural com as diferentes substâncias. Além disso, discorreu sobre as políticas de proibicionistas e a atuação do Estado, ressaltando que essas políticas receberam diversas críticas por não atingirem seus objetivos, além de acentuar conflitos e violências. O grupo concluiu a temática explanando a atuação dos serviços de saúde, bem como programas e projetos voltados a essa política, ressaltando o protagonismo do Centro de Atenção Psicos-

social (CAPS) como articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições realizadas através do desenvolvimento da disciplina “Política de Saúde e Saúde Mental: Desafios e Tendências Contemporâneas” provocaram, durante o processo ensino-aprendizagem, reflexões acerca de temáticas fundamentais que permeiam a Política de Saúde e Saúde Mental.

Os conteúdos abordados pelos professores estimularam a compreensão e o debate sobre temas contemporâneos, fundamentais para a análise das políticas de saúde. Além disso, o desenvolvimento e a apresentação dos seminários temáticos contribuíram significativamente para o aprofundamento das problemáticas existentes na sociedade que permeiam tais políticas.

Nesse sentido, o presente trabalho discorreu brevemente sobre os temas abordados, contribuindo com uma perspectiva crítica de análise. Portanto, é de extrema importância para produção de conhecimento, permitindo a aproximação da comunidade acadêmica, de profissionais inseridos na Política de Saúde, bem como da sociedade em geral, com temas atuais e de grande relevância para a compreensão de problemáticas inerentes ao campo da saúde, em especial da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e Política**. São Paulo; Zagodoni, 2018.

ARAUJO, A.P. **(Des)sentidos da loucura: experiência do sofrimento das pessoas com problemas de saúde mental em João Pessoa-PB**. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia. João Pessoa, 2022.

BRASIL. Observatório Nacional. **Painel Coronavírus** - Dados da Covid-19. Disponível em: << <https://covid.saude.gov.br/>>>. Acesso em: 10.set.2023.

CAMPOS, Filipa Alexandra Lourenço; SOUSA, Ana Rita Pinto de; RODRIGUES, Vânia Patrícia da Costa; MARQUES, António José Pereira da Silva et al. Apoio de pares para pessoas com doenças mentais. **Rev Psiq Clín.** v. 41. n. 2. p. 49-55, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. 560 p. ISBN 978-8527301091.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

MARQUES, Humberto Rodrigues *et al.* Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Avaliação: **Revista da Avaliação da Educação Superior** (Campinas), v. 26, p. 718-741, 2021.

MOVIMENTO INTERNACIONAL DOS OUVIDORES DE VOZES. USP. 2023. Disponível em: <<https://blog.cenatcursos.com.br/o-movimento-internacional-dos-ouvidores-de-vozes/>>. Acesso em: 08 de setembro de 2023.

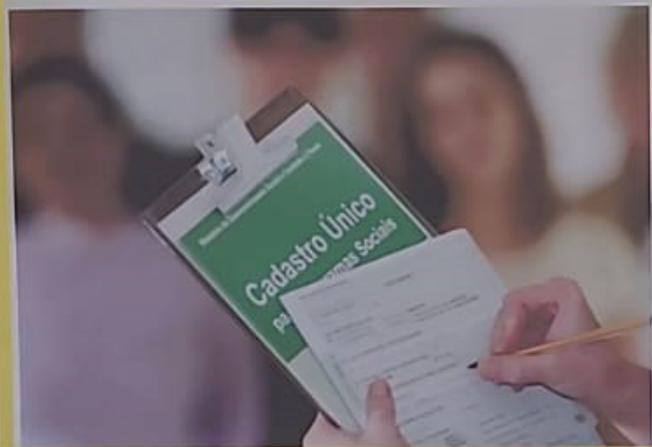
MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista práxis educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

O MOVIMENTO RECOVERY: reinserção social baseada em relatos e experiências dos próprios usuários. CRP/SC, 2017. Disponível em: <<https://crpsc.org.br/noticias/o-movimento-recovery-reinsercao-social-baseada-em-relatos-e-experiencias-dos-proprios-usu-rios-1>>. Acesso em: 08 de setembro de 2023.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7. ed. revista e atualizada - Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos *et al.* *A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental*. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 de setembro de 2023.

PROGRAMA
BOLSA
família



DO
NECE
SOLI

➤ **CPF** (pre
Eleitor.

