



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS-CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO-UAD
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

IRLA DE ANDRADE CASIMIRO

**DESAFIOS DA MULTIPROFISSIONALIDADE NO INTERIOR DAS EQUIPES DE
SAÚDE MENTAL EM CAPSad.**

Sousa-PB
2014

IRLA DE ANDRADE CASIMIRO

**DESAFIOS DA MULTIPROFISSIONALIDADE NO INTERIOR DAS EQUIPES DE
SAÚDE MENTAL EM CAPSad.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação do professor Luan Gomes dos Santos de Oliveira.

IRLA DE ANDRADE CASIMIRO

Aprovada em: _____ de _____ de 2014

Prof^o. Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira (UFCG)
Orientador

Prof^a. Ms. Juliana e Silva de Oliveira (UFCG)
1^a Examinadora

Prof^a. Ms. Carmen Silva Alves (Faculdade Santa Maria-Cajazeiras)
2^a Examinadora

Sousa-PB

2014

AGRADECIMENTOS

Como tudo na vida foi criado por Ele, começo agradecendo a Deus pelo dom da vida.

Aos meus pais Vitória e Ildomar por tudo que fizeram e continuam fazendo por mim. Obrigada por sempre acreditarem na minha capacidade de um dia chegar até aqui. Não fosse vocês não suportaria continuar essa caminhada. Amo muito vocês!

A minha avó Mundinha, que sempre esteve presente na minha vida, e que direta ou indiretamente sempre contribuiu para a minha formação.

A Ytalo, meu noivo e amor, que desde o começo da minha batalha esteve presente em todos os momentos. Sempre compartilhei minhas angústias e preocupações em relação ao curso, aonde ele chegava e dizia: calma, no final dá tudo certo! Aquele que sempre esteve ao meu lado pra tudo, me incentivando e tornando a minha vida mais feliz.

As colegas de curso, em especial minhas amigas Silvinha, Alyne, Isabel, Suzane e Natana. Não fossem nossos estudos e aperreios não estaria concluindo mais essa etapa na minha vida. Obrigada por fazer as minhas manhãs mais alegres.

As amigas das antigas, com quem sempre pude contar e com quem passei dias muito felizes e continuo vivendo isso. Saibam que vocês moram no meu coração e tenho um carinho enorme por todas.

A minha irmã Ivia, com quem convivo diariamente e por suportar todos os meus estresses.

Aos profissionais e usuários do CAPSad Walter Sarmiento de Sá pela paciência e por me receberem de braços abertos para aprender. Tenham certeza que vocês contribuíram para minha formação profissional.

Aos professores que, desde o início do curso estiveram conosco, afinal, ser a turma pioneira não é nada fácil! Muitas dificuldades surgiram, e vocês enquanto educadores fizeram história no curso de Serviço Social – UFCG – Sousa.

Ao professor Luan por toda sua paciência e dedicação que foram fundamentais para a construção do meu trabalho.

RESUMO

O presente trabalho procurou analisar quais os desafios da multiprofissionalidade no interior das equipes de Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Tem como objetivo identificar quais são as unidades que compõem a rede de serviço intersetorial no município de Sousa-PB e entender como esta rede se articula com o CAPSad. O debate em torno da multiprofissionalidade ainda é recente, no entanto se faz presente em todos os setores, como uma estratégia de construir ações e serviços que venham a superar a ineficiência dos setores públicos e materializar a integralidade do atendimento. Elaborou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico abrangendo as lutas pela Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. O método utilizado foi a pesquisa de campo, onde os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com três profissionais do CAPSad Walter Sarmiento de Sá, onde pudemos identificar as possibilidades e os limites para a efetivação do trabalho intersetorial e multiprofissional em tal instituição. O método utilizado de análise da realidade social foi o materialismo histórico dialético. Os resultados mostraram como o CAPSad se articula com os demais serviços que compõem a rede de assistência de saúde, assim como as equipes multiprofissionais se organizam para efetivar o atendimento integral ao usuário. Conclui-se que esse processo de trabalho ainda encontra-se em construção, num momento em que há uma busca contínua de efetivar os direitos dos cidadãos fundamentados nos princípios do SUS – equidade, integralidade e universalidade.

Palavras-chave: Saúde Mental. CAPSad. Trabalho Multiprofissional.

ABSTRACT

This paper searched to analyse what are the challenges of the multiprofessionality to the multiprofessional work's efetivation in Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. Its objective identifying what are the unities that compose the intersectoriality service's network in Sousa-PB and understanding how this net communicates with the CAPSad. The debate about the multiprofessionality is still recent, however it is present in all sectors, like a strategy to build actions and services that come to overcome the public sectors' inefficiency and materialize the service integrity. It was elaborated a bibliographic study covering campaigns by the Psychiatric Reform and by Sanitary Reform. The method used was fieldwork where the data were collected by semi structured interviews with three CAPSad Walter Sarmiento de Sá professionals, where we identified the possibilities and limits to the intersectorial and multisectorial work's efetivation in this institution. The method used to the analyse of social reality was the dialectic historic materialism. The results showed how the CAPSad articulates itself with the other services that integrate the health assistance net, as well as the multiprofessional teams are organized to actualize the full service to the user. We conclude that this work process is still under construction, in a time that has a continuous search to actualize the citizens' rights reasoned in the SUS principles - equity, integrality and universality.

Key-words: Mental Health. CAPSad. Multiprofessionalwork.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS III Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e/ou persistentes

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF Programa de Saúde da Família

REME Movimento de renovação Médica

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 METODOLOGIA	10
3 REFLEXOS DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	11
3.1 Histórico da loucura.....	11
3.2 A trajetória das Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil	14
3.2.1 A crise da DINSAM	14
3.2.2 O Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental.....	17
3.3 A intersectorialidade para a efetivação da Política de Saúde Mental	21
3.4 A inserção do Serviço Social na Saúde Mental: avanços e dificuldades	24
3.5 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – LIMITES E POSSIBILIDADES.....	28
3.6 O trabalho em Saúde Mental – interdisciplinaridade e equipe multiprofissional	28
3.7 ANÁLISES DOS DADOS.....	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	43

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, elaborado junto à disciplina de TCC pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Sousa, vincula-se ao campo da Saúde Mental, que sofreu ao longo dos anos diversas alterações, no que diz respeito ao tratamento dado aos usuários em sofrimento psíquico. Atualmente ocorreram diversas transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas no Brasil, cujos impactos resultaram numa situação de precarização das formas de sobrevivência. Diante disso, há uma busca contínua de novas estratégias de enfrentamento da Saúde Mental enquanto expressão da questão social.

Dessa forma, este trabalho tem como principal objetivo conhecer como é realizado o trabalho multiprofissional no campo da Saúde Mental como uma estratégia de efetivar os serviços e consolidar os direitos dos cidadãos.

Esta temática foi escolhida diante das atuais discussões acerca da necessidade de se desenvolver o trabalho intersetorial e multiprofissional na saúde, mais especificamente aqui trataremos do campo da Saúde Mental, já que o interesse pelo estudo partiu de inquietações vivenciadas nos Estágios Supervisionados I e II no CAPSad Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa/PB, que oportunizou conhecer de perto a realidade dos profissionais que ali atuavam e os desafios de desenvolver um trabalho integral e efetivo.

Para tanto, na primeira seção deste trabalho, fazemos um resgate histórico da loucura para nos situarmos como foi desenvolvido o entendimento da doença mental na atualidade. Nos tempos antigos, a pessoas que sofriam algum tipo de doença mental eram estigmatizadas, sendo na maioria das vezes isoladas do convívio social. Os tratamentos dados a essas pessoas eram os mais diversos, desde a magia e religião, até o uso da racionalidade e de psicofármacos.

Visando fazer um trabalho em que contemplasse a história da saúde mental, buscamos ainda entender como se desenvolveu a trajetória das lutas pelas Reformas Sanitárias e Psiquiátricas em busca da humanização do atendimento na saúde e a superação do modelo asilar brasileiro.

Ainda nesta primeira seção, tratamos de fazer uma breve abordagem a respeito da criação dos CAPS como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, fazendo alusão também ao trabalho intersetorial como uma estratégia de efetivação da política de saúde mental.

Partindo do pressuposto de que o Serviço Social na Saúde Mental é permeado por uma série de transformações, fizemos ainda um breve resgate sobre a inserção da profissão na saúde mental, objetivando esclarecer sucintamente o percurso de lutas, avanços e retrocessos na profissão.

Na segunda seção, iremos abordar os limites e as possibilidades de se trabalhar em rede e em equipe multiprofissional, onde foram apresentadas todas as propostas do novo modelo de Atenção Psicossocial, como uma estratégia de romper com o paradigma do modelo manicomial. Como o trabalho intersetorial é de bastante relevância para a efetivação dos serviços, são feitas novas exigências nos processos de trabalho em Saúde Mental.

Diante disso, fizemos uma abordagem sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, sendo estes os principais fatores que contribuem para um atendimento integral e efetivo a população que procura o serviço de saúde mental.

Ainda nesta segunda seção, iremos mostrar os dados da pesquisa empírica realizada no CAPSad Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa-PB, onde foram entrevistados três profissionais de áreas de atuação distintas para entendermos como funciona o trabalho em rede e equipe multiprofissional na instituição já citada.

Para a realização desse percurso nos capítulos I e II, foi necessário nos apropriarmos das contribuições bibliográficas de autores como exemplo Paulo Amarante, Inêz Sousa Bravo, José Augusto Bisneto, sendo estes os principais autores que tratam de temas sobre a Saúde e Saúde Mental.

Por fim, tecemos nossas considerações finais, fazendo uma reflexão sobre as questões apresentadas neste trabalho, tendo como pontos principais a equipe multiprofissional e o trabalho em rede intersetorial, cumprindo todos objetivos propostos neste trabalho.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como bibliográfico, tendo em vista que num primeiro momento, foi feita uma revisão daquilo que está posto sobre a temática que envolve a Saúde Mental, bem como as novas estratégias propostas para a efetivação dos serviços de saúde, tendo em vista a complexidade dos problemas sociais atuais.

A pesquisa é realizada em campo, pois acredita-se que esta possa colaborar para um enriquecimento do estudo, onde podemos conhecer de perto a realidade vivenciada pelos profissionais que estão inseridos na saúde, assim como, suas possibilidades e dificuldades em efetuar os serviços a partir do trabalho articulado com as redes que compõem a assistência, como também o trabalho em equipe multiprofissional desenvolvido dentro do CAPSad. Tal pesquisa foi realizada no CAPSad Walter Sarmiento de Sá, na cidade de Sousa/PB, com questões semi-estruturadas, onde foram entrevistados três profissionais da instituição já citada, sendo estes: uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a entrevista foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde deixava claro que o participante, a qualquer momento poderia deixar de fazer parte da pesquisa, caso desejasse, e que este estava participando por livre e espontânea vontade.

Após a entrevista, os dados coletados foram analisados a partir do método materialismo histórico dialético, pois acredita-se que este nos permite a apreensão da realidade em sua totalidade, entendendo as suas múltiplas determinações. Baseados nas três categorias que definem tal método, sejam eles: totalidade, contradição e mediação, tal pesquisa acredita que vivemos em uma sociedade de classes, portanto dinâmica, onde a contradição se faz presente.

Portanto, o método em Marx tornou viável nosso trabalho, tendo em vista que estudar a Saúde Mental significa apreender tal política de forma mais abrangente, inserida numa realidade marcada por ganhos por parte da classe trabalhadora, mas que ainda apresenta muitas dificuldades em tornar efetivo tal serviço.

3. REFLEXOS DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nesta seção, abordaremos os caminhos percorridos para que a Reforma Psiquiátrica fosse instituída no Brasil. Baseados nos marcos fundamentais que deram abertura para tal movimento iremos abordar a periodização dos acontecimentos que marcaram a crítica ao modelo asilar/hospitalocêntrico.

3.1 História da loucura

Cabe aqui sintetizar um pouco sobre a contextualização histórica da loucura, entendendo como de fundamental importância para a compreensão da doença mental na atualidade. É possível verificar que, ao longo dos anos as construções sociais em relação às doenças eram estigmatizadas, de modo que era a doença quem definia o papel do indivíduo na sociedade, se este é capaz ou não de realizar as atividades que lhes são impostas e de como determinada doença será representada pela coletividade. Assim, nas diferentes civilizações e em diferentes períodos históricos podemos verificar as mais diversas referências acerca da loucura e das formas de tratar/curar as doenças.

Em relação às civilizações babilônicas e egípcias, podemos identificar que as doenças mentais eram associadas a possessões demoníacas e a cura destas advinha de métodos mágicos e religiosos, onde os médicos-sacerdotes invocavam um determinado deus para curar a doença específica detectada.

Na Grécia antiga as doenças passam a ser entendidas como causas naturais, principalmente por Hipócrates, considerado o pai da Medicina.

Entre as teorias dessa época, destacamos a teoria dos quatro elementos na qual fogo, terra, água e ar estão relacionados aos quatro humores do corpo, que eram sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis preta, localizados, respectivamente, no coração, no cérebro, no fÍgado e no baço (AMARAL, 2006, p.56).

Dessa forma, podemos verificar que neste período há uma sobreposição do conhecimento racional sobre as mistificações, diferenciando-se das civilizações citadas anteriormente. São através de médicos hipocráticos que são classificadas as

primeiras doenças mentais: epilepsia, histeria, mania, paranóia e melancolia.

É interessante notarmos, que, mesmo em diferentes períodos históricos e em diferentes civilizações, a loucura está atrelada a determinada causa, assim como a um tratamento específico para cada doença, seja através da magia ou da religião, seja através da racionalidade, ou pela explicação da doença, através das causas naturais.

No início da Idade Média, temos uma forte presença do Cristianismo, onde a crise do Império Romano causa medo e insegurança ao povo, que se antes se apegavam aos deuses, agora passam a crer, que tanto a doença como a sua cura era advinda dos Santos da Igreja Católica.

Desse modo, a “ciência médica” que vinha se desenvolvendo acaba sendo interrompida pelos desmandos da fé cristã, que em nome de Deus provocou não apenas a estagnação do que estava sendo desenvolvido, como também retrocedeu, sobretudo, no que diz respeito ao tratamento mental que passa a ser sinônimo de exorcismo. Além disso, aqueles que insistiam em dar continuidade aos estudos iniciados pelos hipocráticos na Grécia Antiga eram impedidos pelo dogma cristão que não permitia, sequer, o conhecimento da anatomia humana em sua totalidade (AMARAL, 2006, p.58)

Esta perspectiva mostra o quanto a religião influenciava a vida das pessoas, de modo que passavam a crer que as doenças mentais eram causadas por alguma força externa ou pelo demônio, e, só através do exorcismo realizado pelos sábios clericais se conseguia a cura. Na era Renascentista (COLOCAR NOTA DE RODAPE), com a retomada das letras, das artes, entre outros aspectos, é que irão surgir mudanças, onde há um declínio do feudalismo e da Igreja Católica e uma efervescência da Reforma Protestante e o então surgimento do humanismo.

Como o espírito renascentista estava a todo vapor, uma das iniciativas da Igreja Católica foi a perseguição contra as mulheres, mais conhecidas como feiticeiras. Nesse período, elas eram tidas como estimuladoras da licenciosidade dos homens, inclusive dos monges e membros da própria Igreja. E, caso as mulheres se posicionassem contra esses argumentos, ou que publicizassem alguma fantasia sexual ou ainda que fossem consideradas doentes mentais eram perseguidas.

Mesmo com todas essas imposições da Igreja, havia ainda médicos e alguns estudiosos que se mostravam contra qualquer tipo de perseguição e atribuição da loucura através de feitiçarias.

O período que segue o Renascimento é marcado pela razão, onde não mais a fé e a religião se sobrepunha ao pensamento racional. Aqui, a ciência ganha espaço, ao passo em que há uma preocupação em estabelecer um conhecimento racional para a loucura, passando assim, as doenças serem classificadas e diagnosticadas com maior precisão

Nesta perspectiva, podemos observar que antes do século XVII a loucura não era motivo para segregação do convívio social, e só a partir da construção de instituições asilares é que a forma de tratar a loucura se modifica, onde os loucos passam a ser privados dos seus direitos e encarcerados. Ao passo em que a racionalização foi ganhando espaço, as questões de normalidade foram surgindo na sociedade, e o que não é de se estranhar, é que a loucura passa a ser reconhecida como algo anormal, sendo o internamento a solução para se manter a ordem social.

Ainda falando sobre esse contexto histórico, é importante frisarmos sobre a institucionalização da loucura no Brasil, sendo este um momento em que o país passava por transformações econômicas e sociais com a vinda da Família Real no início do século XIX. Neste momento, surge a necessidade de criar instituições específicas para abrigar os loucos que viviam perambulando pelas ruas, de modo a assegurar a ordem pública.

No ano de 1543 foi criada a primeira Santa Casa de Misericórdia na cidade de Santos-SP, no entanto, não servia apenas para abrigar apenas pessoas em sofrimento psíquico, como também idosos, doentes e pobres, tendo em vista que estes não tinham suas famílias para cuidar, e muito menos condições de pagar algum tratamento. O primeiro caso de internamento psiquiátrico no Brasil data de 1817 em Minas Gerais na Santa Casa de João Del Rei. Neste mesmo período ocorrem também outras internações em diversos estados brasileiros. No ano de 1830 começam a surgir denúncias em relação ao tratamento ineficaz que tal instituição oferecia aos loucos e para que fossem criados hospícios específicos para os alienados. Tido como o marco da institucionalização da loucura no Brasil é a criação do hospício Imperador Pedro II, em 1852, onde este além de seguir as velhas práticas de tratamento como o isolamento, trazia novas formas de tratar os loucos,

Visando estabelecer a ordem no interior das instituições, diversas medidas foram tomadas, entre elas a divisão dos doentes por sexo, não podendo haver qualquer contato entre homens e mulheres; uma segunda divisão

entre classes, com quartos individuais, duplos e enfermarias gerais destinadas aos indigentes. (AMARAL, 2006, p.75)

Diante disso, podemos notar que havia diferenciação no tratamento dado ao louco rico e ao louco pobre. Havia ainda a seletividade das tarefas exercidas entre eles, correspondendo respectivamente a trabalhos para desenvolver capacidades artísticas, enquanto que os demais faziam o trabalho mais árduo, mais pesados.