➤ **Docum**
identida

➤ **Compro**
tem com
uma dec

➤ **Docum**
família:
casamen
de traba

CADÚNICO E
O PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA:
Um relato de
experiência na
Saúde Mental

CADÚNICO E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: Um relato de experiência na Saúde Mental

*Franciele Lourenço Alves
Janielly Macedo de Vasconcelos
Priscila Maria da Silva*

Resumo

O presente trabalho objetiva compartilhar a experiência profissional de três assistentes sociais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEN), inseridas em diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de João Pessoa–PB. O foco é a organização de um evento que promoveu o diálogo sobre o Cadastro Único (CadÚnico) e o Programa Bolsa Família (PBF), em resposta às necessidades dos usuários relacionados à vulnerabilidade social decorrente da falta de renda e ao rigoroso controle do governo federal sobre os beneficiários em uma operação chamada “pente fino”. Associada a isso, identificamos uma fragilidade na comunicação em rede, que dificultava os devidos encaminhamentos para o acesso a esses benefícios. Essas problemáticas foram abordadas a partir de uma visão crítica acerca das dimensões constitutivas da Política Pública no Brasil, bem como da discussão sobre a importância da inserção do/a assistente social na equipe multidisciplinar na saúde mental. Metodologicamente, foram empregadas visitas técnicas, escuta ativa e diálogo para a realização do evento. Conclui-se que a disseminação de conhecimentos é fundamental para garantir o acesso aos benefícios assistenciais e aos direitos sociais, e configura-se como uma estratégia ao enfrentamento das expressões da “questão social” que interferem no processo de vida dos/das usuários/as.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Benefícios assistenciais, Política Pública, Questão Social.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira remonta à década de 1970 e desde então vem mobilizando uma série de atores para sua efetivação. É notório que algumas conquistas foram asseguradas, como o deslocamento do cuidado para o território, com o modelo substitutivo, o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos e o rompimento com o modelo manicomial, historicamente caracterizado por excluir da sociedade e do convívio familiar as pessoas com problemas de saúde mental.

Contudo, apesar das conquistas, ainda há muito a ser alcançado para se avançar no fortalecimento e na qualidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesses termos, os preceitos da reforma resistem por meio da luta pelos direitos das pessoas com problemas de saúde mental, na perspectiva da construção de uma sociedade mais justa, na qual as questões de saúde mental não sejam alvo de preconceitos e em que se possa trabalhar para a promoção da autonomia e produção de vida.

No contexto social e histórico, os espaços sócio-ocupacionais para o profissional de serviço social na assistência psiquiátrica remetem aos anos de 1940, quando são registradas as primeiras práticas em instituições como o Centro de Orientação Juvenil (COJ). Vale ressaltar que, à época, a profissão estava vinculada à doutrina social da Igreja Católica e também recebendo influência do serviço social norte-americano. Logo, “cumpre assinalar que, em termos teóricos, essas práticas iniciais guardam uma distância muito grande em relação ao serviço social atual” (Bisneto, 2011, p. 22).

Assim, mesmo com as mudanças substanciais nos espaços de atuação e na forma de atuar do assistente social, é preciso frisar que as transformações sociais colocam novas requisições a esses profissionais. Por conseguinte, nos anos 80, consoante Bisneto (2011), novos fenômenos possibilitaram a relação entre o Serviço Social e a Saúde Mental.

Um marco importante a ser mencionado é a Constituição de 1988 e a regulamentação da política de saúde pela Lei n.º 8.080/1990, quando se delimita um conceito ampliado de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), demarcando um processo de descentralização dos serviços pautados nos princípios e nas diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e participação social. No entanto, essas garantias legais no âmbito da Saúde Mental tardaram a ser efetivadas enquanto política pública para as pessoas com problemas de saúde mental.

É apenas com a lei 10.216 de 2001 que a Saúde Mental se configura como principal dispositivo legal e basilar para a elaboração e sustentação de todo o quadro de normativas em torno do cuidado em liberdade às pessoas que apresentam sintomas de sofrimento mental, assegurando direitos e fomentando a criação de espaços e de financiamento para que esse cuidado ocorra e se efetive no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dentre os espaços garantidos por essas normativas, temos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, estruturado com base no conteúdo da portaria de N.º 336/2002 do Ministério da Saúde e também na portaria de N.º 3.088/2011. Esses serviços surgem para compor a Rede de Atenção Psicossocial que, por sua vez, propõe-se a atender de maneira

integral e articulada as demandas em saúde mental, em caráter territorial e substitutivo das instituições manicomiais e asilares.

Assim, o CAPS é um espaço de atendimento à crise, que oferta cuidado contínuo, substitutivo ao hospital psiquiátrico, ao atuar de maneira articulada a outros serviços do e no território, visando promover a reinserção social de sujeitos com problemas de saúde mental graves e persistentes que vivenciam contextos de exclusões e de vulnerabilidades, destinando-se também ao cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, com acolhimento 24h.

É importante ainda mencionar que a saúde passa a ser compreendida como expressão da organização social e econômica do país, tendo “como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2013). Essa ampliação do conceito passa a permear todas as formas de atenção à saúde, inclusive na saúde mental.

Com isso, nessa nova perspectiva, “o trabalho em saúde passou a ser reconhecido como um campo de intervenção multiprofissional, e isso transformou o cuidado em um objeto de diferentes profissões” (Silva, 2013, p.3). Assim, categorias que mesmo já atuando nas instituições psiquiátricas, como a/o assistente social, passam a compor legalmente as equipes, caracterizando a intervenção multiprofissional nos serviços de saúde mental e de saúde em geral.

Essas categoriais são essenciais para os usuários serem percebidos de maneira integral, deslocando-se, assim, o caráter

do cuidado pautado na doença para um cuidado centrado na pessoa.