Ao longo do tempo, foram surgindo denúncias contra estes espaços, alegando-se maus tratos por parte da equipe de trabalho, onde

Começam a ser levantadas questões como a relação entre o louco e sua família; entre o louco e o Estado, assim como o direito de sequestro e todo o funcionamento asilar (AMARAL, 2006, p. 76).

A realidade dentro das instituições só sofrerá mudanças significativas a partir da Proclamação da República, onde é descartado qualquer tipo de tratamento religioso, fazendo com que os médicos assumissem o controle das instituições psiquiátricas. No entanto, a experiência das colônias agrícolas fracassou. Estas tinham como objetivo criar condições de convívio entre a sociedade e os alienados, introduzindo novos modelos de assistência psiquiátrica, entretanto, nesses espaços os alienados eram preparados para o trabalho rural, num momento em que o país passava por um processo de urbanização e industrialização, sendo este o maior motivo de fracasso do novo modelo – contradição entre o que era oferecido e o que estava sendo requisitado no momento.

No decorrer do texto, veremos que somente a partir da Reforma Psiquiátrica é que ocorrerão mudanças efetivas no que se refere aos hospitais psiquiátricos, a partir de uma luta travada entre os profissionais da saúde, lutando não apenas por melhores condições de trabalho, como também pela humanização do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

3.2 A trajetória das Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil

3.2.1 A crise da DINSAM

A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que foi o órgão do Ministério

da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental, deflagra greve em abril de 1978. Desde os anos de 1956 e 1957 não havia concurso público para a contratação de profissionais. Com essa realidade, eram contratados bolsistas ou estudantes universitários para atuarem nas instituições, atuando em condições de trabalho precárias. Neste período começam a surgir as denúncias de violência e diversas mortes.

Não suportando mais a situação de descaso, três médicos bolsistas registram as irregularidades ocorridas nos hospitais, trazendo ao público a trágica realidade ocorrida nas unidades de atendimento, fazendo com que outros profissionais aderissem ao movimento, recebendo o apoio também do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Dessa forma, a crise da DINSAM se tornou o estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica, onde a partir das denúncias de diversos profissionais vão abrindo espaços para reuniões, assembléias, juntando-se a sociedade civil e os sindicatos, destacando-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que denuncia a falta de recursos nas unidades, mantendo-se em destaque na mídia por cerca de oito meses.

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995, p. 52)

O termo reforma surge como uma forma de realizar transformações nos manicômios, no sentido de humanizar o atendimento ao louco (denominação não mais utilizada atualmente). A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge na década de 1970, assim, como também no final desta mesma década, o movimento da Reforma Sanitária vai ganhando visibilidade a partir de outros movimentos sociais, que lutavam por mudanças na saúde como um todo. A título de informação, é necessário frisar aqui que, a Reforma Sanitária antecede a Reforma Psiquiátrica. Outro momento de grande destaque na década de 1970 foi o período em que o Brasil vivia o momento da redemocratização, onde o Movimento Psiquiátrico lutava não apenas pela desinstitucionalização dos loucos, mas por uma humanização do atendimento, pelos direitos dos “doentes mentais”, pela sua cidadania como um todo, situando-se

em quatro dimensões: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sócio-cultural.

Trata-se de uma proposta de intervenção nas relações entre a sociedade e a loucura, da interferência nas representações dos sujeitos sobre a doença mental, seus significados e práticas (AMARAL, 2006, p. 112).

A Reforma Sanitária tinha como lema: “a saúde como direito de todos e assegurado pelo Estado”. A partir disso, a saúde foi ganhando outras proporções, sendo os problemas de saúde relacionados e explicados através dos contextos sócio-políticos e econômicos. Mais adiante veremos as conquistas obtidas através desse processo de luta, a partir da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mas podemos nos perguntar o que seria a desinstitucionalização? Seria uma forma de romper com o paradigma de que a loucura está associada à incapacidade e periculosidade. Mais ainda, trata-se de reconstruir um pensamento e acabar com a ideia de que o “doente mental” necessita de reclusão e isolamento. Esse movimento não surge em um dado momento, “[...] e sim fruto de um processo histórico de luta social e política que transpassou todo o cenário da saúde brasileira” (AMARAL, 2006, p.82).

No ano de 1978 há uma efetiva participação do movimento social lutando pelos direitos dos usuários psíquicos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia-se pela própria movimentação dos trabalhadores da saúde mental,

[...] Considerado o ator e sujeito político fundamental no projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É o ator a partir do qual originalmente emergem propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995, p. 51).

Embasados nos princípios da psiquiatria italiana democrática de Franco Basaglia, o MTSM passa a construir denúncias antimanicomiais, da privatização da assistência, desenvolvendo diversas críticas ao modelo hospitalocêntrico para assistir pessoas em sofrimento psíquico e dependentes químicos, lutando pela humanização dos serviços oferecidos à população usuária. E as reivindicações não

cessam. Há também uma luta contra a carga excessiva de trabalho, assim como condições precárias de atendimento, críticas ao uso de eletro choque, entre outros.

Cabe aqui abrir um espaço para que seja explicado o movimento italiano democrático de Franco Basaglia para darmos continuidade ao contexto sócio-histórico brasileiro, que apesar de ter sofrido influência de diversos países, o Brasil possui demandas sociais, políticas e econômicas próprias. Podemos dizer que a psiquiatria Basagliana faz uma crítica ao modelo psiquiátrico clássico, onde este transforma a loucura em doença, distanciando o louco do convívio com a sociedade, atribuindo-lhe uma condição de periculosidade e marginalidade, sendo o manicômio a forma mais visível de exclusão causada pela modernidade na relação com as “diferenças”.

A tradição basagliana vem matizada de com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento político: traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais AP lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (AMARANTE, 1995, p.47).

Assim, a proposta do movimento da Psiquiatria Democrática seria superar o modelo manicomial, com novas formas de tratar a loucura, de modo que houvesse o fechamento dos hospitais psiquiátricos e em seu lugar fossem criados centros de saúde mental nos bairros, onde os usuários fossem atendidos em suas comunidades. Seu maior foco era a liberdade do “louco”, fazendo com que este voltasse a ter um convívio social, e que na medida do possível, este retomasse suas atividades.

3.3.2 O Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental

Dando sentido as reivindicações, o MTSM nasce com o objetivo de instituir um espaço de luta, trazendo para o centro do debate questões que englobam a transformação da assistência psiquiátrica, organizando encontros e reunindo tanto trabalhadores da área da saúde, como também os setores mais amplos da sociedade. Diversos congressos foram realizados a partir do ano de 1978, como por

exemplo, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú do dia 27 de outubro a 1º de novembro, mais conhecido como o Congresso de Abertura,

Pois, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma frente ampla a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE, 1995, p.54).

Dessa forma ficam claras as reivindicações explanadas no congresso, onde se fazia críticas ao modelo do sistema de saúde, repudiando o caráter privatista do referido setor. Outro tocante do congresso citado pelo MTSM foi

[...] a situação crítica da saúde no Brasil – onde tanto profissionais quanto clientela estão submetidos a processos de exploração, com a proletarianização de setores médicos e a agudização do mau atendimento dispensado à população (AMARANTE, 1995, p.54).

Nesses primeiros documentos podemos perceber a criticidade quanto à política privatizante da saúde, reivindicando melhorias técnicas e uma assistência onde não houvesse diferença entre ricos e pobres.

Outro evento considerado importante é o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado de 19 a 22 de outubro do ano de 1978, na cidade do Rio de Janeiro, onde tivemos a vinda de diversos congressistas internacionais.

No ano de 1979, nos dias 20 e 21 de janeiro em São Paulo é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde coloca-se em pauta

Uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo que preservar seus direitos no interior dos mesmos.” Neste depreende-se que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais (AMARANTE, 1995, p.55).

Ainda neste momento, surge outra questão importante – crítica ao modelo asilar dos hospitais públicos, como uma forma de abrigar marginalizados,

destacando-se assim um maior direcionamento do MTSM em relação ao modelo psiquiátrico.

Em novembro do mesmo ano acontece o III Congresso Mineiro de Psiquiatria na cidade de Belo Horizonte, contando com a presença de grandes nomes da psiquiatria – Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich, onde “os primeiros debates giram em torno do levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo INAMPS.” (Amarante, 1995, p. 55)

No ano de 1980 ocorre no Rio de Janeiro o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental de 23 a 25 de maio,

Onde se discutem problemas sociais relacionados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das muitas barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995, p.56)

No mesmo ano realiza-se em Salvador o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que ocorre entre os dias 22 a 27 de agosto.

Dessa forma, podemos verificar diversas questões em comum nos congressos, onde todos eles reivindicavam mudanças concretas em relação à política de saúde mental, ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos públicos, onde estes serviam para abrigar grande parte de indivíduos marginalizados pela sociedade.

Ao longo dos anos, os debates foram se ampliando, e assim, começam a surgir questões de enfoque social, dando ênfase aos problemas sociais relacionados à doença mental, ou seja, da realidade político-social da população usuária dos serviços de saúde, principalmente na área psiquiátrica. Assim, podemos verificar grandes avanços em torno das discussões realizadas nesses congressos, onde o caráter político e social marca a trajetória do MTSM.

É importante deixar claro, que as críticas realizadas no sentido de haver uma reforma no modelo asilar são de suma importância e necessárias, tendo em vista as precárias condições em que os usuários viviam, de modo que os manicômios serviam de “depósitos” de indigentes (prostitutas, ladrões, etc.), como uma forma de segregar as pessoas do convívio social. Estes locais funcionavam com péssimas

condições de higiene, onde os “loucos” eram acorrentados, ou seja, viviam em verdadeiras prisões.

O caminho percorrido foi longo, até ser apresentado o Projeto de Lei 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado no ano de 1989, onde defendia a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e o fechamento dos manicômios, na defesa dos direitos e da cidadania dos portadores de transtornos mentais. No entanto, esse projeto tramitou durante onze anos, sendo convertido para a Lei nº 10.216 e com alguns substitutivos e sem mencionar a extinção dos manicômios.

As primeiras iniciativas em relação à criação de outros serviços substitutivos aos manicômios datam de 1987, onde foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, localizado na cidade de São Paulo, influenciando mudanças nos serviços de todo o país. Diante dessa realidade, a partir da Constituição Federal de 1988 e normatizadas pelo SUS, diversas portarias foram editadas, a exemplo as Portarias nº 189 e nº 224 com o intuito regulamentar o financiamento e a implementação destes serviços, baseados nos princípios de universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações.

Pode-se verificar que a partir da Reforma Psiquiátrica, desde a sua instituição no Brasil, que o modelo adotado pela rede pública para tratar os usuários químicos está mais humanizado, resgatando pessoas em longo processo de internação, diminuindo os leitos em hospitais psiquiátricos e aumentando os serviços que venham a substituí-lo. Este é o foco: tirar a hospitalização como única forma de tratamento.

É com o intuito de substituir os Hospitais Psiquiátricos que surgem os CAPS, como uma forma estratégica da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental, entretanto com diferentes formas de intervenção, prestando atendimento clínico diário; promovendo a inserção social dos usuários, ou seja,

Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005, p. 27).

É notório que o quadro da (des) assistência as pessoas em sofrimento psíquico tem mudado e que a cobertura assistencial vem melhorando a cada dia, contudo ainda falta muito para se chegar ao parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde, onde a abstinência não deve ser o único objetivo do tratamento, mas sim a

defesa da vida, a redução de danos causados pelo abuso de drogas, levando em conta as singularidades de cada usuário, sua história de vida, acolhendo-os sem julgamentos.

Dessa forma, uma das estratégias adotadas pelo CAPS ad é a Redução de Danos, tendo como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio do trabalho de campo,

[...] Ofertando insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras (BRASIL, 2005, p. 44).

Esse é o compromisso da saúde: minimizar os danos decorrentes do uso ou abuso de drogas, incentivando ações educativas de cunho permanente, conscientizando os usuários, assim como toda a população quanto aos efeitos como também os riscos que as drogas causam à vida.

O modelo adotado pelo CAPS ad, assim como os demais serviços da saúde para viabilizar o acesso e o acolhimento aos usuários é o trabalho em rede, de forma inter-relacionada com outras áreas afins, transformando os serviços em locais de acolhimento, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde pública.

3.3 A intersetorialidade para a efetivação da Política de Saúde Mental

Um dos principais desafios na atualidade para a construção de um trabalho eficaz dentro das políticas públicas chama-se intersetorialidade, principalmente no contexto social em que estamos inseridos. Ela é entendida como uma articulação setorial, considerando novas formas de gestão, ultrapassando, pois, um único setor da política social, ou seja,

Relacionada à sua condição de estratégia, ela também é entendida como: *instrumento* de otimização de saberes; *competências e relações sinérgicas*, em prol de um objetivo comum; e *prática social* compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas (PEREIRA, s/d, p. 01).

Dessa forma, a Política de Saúde Mental não condiz apenas ao ato governamental ou decisão do Estado de impor decisões alocadas verticalmente à sociedade, trata-se de utilizar a perspectiva dialética e não linear para compreender a sociedade, seus fenômenos e processos mais complexos, já que a sociedade por natureza também é dialética, com o intuito de ampliar a democracia e a cidadania.

A partir da Constituição Federal de 1988 e a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 é implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como diretrizes principais: universalidade, garantindo atenção à saúde para todo e qualquer cidadão; equidade, assegurando ações e serviços em qualquer nível de complexidade e integralidade, prestando atendimento integral na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa forma, as políticas sociais que envolvem saúde, educação, previdência e assistência fazem parte dessa realidade, de um todo indivisível, que precisam estar interligadas e articuladas, superando a fragmentação da política social, proporcionando

[...] Mudanças de fundo, isto é, de conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de um novo tipo de relação entre Estado e cidadão (PEREIRA, s/d, p. 4-5).

A intersectorialidade neste caso merece destaque aqui, tendo em vista que é esse trabalho de articulação entre as políticas públicas que irá propiciar ações de inclusão, promoção e proteção dos cidadãos vitimados por algum processo de exclusão, principalmente aquelas acometidas por transtornos mentais, como é o nosso foco.

A criação dos CAPS ad foi uma estratégia da Política de Saúde Mental, tendo como objetivo a atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, no sentido de incorporar ações que visem a garantia dos seus direitos enquanto cidadãos. Tendo em vista a condição de dependência dos usuários e as questões de vulnerabilidade social em que estão inseridos, não se trata aqui de fazer apenas um trabalho voltado à recuperação da sua saúde, e sim de articular os diversos setores das políticas sociais para que seja efetivado um tratamento eficaz, onde sejam realizadas mudanças significativas na vida desses usuários. Mais que

isso,

Os CAPSs têm como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica (MACHADO, 2009, p. 242).

As novas concepções na área da saúde buscam uma democratização dos saberes profissionais, baseados em uma concepção de saúde com base no SUS. Assim, de acordo com (MACHADO, 2009)

O processo de trabalho em saúde mental está orientado na busca de ruptura do binômio isolamento social/cura, enfatizado pelo modelo biomédico de medicalização e focalização dos sintomas/patologias.

Nesta perspectiva, a adesão a um trabalho baseado na integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade torna-se essencial para a efetivação da política de saúde mental, assim como o trabalho em equipe multiprofissional caracteriza-se como uma estratégia de enfrentamento às questões impostas aos mais diversos profissionais que atuam no âmbito da saúde mental.

Para, além disso, o trabalho em equipe cria a necessidade de intenso diálogo entre os profissionais, rompendo com posturas unidisciplinares, estabelecendo relações mais horizontais e democráticas entre os saberes e intervenções profissionais.

Muitas propostas foram elaboradas pela Política de Saúde Mental para que esta se efetivasse de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica, assim como da Reforma Sanitária, no entanto a realidade da saúde como um todo no Brasil se mostra ainda bastante fragilizada, diante da conjuntura neoliberal em que estamos inseridos, nos fazendo questionar acerca de como implementar políticas sociais universais, construir e efetivar uma participação do Estado diante de uma conjuntura político-conjuntural adversa? Essa realidade contraditória representa um dos maiores entraves para a efetivação da Política de Saúde, tendo em vista a contenção dos gastos públicos, onde “ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. (Bravo, 2009, p.35-36)

Diante do exposto, fica evidente o caráter focalizado, privatizante e seletivo das políticas públicas atuais, o que significa um dos maiores desafios para a efetivação da Política de Saúde Mental, baseada nos dois projetos comentados anteriormente.

3.4 A inserção do Serviço Social na Saúde Mental: avanços e dificuldades

A história do Serviço Social na Saúde Mental é permeada por uma série de transformações e determinada pelas histórias de Serviço Social como um todo. Nos Estados Unidos, desde a sua constituição, este passa a atuar em Saúde Mental, mais especificamente nos hospitais psiquiátricos, onde o Serviço Social era chamado para reajustar o paciente à vida normal, e aos poucos foram sendo incluídas outras funções como, por exemplo, estudar o papel familiar no tratamento do doente.

Com a expansão da psiquiatria em decorrência do aumento do número de neuróticos durante a Primeira Guerra Mundial, há também uma ampliação no Serviço Social, passando a atender às famílias dos soldados convocados para a guerra. Dessa forma, podemos perceber que nos Estados Unidos

O serviço prestado pelo assistente social ao seu usuário se restringia ao atendimento das questões ligadas ao tratamento médico em si [...] isto porque, no início do século, já havia nos Estados Unidos agências de Serviço Social (as obras sociais) que atendiam a população quanto às necessidades materiais e concessão de benefícios [...] (BISNETO, 2009, p. 19).

Já no Brasil, diferentemente dos Estados Unidos, o Serviço Social era chamado para conter os conflitos existentes entre o trabalhador e seu empregador, de modo à “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO e CARVALHO, 1998 *apud* BISNETO, 2009, p.20).

Um fator que deve ser considerado é que, até o início dos anos 1970 era comum a prática “psi” no Serviço Social: psiquiatria, psicanálise, psicologia do ego, entre outras, uma metodologia aplicada em todas as áreas de atuação do Serviço Social. Cabe assinalar que essas antigas práticas se opõem ao Serviço Social atual,

“[...] uma vez que àquela época predominavam abordagens de cunho eugênico e da higiene mental [...]” (VASCONCELOS, 2000 *apud* BISNETO, 2009, p. 22).