Sendo assim, os Programas de Pós-Graduação em Residências Multiprofissionais surgem no Brasil fundamentados nessa concepção ampliada de saúde e com o objetivo de formar trabalhadores/as especialistas para o SUS. E embora existentes desde 1975 no país, tiveram sua regulamentação apenas em 2005, com a Lei n.º 11.129, orientados pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, como a universalidade e a integralidade, executando suas ações a partir das necessidades e realidades locais e regionais (Brasil, 2006).

No caso do Programa de Residência em Saúde Mental-RESMEN, inserido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, no Campus I da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, em João Pessoa, tem sua origem em 2015, a partir da Resolução n.º 15/2015, a qual aprova a modalidade de curso de pós-graduação *lato sensu*, propondo-se à formação de equipes multiprofissionais especializadas em Saúde Mental.

A esse respeito, a turma 2023-2025 está inserida na cidade de João Pessoa-PB, e esse relato foi construído a partir da experiência do primeiro cenário de prática vivenciado pelas três assistentes sociais residentes, no primeiro semestre do corrente ano. Optou-se por essa modalidade, pois de acordo com Vasconcelos (2016), o relato de experiência pode potencializar a formação do sujeito e da atividade profissional e proporcionar o debate de questões relevantes para o serviço social brasileiro.

Para tanto, sabe-se que é necessário não somente descrever o cotidiano, mas é imprescindível uma análise crítica da experiência. O relato de experiência está em consonância com a di-

menção investigativa do assistente social, sendo a sistematização da prática um elemento constitutivo do seu trabalho. Para Almeida (2007, p.8), a sistematização “constitui uma dimensão importante do trabalho profissional que favorece uma reflexão contínua de suas respostas socioinstitucionais em suas relações de determinação com a dinâmica do ser social”.

O processo de formação em saúde mental dá-se a partir de diversas nuances, e destacar experiências relevantes pode contribuir para o reconhecimento do trabalho do assistente social no âmbito da Saúde Mental, bem como também potencializar as possibilidades de intervenções profissionais nesse campo.

Sendo assim, a inserção desse profissional na saúde mental configura e molda-se nesse contexto de trabalho, no qual o profissional deve compreender que o trabalho em saúde se caracteriza pela produção do cuidado que, conforme Merhy (1998), é um trabalho vivo, fruto do encontro entre o trabalhador e o usuário, com a finalidade de atender às suas necessidades de saúde. Esse cuidado faz parte de todo o processo de trabalho e depende da dimensão cuidadora, que é constitutiva de toda profissão da área da saúde.

Por ser uma aprendizagem em serviço, ao inserir-se nas equipes de profissionais da saúde mental, as profissionais puderam identificar demandas de diversas ordens. Para um serviço que propõe o cuidado em liberdade e ao atendimento das demandas da vida social do indivíduo, as intervenções do serviço social nos cenários acionam a todo tempo a política de assistência social, e alguns dispositivos são mais recorrentes, dentre eles a orientação sobre o Cadastro Único, que consiste na principal porta de

entrada para acesso aos serviços básicos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Logo, pela alta demanda de orientação e pela necessidade de os usuários conhecerem melhor a rede e também por entender que a residência tem importante papel de articulação, decidiu-se trazer o tema para a ordem do dia e realizar atividades que pausassem o acesso aos direitos e benefícios assistenciais por meio do SUAS. Assim, iniciaram-se as comunicações e visitas para a realização das ações.

Houve também articulações de outras ordens que serão detalhadas no decorrer deste texto, cuja proposta é elencar como se deram e quais foram os principais desdobramentos da elaboração desse evento, que teve como principal pauta discutir sobre o PBF e suas condicionalidades. Como beneficiários da ação, elegemos os usuários e profissionais dos serviços de saúde mental, inseridos nos cenários de prática da RESMEN, a saber: CAPS Ad David Capistrano, CAPS Ad Jovem Cidadão e o CAPS III Gutemberg Botelho.

Desta feita, para estruturar este trabalho, abordaremos de forma mais detalhada o processo de planejamento e de execução da ação na metodologia utilizada. Em seguida, teremos uma análise crítica a respeito dos principais resultados e os encaminhamentos possíveis.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que é uma variante dos estudos descritivos, na qual se procura elencar os principais desdobramentos da realização de uma atividade, que em seu processo de construção alcançou maiores proporções e se transformou em um evento para se discutir o CadÚnico e o PBF.

O referido evento foi realizado no dia 05 de julho de 2023, no auditório 01 do Espaço Cultural José Lins do Rego, e envolveu os três cenários de prática da turma 2023-2025 do programa de pós-graduação da RESMEN-UEPB, em João Pessoa.

Esses cenários correspondem a três CAPS, que integram a Rede de Atenção Psicossocial no município e configuram-se como espaços que propõem o cuidado de pessoas em sofrimento mental e decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por se tratar de instituições públicas, que se destinam a um cuidado de maneira integral, as questões sociais são também consideradas para a efetivação do tratamento, por estarem presentes no cotidiano das pessoas, sendo determinantes do processo de sofrimento-adoecimento.