Essa realidade apresentada anteriormente sofrerá mudanças após o Golpe Militar de 1964, onde o sistema de saúde e previdência passa por reformas, apresentando a modernização e a racionalização como fatores essenciais para uma efetiva mudança no quadro hospitalar brasileiro. Nesse mesmo período, o atendimento psiquiátrico passa a ser comprado do setor privado pelo Estado, fazendo com que a doença mental se tornasse lucrativa, pois há um aumento no número de hospitais psiquiátricos, conseqüentemente no número de vagas ofertadas, chegando ao ponto “[...] de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar” (AMARANTE, 1994 *apud* BISNETO, 2009, p. 23).

Dessa forma podemos perceber um retrocesso na previdência social, pois esta modalidade era destinada a elite, segmentando ainda mais os benefícios dos trabalhadores, e estes eram atendidos quando os casos eram mais complexos ou quando necessitavam de internação.

Nos anos 1970 a inserção do Serviço Social em hospitais psiquiátricos se deu através de exigências do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para cumprir a regulamentação do Ministério, onde o salário do Assistente Social era o mínimo possível e este não tinha funções definidas. Assim,

O Assistente Social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2009 p.25).

Entretanto, temos que observar que nessa época havia psiquiatras trabalhando na formulação de políticas públicas que acreditavam em um atendimento mais humanizado através de equipes multiprofissionais, e foram estes os responsáveis pela inovação do Ministério da Previdência e Assistência Social, onde se inseriu um número considerável de profissionais para atender à demanda posta.

O Serviço Social entrou objetivando as novas visões em Saúde Mental: atenção ao contexto familiar e social; universalidade da loucura; prevenção primária e comunitária (SOUZA, 1986 *apud* BISNETO, 2009, p.26).

Mesmo com todas essas mudanças e com a ampliação do mercado de trabalho dos Assistentes Sociais, estes continuaram a enfrentar a questão social como uma forma de dar respostas às classes dominantes, entrando na Saúde Mental “[...] como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência” (BISNETO, 2009, p.28).

Os anos 1970 no Brasil marcam o Movimento de Reconceituação no Serviço Social, isto é, momento de ruptura com o Serviço Social tradicional norte-americano, onde se buscava uma literatura autônoma, com referencial teórico próprio - a teoria marxista, duramente resistida pela classe dominante. No entanto verificam-se dificuldades de aplicação do marxismo na prática em Saúde Mental,

Pois as políticas sociais são orientadas para um Estado capitalista e o objetivo das instituições é conflitante com a teleologia de uma teoria transformadora da realidade social (BISNETO, 2009, p.28).

Mesmo havendo essa rigidez quanto à aplicabilidade da teoria marxista na prática do Assistente Social, pôde-se verificar a partir de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) uma substituição de autores “tradicionais” nas referências bibliográficas para autores embasados na teoria de Marx, o que significa um grande avanço quanto à crítica ao Serviço Social tradicional na Saúde Mental, já que a maioria dos casos de internação tinha como fator determinante o social do que o psíquico, como um reflexo da extrema pobreza do nosso país, fruto da relação capital/trabalho. Cabe aqui sinalizar que a loucura não deriva apenas e somente de uma questão sócio econômica, vários são seus fatores, no entanto, no período em que estamos falando de 1970 a maioria dos casos de internação necessitavam de atenção especial, pois em sua maioria estes se tratavam mais de uma questão social do que de fato uma questão de internação que envolvesse a questão psiquiátrica em si.

É importante frisar que esse período é marcado pelos movimentos sanitário e psiquiátrico, o que afeta diretamente e positivamente o Serviço Social na saúde mental, fazendo com que fosse discutida a atuação dos assistentes sociais nas organizações institucionais, introduzindo novas variáveis à profissão. As instituições psiquiátricas passam a ser analisadas coletivamente, o que de fato abre espaço

para a atuação do Serviço Social e outros saberes nestes espaços.

O país adentra nos anos 1980 com um aprofundamento da crise econômica e de grandes mobilizações políticas.

Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO, 2009, p.32).

Ao final deste mesmo ano, o Brasil conquista a Constituição de 1988, considerada a mais progressista, ou seja, se tornou um marco para a história do país. Com ela, foi criada a Seguridade Social, constituindo o tripé: assistência social, saúde e previdência social, onde a saúde passa a ser um direito de todos e assegurada pelo Estado. O caminho percorrido para se chegar à vitória das proposições da Reforma Sanitária foi doloroso, tendo em vista a correlação de forças e as discussões travadas em torno da privatização da saúde.

Diante da conjuntura “de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira” (BRAVO, 2009, p.33), o Serviço Social também sofrerá mudanças significativas no que toca a sua atuação na saúde, momento este em que a profissão também está passando por um processo interno de revisão, negando o Serviço Social Tradicional, no sentido de dar novos rumos à profissão. Este momento marcou a fase de maturidade da profissão, havendo uma interlocução do Serviço Social com a tradição marxista, o que chamamos de intenção de ruptura. No entanto, a maioria dos profissionais que absorveram essa teoria ficou concentrada nas universidades, com poucas intervenções nos serviços, caracterizando assim uma lacuna nesta década, afetando também a atuação dos profissionais na atualidade.

Muitos foram os avanços na Saúde Mental, entretanto ainda vemos dificuldades em se aplicar o projeto da Reforma Psiquiátrica nos serviços ofertados à população, sendo uma luta que perdura até os dias atuais, no sentido de incorporar a perspectiva crítica e dialética na atuação do Assistente Social, entendendo a loucura como fenômeno político, social, institucional e histórico “e que a luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contrafação das lutas de classes e expressão da dinâmica do capitalismo. (BRAVO, 2009, p. 35-36)

3.5 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRATO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – LIMITES E POSSIBILIDADES.

Neste capítulo iremos abordar a importância do trabalho multiprofissional dentro dos CAPS, como uma estratégia de torná-lo integral, abrangendo as diversas áreas do saber. Assim sendo, muitos desafios são impostos aos profissionais inseridos no campo da Saúde Mental. No entanto, vale ressaltar a necessidade de superar as ações fragmentadas para que haja a efetivação dos serviços.

3.6 O trabalho em Saúde Mental – interdisciplinaridade e equipe multiprofissional

Para nos situarmos dentro do processo de transformação na saúde mental, é necessário apreendermos as mudanças ocorridas a partir da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde (SUS), onde são incorporados seus princípios básicos – universalização, integralidade, descentralização, equidade e participação social. Dessa forma, o PSF, “[...] torna-se uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido” (GONÇALVES, 2008, p.32).

As ações desenvolvidas e implementadas são voltadas para a integralidade e hierarquização dos serviços de saúde, sob a forma de trabalho em equipe [...] Estas equipes assumem a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. (BRASIL, 2001 *apud* GONÇALVES, 2008, p 32).

Diante das novas propostas e estratégias, a Saúde Mental também sofrerá mudanças, de modo a transferir as práticas do modelo hospitalocêntrico para práticas mais humanizadas, de acordo com o modelo assistencial de saúde como um todo, onde as pessoas em sofrimento psíquico passam a ser assistidas a partir do contexto social e familiar em que estão inseridos.

A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica com uma rede diversificada de serviços (PSF/PACS) contribuirá para alavancar este novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e

maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS, uma vez que as novas estratégias buscarão compreender os problemas decompondo a assistência institucional por meio de um conjunto de práticas (estratégias) que dialeticamente desconstruem modelos pré-estabelecidos de assistência (GONÇALVES, 2008, p. 33).

Diante das mudanças ocorridas a partir da luta pela Reforma Psiquiátrica, houve avanços na legislação vigente em Saúde Mental, onde aos poucos foram extinguindo os hospitais psiquiátricos e surgindo novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. O novo modelo de atenção psicossocial está fundamentado numa nova ética setorial, rompendo com os serviços tradicionais alicerçados pelo antigo modelo asilar. Diferentemente do modelo tradicional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a considerar os fatores sociais, psíquicos, culturais, além dos fatores biológicos e políticos dos usuários. Estes espaços são destinados a

Acolher pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento multidisciplinar para esses objetivos (MELO, 2011, p 29).

Nesse sentido, os CAPS enquanto dispositivo de prestação de serviço de saúde mental deve estar articulado com os serviços de saúde em geral, assim como com as redes sociais afins, para que possa de fato, atender a todos que necessitam de tal serviço, principalmente aqueles que não se enquadram nesta categoria e que, por causa da doença mental ou dependência química esteja excluído da sociedade. De acordo com VIEIRA FILHO *apud* SILVA 2010,

[...] A atenção psicossocial rompe com os conceitos tradicionais de hierarquia, promovendo um espaço de escuta e atenção onde o trabalhador em saúde mental deve buscar compreender a linguagem e as representações produzidas pelo usuário. Desta forma, a relação entre o usuário e o seu terapeuta vai de encontro à situação de opressão instituída no modelo tradicional, permitindo que o cliente tenha o direito à palavra, para que este possa se ver como sujeito social, ativo dentro do seu processo de restabelecimento. Para se atingir este tipo de relação é fundamental que o terapeuta possa se abster de uma posição de superioridade, a fim de se implicar em um processo de troca em que ele também estará aprendendo com o paciente.

Os CAPS surgem então como uma estratégia no que diz respeito à articulação, construção e fortalecimento da rede de assistência e dos serviços de

saúde.

Por isso devem trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e, de forma muito especial, assumindo o papel de integrador aos se articularem os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas e outras em cada território (MELO, 2011, p. 29).

Apesar de todo esse avanço com a criação dos CAPS não significa que obtivemos os resultados desejados e ideais para tal serviço. Ainda se encontra em transição uma forma eficaz de tratar as pessoas em sofrimento psíquico, onde extingue a sua segregação do convívio social e familiar e faça com que a sociedade, assim como as famílias entenda o momento pelo qual essas pessoas estão passando. O campo da saúde mental é formado pela integração de diferentes saberes: medicina, psiquiatria, psicologia, enfermagem, entre outros.

Diante disso, são feitas novas exigências nos processos de trabalho em Saúde Mental, requerendo assim novas técnicas e tecnologias, baseadas num trabalho multiprofissional e interdisciplinar, atuando em uma rede sócio-assistencial e intersetorial, onde haja a promoção e autonomia dos usuários. Sendo assim, outros profissionais passam a fazer parte do quadro de trabalhadores inseridos nestes espaços (CAPS), com suas práticas valorizadas, onde não mais apenas o médico tem papel primordial e superior aos demais profissionais, mas sim todos sem exceção têm seu valor no tratamento.

Pelo fato de não se tratar de um profissional da saúde, mas que no momento é um dos espaços que mais emprega assistentes sociais, a partir da Reforma Psiquiátrica, são apresentadas novas demandas a esses profissionais, assim como aos demais que atuam nesta área, exigindo adequação às múltiplas determinações postas.

Fica, portanto proposto “um novo trabalho, com um novo olhar, com uma nova forma de organização, constituindo-se um desafio, inclusive no que concerne à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (GELBCKE, s/d, p.32). Dessa forma, pensar o trabalho multiprofissional requer um novo saber e um novo fazer em Saúde Mental, com novas ações, constituindo-se em uma soma de disciplinas e práticas.

É necessário abrimos um parêntese para que possamos definir alguns conceitos, onde a autora (GELBCKE, s/d) define o trabalho multiprofissional com sendo um.

[...] estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos. [...] resultante de uma soma de “olhares” e métodos provenientes de diferentes disciplinas ou práticas, quer normativas ou discursivas, colocadas pelos profissionais.

Ainda definindo conceitos, temos que a

[...] interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto (de ensino, pesquisa etc.). Através das relações de interdependência e de conexões recíprocas – rompendo as fronteiras disciplinares – esse projeto deflue de base comum: a interação entre disciplinas. Ela não pode ser confundida com as simples trocas de dados, situação comumente observada em encontros entre especialistas (AMORIM, 2007, p. 83).

A partir desta perspectiva, fica evidente que há um novo redesenho no trabalho em Saúde Mental, onde considera primordial o trabalho multiprofissional, levando os profissionais a reconhecer a ineficiência do conhecimento/trabalho fragmentados para um atendimento mais integral aos usuários dos serviços de saúde. O trabalho multidisciplinar surge como uma forma de promover qualidade nos serviços, onde haja o diálogo e a participação de todos os profissionais, buscando romper com a fragmentação dos saberes, buscando a complementaridade.

Portanto,

O estímulo à experiência multiprofissional e interdisciplinar propicia a ampliação do campo de competência através de troca de saberes, levando a um notório ganho em termos de qualidade na atenção à saúde, sem que necessariamente se percam as especificidades e saberes próprios de cada profissão ou especialidade (GELBCKE, s/d, p. 35).

É importante frisar aqui que não podemos falar em multiprofissionalidade sem falar em interdisciplinaridade, da mesma forma que ao se tratar desta última, não estamos anulando a disciplinaridade. Não estamos tratando em uma justaposição de saberes, e sim em uma consciência dos limites e possibilidades de cada profissional objetivando um fazer coletivo. É, portanto, no cotidiano do trabalho em saúde que se

torna relevante as novas práticas em saúde, onde não se fala em um único saber, e sim, em uma equipe “multi”, onde as diversas áreas compõem os novos serviços de saúde.

Diante das transformações ocorridas em relação ao cuidar em saúde, muitos desafios surgem no decorrer desse percurso, sendo eles: a divisão do trabalho intelectual, as mais diversas especializações das profissões, fragmentação do conhecimento, correlação de forças existentes em cada instituição, alta rotatividade de profissionais dificultando a continuidade do trabalho, entre outros.

Dessa forma, um dos grandes desafios dos serviços de saúde, que inclui a complexidade de atender nos territórios sanitários e a mudança no modelo de atenção conforme as diretrizes do SUS tem sido justamente o deslocamento das ações para uma equipe multiprofissional, que pode gerar modificações radicais nesse processo de trabalho (MEIRELLES, 2011, p. 284).

Muitos são os desafios, no entanto o que se faz mais presente na atualidade é a necessidade de se considerar de grande relevância o trabalho multiprofissional dentro das instituições de saúde mental. De conhecer e entender do que se trata esse trabalho e fazê-lo se concretizar, no sentido de uma maior efetivação dos serviços, de atender integralmente a pessoa humana, transcendendo os espaços institucionais.

Todo esse rearranjo tem nos feito refletir sobre a prática e a inserção dos profissionais nas equipes de saúde, para que haja uma melhor definição dos objetivos de cada um.

Essas mudanças podem estar levando as inúmeras dificuldades de desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, que exige uma horizontal, afetiva e solidária relação entre profissionais, com responsabilidade compartilhada, e que resulte na transformação de suas práticas no sentido de irem ao encontro de um novo modelo de atenção (MEIRELLES, 2011, p. 284-285).

É esse o objetivo da interdisciplinaridade – não ocultar o saber/poder de cada profissão, mas torná-lo acessível e compreensível a todos, superando toda e qualquer forma de disputa e hierarquia, onde haja uma horizontalização das relações intra-institucionais no processo de produção da saúde.

Não diferente dos demais espaços da saúde, os CAPS constituem um novo modelo de atenção psicossocial, que

Pressupõe integração da equipe, ausência de competição ou rivalidade e sim solidariedade, um modelo assistencial coletivizado, produzido num espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, com superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o produto de saúde mental, compatível com a necessidade dos usuários (MEIRELLES, 2011, p. 286).

Diante do exposto, fica evidente a urgente necessidade de mudanças na divisão do trabalho coletivo em saúde mental, na busca constante de interdisciplinarizar as ações técnicas privativas dos profissionais, no sentido de horizontalizar as relações de poder.

A adesão a um projeto interdisciplinar carece de transformações, desconstrução e reconstrução do que é apresentado tradicionalmente. Nisso, está implícito o processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver, baseado nos pilares da educação para o século XXI: aprender a conhecer, pelos instrumentos da compreensão; aprender a fazer, agindo sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, participando e cooperando com os outros; e aprender a ser, que integra as três precedentes (MEIRELLES, 2011, p. 287).

O trabalho em equipe, portanto, exige dos profissionais um constante exercício de comunicação para que haja sintonia entre as ações desejadas, no sentido de cooperar para obter resultados mais precisos. Tal comunicação produz aprendizagem, ou seja, “[...] põe em comum experiências de sujeitos diversos e diferentes saberes profissionais” (VICENTE, 2011, p. 33).

Nas equipes de saúde, a eficácia dos serviços ofertados a população resulta justamente da cooperação entre os diversos profissionais atuantes, onde,

A interação e a troca de ideias entre os membros de uma equipa permitem que cada um obtenha um enriquecimento pessoal de conhecimentos, maximizando assim o aproveitamento dos talentos de cada um. Ao fomentar o espírito de entre ajuda, geraram-se relações de confiança, flexibilidade e desenvolvimento de objectivos e expectativas. Se, por um lado, permite uma distribuição da responsabilidade por todos os membros da equipa, por outro lado, essa descentralização de poder resulta numa maior responsabilidade individual, levando assim a que cada um obtenha maior empenho e maior motivação nas metas a atingir. Como consequência, operacionaliza-se uma maior produtividade para o grupo, atingindo-se os

objectivos pretendidos e alcançando metas que superam muitas vezes significativamente as melhores expectativas (VICENTE, 2011, p. 34).

Diante das mudanças de paradigmas em relação à saúde mental, torna-se necessário romper com velhas práticas tradicionais, onde há uma fragmentação do cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, existindo ainda a centralidade médica na tomada de decisões e uma hegemonia no que se refere ao saber psiquiátrico, dificultando o exercício dos demais profissionais e impedindo de realizar um trabalho integral.

O rompimento com essas velhas práticas poderá contribuir para o processo de desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitando o atendimento de suas necessidades, na busca da integralidade. Dessa forma, entendemos que o trabalho interdisciplinar em saúde mental é uma importante estratégia para que o processo de desinstitucionalização seja efetivo (SCHNEIDER, 2009, p. 398-399).

Acredita-se que só dessa forma obteremos uma saúde de qualidade, superando o modelo asilar através da constituição de uma rede de serviços substitutivos, onde prevaleçam os princípios que a norteiam – universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Tudo isso vem a colaborar para uma efetivação da saúde, onde as equipes multiprofissionais surgem para responder a complexidade dos problemas existentes na sociedade atual.

3.7 ANÁLISES DOS DADOS

Esta parte do trabalho tratará de apresentar os dados coletados no Centro de Atenção Psicossocial Walter Sarmiento de Sá, onde através de um questionário semi-estruturado foram entrevistados três profissionais, sendo eles: um assistente social, um psicólogo e um enfermeiro. A mesma foi realizada no ano de 2014, com o objetivo de descobrir como se desenvolve o trabalho multiprofissional na instituição e como este se articula aos demais serviços que compõem a rede de saúde mental do município de Sousa-PB.