Um dos cenários foi o CAPS Ad David Capistrano, no âmbito do município, que atende os usuários em sofrimento mental grave e persistentes em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. É um serviço com acolhimento, que no momento não está ofertando a assistência 24h, pois está funcionando de forma provisória na policlínica do bairro do Jaguaribe, sem leitos para esse fim. A estrutura de funcionamento conta com equipe multiprofissional, com a única exceção do profissional da terapia ocupacional. O funcionamento está limitado a oficinas terapêu-

ticas e atendimentos individuais, inexistindo outras atividades, devido às limitações de espaço e pela ingerência do município em não garantir as condições mínimas de funcionamento, conforme preconizam as portarias citadas do Ministério da Saúde. Entre a equipe multiprofissional, o serviço conta com apenas duas profissionais assistentes sociais.

Outro cenário é o CAPS Ad Jovem Cidadão, o qual se encontra situado no bairro de Tambauzinho, é gerido pelo Governo estadual e atende, com maior frequência, as cidades de Bayeux, Santa Rita, Cabedelo, Juripiranga e também a grande João Pessoa, tendo em vista todo o processo de desmonte que vem ocorrendo no município, ocasionando com isso o aumento do número de demandas no serviço. Possui espaço para convivência, salas de atendimento individual e para realizações de oficinas, refeitório, acolhimento em leito de atendimento à crise no formato 24h, femininos e masculinos e equipe multiprofissional.

O serviço possui cinco assistentes sociais, e o processo de trabalho envolve questões de cunho técnico-burocráticas e inter-setoriais, tais como auxiliar as pessoas a providenciar suas documentações básicas, quando em situação de rua, contactar familiares ou serviços de acolhimento para os que informam o desejo de não voltar a viver nessa condição; orientações relativas a benefícios, projetos e programas sociais disponíveis, como também desempenhando algumas atividades e/ou grupos relacionados à geração de renda sobre direitos e de trabalho com famílias, somando-se a outros profissionais do serviço.

Por sua vez, o CAPS III Gutemberg Botelho localiza-se no bairro dos Estados. A instituição é referência para o município em atendimento de adultos com transtornos mentais graves, severos

e persistentes. O serviço conta com seis leitos para a assistência 24h, direcionados a pessoas em situação de crise severa e com a autonomia comprometida em diversas esferas da vida. Além disso, são ofertadas atenção dia e intensiva (durante os turnos manhã e tarde, que varia de frequência conforme as necessidades de cada usuário). O quadro de recursos humanos do CAPS conta com uma equipe de assistência direta à saúde mental composta por psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e auxiliares, profissional de educação física, enfermeiros e técnicos de enfermagem, psiquiatras, oficinairos e nutricionista. No entanto, destaca-se a ausência de terapeutas ocupacionais, considerando a importância desse profissional nos serviços de saúde mental.

São comuns nos serviços, durante escutas profissionais e diálogos com os usuários, relatos sobre as dificuldades socioeconômicas, particularmente relacionados à renda. A partir disso, e entendendo a relevância dos benefícios assistenciais para o processo do cuidado em saúde, decidiu-se realizar visita técnica à central do PBF, em João Pessoa, para obter mais informações sobre a situação atual do acesso ao programa.

No decorrer da visita, surge então a possibilidade de realizar uma atividade que envolvesse os usuários e a equipe dos três serviços no mesmo espaço. Dessa forma, evitaria ações individuais de socialização de informações.

Para a realização do evento, tivemos o apoio essencial da coordenadora do Bolsa Família, que assegurou recursos humanos e tecnológicos necessários. Além disso, contamos com a colaboração do Espaço Cultural, que gentilmente disponibilizou um auditório equipado com cadeiras, sistema de água, projetor e microfones. A coordenação da residência também desempenhou

um papel crucial, organizando o transporte universitário para garantir que todos os usuários dos serviços pudessem comparecer ao evento com comodidade e segurança.

A dinâmica envolveu o diálogo entre a representante do programa e o público-alvo, enquanto estratégia prioritária, ao estimular a participação popular e o exercício da cidadania. Envolve, dentre outras coisas, uma “perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais, as iniciativas da população usuária e, pelo diálogo, busca compreender o saber popular” (Prado *et al.*, 2015, p.425).

Associado a isso, uma linguagem mais acessível facilitou a interação entre os sujeitos, com o objetivo de ampliar o entendimento das pessoas sobre os benefícios da Política de Assistência Social, por intermédio do Cadastro Único, com ênfase no programa de transferência de renda Bolsa Família, como também de discutir e identificar as problemáticas atuais e presentes no dia a dia dos sujeitos beneficiários, em torno do acesso ao direito.

Essa metodologia empodera o indivíduo, permitindo-lhe desenvolver uma compreensão crítica de seu contexto e criar táticas proativas para defender seus interesses. É fundamental que a população participe ativamente nos mecanismos de controle social das políticas públicas, pois é essa ação colaborativa que garante a eficácia dessas políticas em atender às demandas reais da comunidade.

A presente ação contou com um público composto por profissionais dos serviços, residentes e de 61 usuários/as, especificamente, 11 do CAPS Ad David Capistrano, 29 do CAPS Ad Jovem Cidadão e 21 do CAPS III Gutemberg Botelho. Sobre o perfil dos usuários, podemos mencionar que o nível de escolaridade era

bastante variado, e o critério de participação foi o livre desejo, o que proporcionou nesse espaço a realização de críticas, perguntas, respostas e sugestões, sendo aberto, inclusive, em relação ao tempo de permanência das pessoas no auditório.

Importante destacar que no decorrer do evento houve a realização de agendamentos para atualizações e/ou novos cadastros e encaminhamentos na rede para a solução de demandas.

RELATO E ANÁLISE

Podemos dividir essa experiência em quatro momentos: 1) a identificação de aspectos comuns das demandas dos usuários dos três serviços; 2) a articulação em rede com o setor responsável pelo Programa Bolsa Família e o CadÚnico; 3) a realização do evento com os usuários dos três serviços; e, por fim, 4) os desdobramentos no cotidiano dos serviços pós-evento, demonstrando aspectos positivos que contribuíram para a vida dos usuários e para a atuação dos assistentes sociais dos serviços.

Temas como trabalho e renda são recorrentes e quase sempre compõem os relatos durante as escutas efetuadas no âmbito do serviço. A ausência de recursos financeiros caracteriza, de maneira geral, o que conhecemos como pobreza e encontra-se incluída nas mais amplas formas de vulnerabilidades sociais. Compreende-se que a vulnerabilidade “diz respeito à falta de ativos materiais e imateriais a que determinado indivíduo ou grupo está exposto a sofrer futuramente alterações bruscas e significativas em seus níveis de vida” (Silva, 2007, p.03).

Por esse motivo, sujeitos que se encontram em contextos de vulnerabilidade social são acometidos de impedimentos ou de

desvantagens de mobilidade social para desempenhar ou desenvolver. Silva (2007) aponta que a vulnerabilidade pode se apresentar em dois aspectos principais, quais sejam, o estrutural e o subjetivo. Para ela, o estrutural remete-se a uma mobilidade social que decresce, e o subjetivo está ligado ao desenvolvimento de incertezas, sentimento de insegurança e de fragilidade.

Esses aspectos encontram-se extremamente ligados à exposição a riscos causados pela falta de acesso a recursos estratégicos, para que esses indivíduos superem as dificuldades que lhes sobrevêm.

Nesse sentido, a ausência de renda e de acesso às condições mínimas de sobrevivência e da falta de proteção constituem-se como expressões que caracterizam o processo de agudização da questão social, que teve seu aparecimento nos anos da primeira república, resultante da generalização do trabalho livre, numa sociedade na qual a escravidão marca profundamente seu passado recente (Iamamoto, 2012). Articulada com as formas de produção e reprodução social, adquire centralidade no exercício profissional que no cotidiano vai intervir no âmbito de suas expressões, consideradas manifestação de um tipo de relação de subalternidade do trabalho ao capital. Segundo Guerra; Grave; Valente; Nascimento (2005), uma relação contraditória e desigual entre Capital e Trabalho é causadora de grandes injustiças.

No entanto, como expressão histórica da luta de classes no Brasil, as Políticas Públicas, que sustentam o tripé da Seguridade Social, reforçam a importância e a força da organização política da classe que vive do trabalho. Ressaltamos que as lutas de classe historicamente se apresentam como instrumento de possibilidades para o acesso a melhores condições de vida e dignidade, rom-

pendo com a centralidade do poder aos que detêm as riquezas. Mas, para sua realização, é preciso a consciência de classe para uma organização social e política.

De acordo com Santos e Marques (2017), “a luta de classes esteve presente em toda história da sociedade, entre homem livre e escravo, patrício e plebeu, barão e servo, mestre de corporação e companheiro, enfim, opressores e oprimidos”. A luta de classe em nosso tempo se manifesta por meio das políticas públicas que expressam as conquistas sociais.

Assim, temos algumas conquistas, como o reconhecimento pelo Estado do seu dever em prover os mínimos sociais para o atendimento às necessidades básicas dos cidadãos, como o direito garantido na Lei 8.742/1993. Ou seja, a Política de Assistência Social propõe-se ao enfrentamento da pobreza através da articulação com outras políticas e garantindo as condições para o acesso universal aos direitos.

Nesse sentido, há os programas de transferência de renda, sendo o Bolsa Família o mais conhecido nacionalmente, que de acordo com Ruschel (2015), caracteriza-se por ser “um incentivo ao acesso às políticas universais estruturantes, principalmente nas áreas de saúde, educação e trabalho”. O PBF compõe parte das estratégias do governo para a superação da pobreza, por não ser suficiente para garantir um mínimo social capaz de suprir as necessidades humanas básicas. No entanto, deve-se ressaltar que o PBF é um programa que tem sido relevante como estratégia para a erradicação da fome no país, segundo dados do IBGE (2021).

Dessa forma, e considerando as atualizações de acesso ao Programa, decorrentes da mudança de governo, culminando em diversos bloqueios, denominado de “pente fino”, identifica-se que

é esse o principal causador das dúvidas entre os usuários, como também das angústias, preocupações e sofrimentos. Exemplos de falas no cotidiano: *eu recebia o auxílio emergencial, tenho direito ao Bolsa Família? Ou: meu benefício foi cortado, e não sei por quê; terei direito ao bolsa família? Porque eu recebia o auxílio emergencial, e agora nada. Deixei meu cartão empenhado na “boca”, porque negocieei o pagamento da dívida pelos próximos três meses, você acha que vai ser liberado a tempo?*

Entre os diversos relatos, também se identificaram os que demandavam informações da existência ou não de benefícios, de pessoas em situação de rua que não sabiam se tinham o benefício e de familiares que não sabiam informar qual benefício assistencial o seu parente recebia. As demandas desses questionamentos precisavam ser respondidas de forma ampla.

A visita técnica institucional à coordenação do PBF cooperou para o envolvimento da equipe de assistentes sociais nos casos apresentados. Isso se deu tendo em vista que estes não conseguiam dar resposta efetiva às demandas devido aos diversos condicionantes que limitam a prática profissional, dentre eles a setorialização das políticas e a fragmentação da atuação profissional em relação à rede de serviços.

Entre esses condicionantes destaca-se a atuação em rede. A eficácia de uma articulação em rede depende de diversos fatores: 1) a precarização do trabalho dos profissionais da rede, que geralmente têm seus vínculos trabalhistas fragilizados, mudanças de equipes afetam a comunicação sistemática e permanente, inviabilizando o acompanhamento dos casos; 2) Excessivas demandas de trabalho, poucos profissionais para muitos atendimentos, atuando diariamente no imediatismo; 3) Inexistência de um plano es-

tratégico de atuação, um problema de organização administrativa e de processo de trabalho; 4) A escassez de condições estruturais e de insumos, que evidenciam a ausência dos recursos públicos destinados à execução plena das políticas públicas.

A residência em saúde mental possui uma proposta de qualificação profissional, na perspectiva da integração ensino-serviço, objetivando a aprendizagem na atuação profissional da/o assistente social na saúde mental, e enquanto agente intersetorial, atuando na perspectiva da defesa de direitos por intermédio da informação e do diálogo com a população e com os demais setores públicos. Ressalta-se, ainda, a importância da tutoria do núcleo de serviço social, que desenvolve um papel fundamental no aprofundamento do conhecimento sobre o campo, por intermédio da orientação teórico-prático do processo de trabalho, incentivando a execução de ações coletivas.

- Assinalamos os seguintes resultados e desdobramentos obtidos a partir da experiência:
- Orientações contínuas nos serviços;
- Divulgação entre os usuários do PBF no cotidiano do serviço;
- Viabilização da articulação da rede entre equipes do serviço social do PBF, entre os CAPS e a Universidade;
- Importância da continuação do trabalho em rede a partir do núcleo do serviço social, que realizou o evento articulando os três serviços;
- Realização de encontro entre os/as usuários/as, potencializando a articulação em rede, não só das equipes de residentes, mas também das equipes dos serviços envolvidos;

- Resolução de problemas, como atualização de dados cadastrais;
- Promoção do acesso a direitos, como a informação, ocupação da cidade e de acesso às políticas públicas;
- Estimular o cuidado em liberdade e de base territorial;
- Favorecer a sociabilização e o encontro entre as pessoas.

Diante da participação dos usuários, perceberam-se, também, algumas questões que eles consideram que dificultam o acesso ao CadÚnico e ao Bolsa Família, tais como: o baixo nível de informações sobre o fluxo da rede; a falta de mais pontos de cadastro na rede assistencial de João Pessoa-PB; os estigmas e preconceitos que muitas vezes estão atrelados ao uso abusivo de álcool e outras drogas por quem procura os serviços, dentre outros. Ou seja, são fatores que predispõem possíveis barreiras sociais, culturais, políticas e econômicas, para que se possa efetivar de fato o acesso ao benefício.

Ademais, foi possível perceber, através da experiência relatada, que os participantes obtiveram alguns encaminhamentos relacionados à informação e orientação sobre como se apropriar dos processos relativos a suas próprias demandas, dirigindo-se aos órgãos públicos de interesse e, também, esclarecendo muitas dúvidas que tinham sobre o assunto com uma profissional especialista na área e atuante na política.

A pertinência e a relevância da ação consistem na promoção da autonomia e do conhecimento, bem como de encontrar nesse espaço contribuições ao processo de fortalecimento da consciência e da força popular como um meio de se construir es-

estratégias de enfrentamento e de luta por direito. Produzir vínculos sociais, além do fortalecimento dos vínculos comunitários, e elencar possibilidades de prover condições de sustento e consumo foram temáticas abordadas também nesse encontro.

Considera-se que os objetivos com a ação foram alcançados e com a experiência vivenciada foi possível perceber a importância do papel da/o assistente social em uma equipe multiprofissional e o quanto esse profissional pode contribuir de forma potente para sensibilizar o olhar dos demais profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental no que se relaciona às necessidades sociais que interferem no processo saúde-doença.