A discussão acerca do trabalho multiprofissional e interdisciplinar é bem recente, e parte da necessidade de efetivar o atendimento aos usuários da saúde de forma integral e de horizontalizar as relações profissionais. Diante disso, é de bastante relevância que todos os profissionais que estejam inseridos no serviço de

saúde mental tomem conhecimento sobre tal assunto e se apropriem deste debate para que possa contribuir para os avanços e para a efetivação destas ações.

A partir da interlocução com os profissionais já citados anteriormente, foi possível observar a importância da articulação entre os serviços, assim como entre a equipe multiprofissional dentro da instituição para a efetividade do atendimento baseado na integralidade. Contudo, fica evidente que este é um processo que ainda se encontra em construção coletiva, e que se torna bastante desafiador para os profissionais inseridos na saúde mental.

[...] esse trabalho em equipe e em rede é de extrema importância, para que faça essa rede funcionar. Mas tem muita gente que fala do trabalho em rede, mas fica esperando que outras pessoas façam esse trabalho. No nosso caso, quando precisamos de algum outro atendimento como o SAMU, a gente busca o serviço entrando em contato para que haja a articulação entre os serviços. No entanto tudo pode ser melhorado. Na saúde mental não existe receita de bolo para o trabalho. Na saúde mental tudo é muito novo, por isso a importância de os profissionais estarem sempre se atualizando. Em alguns momentos precisamos de alguma coisa com o PSF, fazemos essa parceria, mas nem sempre temos respostas, algumas vezes existem empecilhos, dependendo do assunto, mas mesmo assim temos que ficar tentando, cada uma tem fazer sua parte. [...] Eu penso assim, a gente não tem só que falar, a gente tem que ir lá e fazer acontecer. É preciso articular e se disponibilizar para que se outro serviço precisar da gente a gente possa servir. (Entrevistado A)

Eu acho que esse trabalho é uma das prioridades e que é muito importante. Porque aqui é uma demanda livre, então é bom que se trabalhe em rede para que os outros possam compreender qual o trabalho da instituição porque a rede de saúde mental precisa muito desse trabalho todo com os outros profissionais e com as outras instituições para que a gente possa fazer um trabalho melhor. (Entrevistado B)

A cada dia a gente vem se preocupando em relação à demanda que vem surgindo aqui no CAPS à procura de tratamento. Então esse trabalho é muito importante, principalmente não só o trabalho aqui dentro. Estamos com um projeto para fazer o trabalho fora, inclusive nas redes de escolas, procurar os PSFs também para chamar a atenção da população, que às vezes eles não procuram tratamento por vergonha ou até mesmo por falta de interesse, de deixar se levar pelo vício. (Entrevistado C)

Diante das falas dos profissionais inseridos na Saúde Mental, é possível observar que existe uma preocupação em fazer o serviço intersetorial acontecer. No entanto, esse é um trabalho que ainda se encontra em construção, pois não são todos os setores envolvidos na questão que entendem o trabalho do CAPSad. Por isso a importância da divulgação deste serviço e da articulação entre os setores para

que tanto a comunidade como os demais profissionais não apenas os da Saúde Mental entendam a importância e a necessidade de efetivar tal trabalho. Não existe campo de trabalho onde apenas uma área de atuação profissional possa resolver as demandas que vão surgindo. Na Saúde Mental também não é diferente.

[...] A integralidade do cuidado precisa ser trabalhada em dimensões distintas para ser alcançada da forma mais completa possível e, assim, demarca as noções de “integralidade ampliada” e “integralidade focalizada”. A integralidade ampliada diz respeito à articulação de cada serviço de saúde com uma rede mais complexa, composta de outros serviços de saúde e de outras instituições não necessariamente do setor saúde; ou seja, a integralidade compreendida no “macro”, pensada em rede em virtude da compreensão de que ela nunca se dá em um único lugar, justamente porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços – tarefa para ações intersetoriais (CECÍLIO, 2001 *apud* RODOLPHO, 2013, p. 83).

Já a integralidade focalizada é definida por Cecílio (2001, p.115) como o “fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Nessa rede de relações conformada entre os trabalhadores de saúde em um dado serviço, constrói-se a prática em saúde ao mesmo tempo que esses trabalhadores são construídos por tais práticas e relações (FORTUNA, 1999 *apud* RODOLPHO, 2013, p.83).

Dessa forma, é importante que todos entendam o significado de intersetorialidade, sendo esta uma

Articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito convergente em situações complexas visando o desenvolvimento, superando a exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997 *apud* SENAD, 2013, P.261).

Esse modo de ver o fenômeno na sua totalidade, embora exigente, pois lida diretamente não com a divisão, mas com a soma de potencialidade, revela-se como estratégia social de superação de problemas complexos cuja resolução depende a conjunção de esforços de diversos atores sociais e do compartilhamento de suas competências. [...] Trata-se de [...] romper com posturas reducionistas na resolução de situações complexas e com a presunção de achar que um setor sozinho dá conta de questões tão multicausais como as que se apresentam na atualidade: uso e abuso das drogas, violência, desigualdade social, desemprego e outras. (SENAD, 2013, p. 261).

Diante de tal realidade apresentada pelos profissionais, muitos desafios surgem para que esse trabalho intersetorial seja efetivado, de modo que cada um tem sua opinião sobre tal assunto.

Eu penso muito assim: o maior desafio é uma equipe comprometida com o serviço, é um profissional que ama o que faz, que tá trabalhando ali porque gosta do que faz e se identifica com o serviço. Porque quando você gosta do que faz os desafios já são freqüentes, imagina quando você não gosta? Vão está sempre surgindo desafios, porque o nosso instrumento de trabalho é o ser humano. Dessa forma nós estamos trabalhando a subjetividade da pessoa, então é uma coisa que não tem receita de bolo. Muitos profissionais se acomodam e não estudam sem entender como estão acontecendo as mudanças na saúde, estão no trabalho apenas para ganhar o salário, e não com prazer e comprometimento com o que faz. A meu ver uma das maiores dificuldades é esse comprometimento profissional com o ser humano que vem em busca de tratamento. Qualquer pessoa que chegue, seja qual for a instituição é porque ela precisa de atendimento, está fragilizado e precisa de ajuda. Então é isso que eu sinto falta: amor e respeito pelo ser humano que vem pedir ajuda. Quando ele chega aqui ele já está fragilizado. Ninguém sai de casa pra procurar um postinho ou um CAPS pra passear. O saber escutar, acolher, dá respostas coerentes é que está faltando para que a pessoa não fique “bolando” de canto em canto. Se você senta e escuta direitinho o problema fica muito mais fácil de ser resolvido. Então eu queria muito um dia poder ver uma equipe bem comprometida, onde os profissionais estivessem ali para cada um fazer o seu papel. (Entrevistado A)

Eu acho que é, por exemplo, a falta de divulgação do serviço junto à atenção básica, mostrando o objetivo dos CAPS, como é que se atende. Apesar de os CAPS fazerem mais de 10 anos de existência, ainda falta um melhor entendimento em relação a este serviço. Acho que precisa de uma articulação melhor para poder trabalhar melhor. (Entrevistado B)

Nós temos um bom relacionamento com os outros CAPS. As coordenações das instituições estão sempre entrando em contato. O nosso maior desafio é de fazer a transferência do paciente de um CAPS para outro, porque a gente tem que acionar, devido o estado do paciente, a polícia, ou até mesmo o Corpo de Bombeiros. Então nós temos muito isso, quando não aciona o Corpo de Bombeiros, acionamos o SAMU. Quando é pra ir pro Hospital Regional, tem que ir alguém aqui do CAPS responsável pelo paciente, e esse responsável só pode sair do hospital quando alguém da família do usuário estiver lá. (Entrevistado C)

De acordo com as falas, podemos observar que há uma boa articulação entre os setores como SAMU, Corpo de Bombeiros, Hospital Regional, Polícia e entre o CAPS ad e o CAPS III. No entanto, mesmo havendo essa boa relação, ainda surgem desafios para que se efetive esse trabalho intersetorial, são eles: falta de comprometido profissional, falta de entendimento dos serviços que compõem a rede

de assistência a respeito do funcionamento do CAPSad, falta de divulgação do serviço, falta de diálogo entre o profissional e o usuário que chega para receber atendimento, assim como relatado na última fala, podemos perceber uma burocratização nos serviços, o que na realidade dificulta a sua efetivação.

Em relação ao trabalho multiprofissional realizado no CAPSad, os profissionais entrevistados relataram um pouco sobre os desafios em se trabalhar em equipe.