Mesmo informados de que as condições sociais são determinantes para a qualidade de vida e para o êxito do tratamento, geralmente identifica-se que os demais profissionais estão empenhados em outras esferas do cuidado, como a clínica, e nesse sentido o campo social da Saúde Mental constitui-se um espaço relevante, propício e necessário à atuação da/o assistente social, tendo em vista o caráter de formação e de compromisso político com a efetivação de direitos da população usuária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto descreve a experiência de construir e realizar um evento desenvolvido em resposta às necessidades frequentes dos usuários dos serviços CAPS, com os quais as residentes de serviço social interagiram. O objetivo é destacar os desafios enfrentados por esses indivíduos e suas famílias ao tentarem acessar os serviços da Política de Assistência Social em João Pessoa, com foco particular nas questões relacionadas ao Cadastro Único e ao

Programa Bolsa Família. A análise dessas dificuldades é crucial para entender as barreiras existentes e buscar melhorias nos serviços oferecidos, garantindo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de maneira eficaz e eficiente.

Contudo, compreender a interconexão entre a questão social e os direitos sociais exige o reconhecimento das capacidades de resistência e adaptação do indivíduo social diante das adversidades de opressão e exploração experimentadas. Isso implica uma análise crítica das estruturas sociais que perpetuam tais condições e a busca ativa por soluções que promovam a equidade e a justiça social.

Conclui-se que é imprescindível refletir sobre a realidade na qual estamos inseridos como sujeitos de direitos, a fim de que possamos, por intermédio do acesso à informação e do diálogo, construir meios sociais de enfrentamento da precarização do trabalho e da vida.

Para isso, ressalta-se a importância da atuação profissional crítica nos serviços que compõem RAPS, uma vez que a articulação intersetorial entre a Política de Saúde Mental e a rede socioassistencial, como destacado neste texto, pode contribuir de modo decisivo para a promoção da participação, autonomia e reinserção social da pessoa em sofrimento mental. Esse esforço deve ser pautado por um compromisso ético e político que priorize os interesses da classe trabalhadora e a defesa dos direitos humanos, alinhando-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica. O objetivo é promover uma sociedade mais justa, igualitária e livre de práticas manicomiais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-22.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. **Conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**, 2018.

CASTRO, M. M. D. E. C. O serviço social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Temporalis**, Brasília, n. 26, jul/dez. 2013. Disponível em: < <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309>>. Acesso em: 08 set. 2023.

IAMAMOTO, Marília Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 36. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde - desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, Brasília, v. 11, n. 24, jul/dez, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733. Acesso em: 20 jul. 2023.

PRADO, E. V. *et al.* **O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no sus**. 2015. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/biblio-547>>. Acesso em: 26 de julho de 2023.

RUSCHEL, M. S.; ALVES, M. A. J.; DUTRA, P. V. Programas de Transferência de Renda no Brasil e a Institucionalização do Programa Bolsa Família. 2017. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180793>>. Acesso em: 29 de julho de 2023.

SANTOS, D. S.; MARQUES, R. M. **Luta de Classe e Políticas Sociais**. Ponta Grossa, 2017.

SILVA, Algéria Varela da. Vulnerabilidades social e suas consequências: o contexto educacional da juventude na região metropolitana de Natal. **13º Encontro de ciências sociais do Norte Nordeste**, UFAL Maceió-AL: Setembro, 2007.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

☞ **Alecsonia Pereira Araujo**

Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/UFPB). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) com período sanduíche em Universidade de Coimbra/Portugal. Integrante do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: alecsonia.araujo@academico.ufpb.br

☞ **Alexandre Rosas Leal de Albuquerque**

Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrando em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB). Pesquisador do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: alexandrerosas@ymail.com

☞ **Ana Flávia da Silva Morais**

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Saúde Mental (SEPSASS/UFPB). E-mail: anaaflaviamorais@gmail.com

☞ **Ana Katarina de Araújo**

Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e da Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim. Mestrado em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS-UFPB). E-mail: anakatarinaramalho@gmail.com

☞ **Ana Lúcia Aurino**

Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/UFPB). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) com período sanduíche em Universidade de Coimbra/Portugal. Vice-líder do Grupo de Pesquisas e Estudos sobre Crianças adolescentes, Famílias e Proteção Social (GEPAC/DSS/PPGSS-UFPB) e vice coordenadora do Grupo de Pesquisa: TRAMAS e FIOS - Estudos sobre Trabalho, Memória e Movimentos Sociais. E-mail: ana.aurino@academico.ufpb.br

☞ **Ana Paula Rocha de Sales Miranda**

Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (DSS/PPGSS/UFPB). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Vice líder do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB) E-mail: aprsm@academico.ufpb.br

☞ **Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa**

Professora do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação de Serviço Social (PPGSS/UFPB). Integrante do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (SEPSASS/UFPB). E-mail: cibellycosta2019@gmail.com

☞ **Danielle Viana Lugo Pereira**

Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (DSS/PPGSS/UFPB). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Análise de Conjuntura e Política Social (GEPACOPS). E-mail: danielle.lugo@academico.ufpb.br

☞ **Edna Tania Ferreira da Silva**

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Análise de Conjuntura e Política Social (GEPACOPS). E-mail: silva_edna@uol.com.br

☞ **Fábia Vanessa Fernandes da Silva Ataíde**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB). E-mail: fv.kbdlo2020@gmail.com

☞ **Franciele Lourenço Alves**

Assistente Social dos municípios de Itapororoca-PB e Mari-PB. Integrante do Grupo de Pesquisas em Educação Popular, Serviço Social e Movimentos Sociais (GEPEDUPSS). E-mail: franciele.alves@academico.ufpb.br

☞ **Ingrid Jennifer Gouveia Fernandes Gandoia**

Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: ingrid.jennifer@hotmail.com

☞ **Isabella Oliveira Costa**

Graduanda do Curso de Medicina do Centro Universitário Dom Pedro II, Campus Patamares - Salvador, Bahia. E-mail: isabella.ioc2805@gmail.com

☞ **Izaura Maria Omena**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEM/CCS/UFPB). E-mail: izaauraomena@gmail.com

☞ **Jailma da Costa Batista**

Assistente Social do Centro de Atendimento ao Autista (CAA). Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB). E-mail: jailmassbatista@gmail.com

☞ **Janielly Macedo de Vasconcelos**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEM/CCS/UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (SEPSASS/UFPB). E-mail: janielyss@hotmail.com

☞ **Jaqueline Figueredo Silva**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: jaqueline.figueredo8@live.com

☞ **Juliana Nunes Pereira**

Assistente Social do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Mestrado em Serviço Social (PPGSS/UEPB). Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal de Campina Grande (PPGCS/UFCG). Doutorado em Sociologia (PPGCS/UFCG). Pesquisadora do Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra e pesquisadora do Grupo de Estudos, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS - UEPB). E-mail: julianaaspereira@gmail.com

☞ **Kassandra Queiroga Bezerra**

Assistente Social da Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania (SEDHUC) - João Pessoa/Pb. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEM/CCS/UFPB). E-mail: kassandraqueiroga@hotmail.com

☞ **Katiusca Torres Medeiros**

Assistente Social do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Mestrado em Serviço Social (PPGSS/UFPB). Doutoranda em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB). Integrante do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (SEPSASS/UFPB). E-mail: katiusca.medeiros@academico.ufpb.br

☞ **Maria Jacielly Souza Figueiredo**

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisas e Estudos sobre Crianças adolescentes, Famílias e Proteção Social (GEPAC/DSS/PPGSS-UFPB). E-mail: jaciellyfigueiredol@gmail.com

☞ **Maria Luiza da Silva Pessoa Menezes**

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Saúde Mental (SEPSASS/UFPB). E-mail: maria.luiza14@academico.ufpb.br

☞ **Marianna Oliveira Costa**

Graduanda do Curso de Medicina do Centro Universitário Dom Pedro II, Campus Patamares - Salvador, Bahia. E-mail: mariannaoliveira2805@gmail.com

☞ **Maruska Maria Meneses de Sousa**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEM/CCS/UFPB). E-mail: maruskabs@gmail.com

☞ **Patrícia Barreto Cavalcanti**

Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/ UFPB). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Fundadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (SEPSASS/UFPB). E-mail: patriciabcaval@gmail.com

☞ **Pedro Soares Rocha Passos**

Graduando em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisador do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Saúde Mental (SEPSASS/UFPB). E-mail: pedro.passos10@hotmail.com

☞ **Priscila Maria da Silva**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RESMEM/CCS/UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (SEPSASS/UFPB). E-mail: pr.academico2023@gmail.com

☞ **Rafael Nicolau Carvalho**

Professor do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (DSS/PPGSS/UFPB). Doutor em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) com período sanduíche no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS/UL)/Portugal. Pós-Doutor pela Universidade de Salamanca, USal, Espanha. E-mail: rafael.carvalho@academico.ufpb.br

☞ **Valdezia da Silva Barbosa**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH). E-mail: valdeziasilv@gmail.com

☞ **Vitoria Camilly Coutinho Braz de Araújo**

Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Saúde Mental (SEPSASS/UFPB). E-mail: vccba@academico.ufpb.br

SOBRE OS ORGANIZADORES

☞ **Alecsonia Pereira Araujo**

Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/UFPB). Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) com período sanduíche em Universidade de Coimbra/Portugal. Integrante do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: alecsonia.araujo@academico.ufpb.br

☞ **Ana Paula Rocha de Sales Miranda**

Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (DSS/PPGSS/UFPB). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Vice-líder do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS/UFPB). E-mail: aprsm@academico.ufpb.br

Rafael Nicolau Carvalho

Professor do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (DSS/PPGSS/UFPB). Doutor em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB) com período sanduíche no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS/UL)/Portugal. Pós-Doutor pela Universidade de Salamanca, USal, Espanha. E-mail: rafael.carvalho@academico.ufpb.br