É exatamente o comprometimento dos profissionais, mas aqui no CAPSad estamos superando muitas dificuldades. Como eu estou dando esse suporte de coordenadora clínica, a gente trabalhou o ano passado todinho, e no final sentamos para fazer uma análise de como tinha sido o ano, o que tinha dado certo e o que não tinha e ver o que podia melhorar. Trouxemos muita coisa nova para o tratamento. Os profissionais se comprometeram mais com o tratamento, sabendo quais as suas atribuições enquanto profissional. Mudamos algumas coisas que vimos que não estava funcionando. A equipe se motivou mais e tá todo mundo agora mais engajado. E é isso que eu quero que continue acontecendo na nossa equipe: comprometimento com o serviço fazendo a coisa acontecer. Todo mundo fazendo a sua parte e ajudando o outro também, porque a partir do momento que você faz a sua parte automaticamente o colega fazendo a dele tudo vai acontecendo. CAPS é assim: só funciona em equipe. Totalmente diferente de um consultório. Então é esse o maior desafio: fazer a equipe entender que todos têm a sua importância enquanto profissional e fazer o seu papel. Meu sonho é que seja uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar, onde todos trabalhem engajados em oferecer o melhor. Cada um tem que desenvolver o seu papel e respeitar o trabalho do outro colega. Por isso que eu falei que meu sonho era ver uma equipe interdisciplinar, onde cada um saiba que o seu conhecimento é importante, respeitar o conhecimento do outro e juntar esses conhecimentos para oferecer um bom tratamento. Outra de dificuldade é quando muda a equipe de trabalho, pois quebra a continuidade de um trabalho que já estavam encaminhando. Quando o usuário já está com uma boa evolução, temos que voltar para o início, e isso muitas vezes desmotiva enquanto profissional. (Entrevistado A)

Na verdade aqui na instituição não temos muita dificuldade de trabalhar em equipe não. Existem algumas diferenças, alguns obstáculos que é natural, mas eu acredito que aqui nós estamos caminhando para que haja um melhor posicionamento pra ver que aqui ninguém está competindo com o outro. Nós trabalhamos em prol da comunidade, para fazer o bem de verdade. Então eu acho que estamos em um caminho que leva a trabalharmos bem. Já fizemos diversos estudos aqui e detectamos que o ano passado não se trabalhava em equipe, onde cada um fazia seu trabalho sozinho, onde muitas vezes outro profissional não acreditava no serviço do outro. Tivemos um distanciamento, e que agora estamos buscando esse encontro e estamos trabalhando melhor. Tivemos dificuldades, mas agora estamos muito bem em relação ao trabalho em equipe multiprofissional. (Entrevistado B)

Na verdade a gente trabalha em equipe. Então quando o paciente tem algum problema, a equipe se reúne para estudar o caso. Aqui não só um

profissional pode definir o problema do paciente, é toda a equipe. Então vamos sentar e ouvir a opinião de cada um para chegar a uma conclusão e ver o que vamos fazer com aquele paciente, para mudar a sua situação. (Entrevistado C)

Fica claro aqui o entendimento de tais profissionais a respeito do trabalho em equipe, onde para se efetivar esse trabalho, antes de qualquer coisa, é necessário que cada profissional realize aquilo que é de sua atribuição, respeitando o conhecimento do outro, o papel e importância de cada um no tratamento do usuário que busca o atendimento psicossocial. Por isso a importância do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, havendo o respeito para com o conhecimento do outro em prol de um objetivo comum.

Para um melhor entendimento sobre o assunto, podemos dizer que

Para os trabalhadores, os diálogos, as discussões, a troca de experiências e as relações entre os membros que compõem as equipes geram melhor acolhimento dos usuários, reconhecimento real das demandas e das necessidades da comunidade-alvo da atuação, do cuidado (PALMA, 2009 *apud* Rodolpho, 2013, p.84). Ou seja, os trabalhadores de saúde operam fortes conexões quando, em seu processo de trabalho abrem espaços de diálogo e de escuta entre si. Então, a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa, construindo um rico e dinâmico cruzamento de saberes e fazeres, de tecnologias e subjetividades, com base no qual os atos de saúde se tornam produtivos (FRANCO, 2006 *apud* RODOLPHO, 2013, p. 85).

É esse o caminho que devemos trilhar na Saúde Mental, onde estamos lidando com a subjetividade da pessoa humana, por isso estando em constante aprendizado. Mais uma vez repito, o que torna o trabalho efetivo e integral é a forma como a equipe está trabalhando, como estão sendo articulados os serviços para responder aos complexos problemas da nossa sociedade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir e propor um trabalho em rede e em equipe multiprofissional constitui-se um grande desafio para os profissionais do campo da saúde mental, tendo em vista responder as necessidades dos usuários das Políticas Públicas, visando à garantia dos seus direitos enquanto cidadãos, principalmente no contexto de exclusão social em que vivem.

Mesmo com todas as dificuldades em efetivar tal serviço, a intersetorialidade é um mecanismo que dá condições objetivas de ação, sendo concebida como uma articulação de experiências e saberes, de compartilhamento de responsabilidades e na organização da rede, como forma de materialização dos direitos dos cidadãos conquistados a partir da instituição da Carta Magna de 1988.

Outro aspecto que devemos destacar de grande relevância para a efetivação do atendimento aos usuários de forma integral é o trabalho em equipe multiprofissional, sendo este uma estratégia que busca romper com a fragmentação dos saberes, exigindo a organização e participação de uma equipe de profissionais que buscam um objetivo comum. Diante das falas obtidas através da entrevista, pudemos, de fato, comprovar o quão importante se faz trabalhar em equipe multiprofissional para que haja integralidade e efetivação dos serviços. Essa troca de saberes e conhecimentos elevam os níveis dos resultados obtidos, tendo em vista que cada saber profissional tem a sua importância no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, e isso deve ser respeitado pela equipe.

Como já falamos no decorrer deste trabalho, muitos desafios são enumerados nessa trajetória de lutas para efetivar a Reforma Psiquiátrica, onde haja a superação total do modelo asilar e que as novas estratégias em Saúde Mental sejam realmente efetivadas. Essa certamente é uma luta ainda inacabada, onde estamos em constante busca de melhorias no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. É necessário, portanto, que as forças não se esgotem e que a luta continue, pois essas pessoas ainda precisam de profissionais comprometidos eticamente, que busquem efetivar seus direitos enquanto cidadãos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. **Narrativas de Reforma Psiquiátrica e Cidadania do Distrito Federal**. Brasília, maio de 2006.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. / coordenado por Paulo Amarante. – rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMORIM, Dalmo de S; GATTÁS, Maria Lúcia B. **Modelo de prática interdisciplinar em área da Saúde**. Ponto de Vista, 2007.

BISNETO, José. A. **Serviço Social e Saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL, **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. Ed. – Brasília: SENAD, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza [et al]. **Saúde e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane; SALLUM, Nádia Chiodelli. **Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.

GONÇALVES, Lilian. **Integralidade e Saúde Mental**. Sorocaba – SP. Editora Minelli, 2008)

MACHADO, Graziela Scheffer. **O Trabalho do Serviço Social nos CAPS**. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre. v. 8. N.2. p. 241-254. Jul/dez.2009.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro; KANTORSKI, Luciane Prado; HYPOLITO, Álvaro Moreira. **Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial**. R. Enferm. UFSM 2011.

MELO, M. T. **Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde.** Saúde Mental/Organizado. – São Paulo: Laborciência, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. **A intersectorialidade das Políticas Sociais numa perspectiva dialética.**

Saúde Mental: **cuidado e subjetividade**: vol.2/ Ana Lúcia Machado, Luciana de Almeida Colvero, Juliana Reale Caçapava, Rodolpho (orgs.). São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac. Rio de Janeiro, 2013.

SCHNEIDER JF; SOUZA JP; NASI C; CAMATTA MW. MARCHINESKI GG. **Concepção de uma equipe de Saúde Mental sobre a interdisciplinaridade.** Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da. **Entre (des)encontros, tensões e possibilidades:** Reforma Psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife/Juliana Catarine Barbosa da Silva. – Recife: O autor, 2010.

VICENTE, José Antônio Duque. **As relações interprofissionais em equipas da saúde mental.** (Aspectos sociológicos e organizacionais). Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Nome
2. Idade
3. Profissão/formação
4. Há quanto tempo está trabalhando na instituição?
5. Para você, qual a importância do trabalho em rede para que seja efetivada a Política de Saúde Mental no município de Sousa-PB?
6. Existe algum trabalho articulado com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Sousa-PB?
7. Se a resposta da questão 6 for sim, quais as instituições que fazem parte desse trabalho?
8. Para você, quais são os principais desafios para a efetivação desse trabalho intersetorial?
9. Quais as propostas do município para que esse trabalho intersetorial seja realizado nas instituições?
10. Para você, qual o maior desafio para que se efetive o trabalho em equipe multiprofissional dentro do CAPS?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é sobre os desafios da intersectorialidade na efetivação do trabalho multiprofissional em Saúde Mental no CAPSad e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Irla de Andrade Casimiro aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Professor Luan Gomes Santos. O objetivo do estudo é analisar quais os desafios encontrados na rede de serviços para a efetivação do trabalho multiprofissional em Saúde Mental na cidade de Sousa-PB.

Ao participar desta pesquisa o Senhor não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo venha a contribuir para a instituição em que será realizada a pesquisa, assim como para as pessoas que fazem parte ou que utilizam os serviços do CAPS ad Walter Sarmiento de Sá. Solicitamos a sua colaboração para que ao participar deste estudo o Senhor permita que o (a) pesquisador (a) observe como se desenvolve a articulação do CAPS ad com os serviços que compõem a rede de assistência intersectorial participando de uma entrevista. O Senhor tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o Senhor. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (abaixo). Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da Saúde Mental e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: (83) 9333-3572
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o
(a) pesquisador (a) Irla de Andrade Casimiro (83) 8118-3151

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável