

ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DE AÇÃO UNIVERSIDADE-SERVIÇO ASSISTENCIAL: UMA EXPERIÊNCIA EM CAPSI

Lucia Cristina dos Santos ROSA¹

RESUMO: O artigo tem por objetivo sistematizar a experiência de estágio obrigatório e em iniciação científica no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr Martinelli Cavalca, situado em Teresina-Piauí. Aborda as possibilidades de integração docente assistencial a partir de práticas do Serviço Social focadas em ações de educação em saúde. Os produtos desta prática têm levado a uma ampliação das intervenções para ações cada vez mais articuladas em redes sociais, intersetorial e no território, onde a vida da pessoa com transtorno mental acontece e o combate ao estigma é viabilizado.

PALAVRAS CHAVE: Saúde mental; Saúde Pública; Reforma Psiquiátrica; Serviço Social na saúde

Contextualizando a saúde mental na realidade piauiense

A política de saúde mental piauiense, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, entendida como

um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura” (...) trata-se processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2007, p. 63, grifo do autor)

Teve como principais atores a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com sua política de indução de criação de novos serviços em saúde mental, a partir das ações de redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos, como estratégia de pressionar os gestores municipais a abrir outras possibilidades

¹ Assistente Social. Docente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Sociologia pela UFPE. E.mail: luciacsrosa@yahoo.com.br

assistenciais na comunidade, tais como, serviços substitutivos e leitos psiquiátricos no Hospital Geral. Neste sentido ainda, o Ministério Público, também teve uma atuação fundamental, judicializando a matéria e acionando os gestores municipais, sobretudo da capital, Teresina. E, a própria Gerência de Saúde Mental, que passou a ser comandada por uma assistente social, a partir de 2005 assumindo uma postura de estímulo à criação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPs nos municípios com população igual ou superior a 20 mil habitantes, a partir dos incentivos financeiros do Governo Federal. Neste cenário, uma política estadual em saúde mental orientada pelos princípios reformistas é construída e passa a guiar a criação de novos serviços em saúde mental. Até janeiro de 2009, segundo a área técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde o Estado do Piauí conta com 27 CAPs em pleno funcionamento, sendo: 18 Caps I; 5 Caps 2; três voltados para álcool e drogas e apenas um Capsi, que em tese deveria se voltar predominantemente para a população teresinense, haja vista o município contar com uma população próxima de 800 mil habitantes. Vale lembrar que esta modalidade de serviço, segundo normas do Ministério da Saúde, só pode ser criado em municípios acima de 200 mil habitantes, sendo Teresina a única cidade do Piauí que preenche este requisito. Todavia, o Capsi atende o público do interior do Piauí bem como dos Estados circunvizinhos, sobretudo Maranhão e Pará. Há muitas resistências das equipes de Caps do interior do Estado assumirem a atenção ao público infante juvenil, alegando-se a particularidade do segmento e falta de preparo para tal abordagem.

Somam-se à rede de saúde mental, 04 Serviços Residências terapêuticas, 03 situados na capital e um na cidade de União, município há 56 kms de Teresina, com um total de 18 moradores. O Estado conta com 02 hospitais credenciados pelo SUS, com 360 leitos, representando 0,12 leitos por 1.000 habitantes. Um dos hospitais é de natureza particular, com 200 leitos e o outro público, com 160 leitos, gerido pelo Governo do Estado.

No bojo das mudanças vários cursos de especialização em saúde mental/atenção psicossocial foram criados na Capital, organizados por instituições de ensino públicas e particulares, dois deles financiados pelo Ministério da Saúde, no cerne do Programa de Qualificação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica.

Apesar dos avanços, vários obstáculos são visualizados, sobretudo no que diz respeito à: a) não priorização dos gestores municipais com relação à saúde mental, que identificam a política de saúde mental com o equipamento - Caps, oferecem contrapartidas ínfimas; b) número significativo de profissionais contratados de maneira precária, como prestadores de serviço, o que impede maiores investimentos na formação profissional sobre a matéria, haja vista os investimentos se direcionarem prioritariamente para empregos mais promissores e estáveis; c) em Teresina, capital, a resistência do gestor municipal em municipalizar os equipamentos em saúde mental exige que o Estado mantenha-se como executor direto, criando e gerindo serviços em saúde mental, cujos recursos humanos são atrelados ao Hospital Areolino de Abreu, o que fortalece a hegemonia do gestor do modelo hospitalocêntrico sobre a política e os serviços de saúde mental; d) formação profissional centrada no modelo biomédico, isto é, na enfermidade e conseqüentemente, a maioria dos estágios acontecem hegemonicamente no modelo hospitalocêntrico até porque se constituem como “hospitais escola” e, neste contexto, nem sempre são respeitados os princípios éticos e bioéticos, tais como, os direitos das pessoas com transtorno mental à privacidade e, sobretudo ao consentimento livre e consentido com relação ao tratamento oferecido por um número significativo de docentes, num contexto de ampliação acelerada do ensino superior, que têm levado à massificação dos estágios obrigatórios.

O Ministério da Saúde reconhece como primeiro Caps do Piauí, desde 2004, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Martinelli Cavalca, orientado para o público infante juvenil, um serviço vinculado ao governo do Estado que teve suas protoformas no serviço ambulatorial do Hospital Areolino de Abreu. Em seguida foi transformado em Hospital Dia, mudando-se para um espaço contíguo à estrutura física do referido hospital, mas, independente arquitetonicamente. Em 08/08/2005 é transformado em Capsi.

Segundo a Portaria n. 336, que define as diferentes modalidades de Caps, compete ao Capsi:

- a) Constituir em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b) Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede

assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c) Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito de seu território;

d) Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito de seu território;

e) Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programa de saúde mental no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f) Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área da saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1.077;

g) Funcionar de 8 as 18 horas, em 2 turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21 horas (BRASIL, 2004).

A principal questão posta como desafio para a equipe gira em torno da ambulatorização da assistência, isto é, a atenção individualizada, através de consultas psiquiátricas e psicológicas predominam, sem que a abordagem grupal e a ação no território prevaleçam. Ainda mais, o público alvo do serviço, ou seja, as crianças e adolescentes com psicose e autismo é minoritária no serviço, que é sobrecarregado por demandas de consultas médicas e psicológicas originadas da rede municipal e estadual de educação, com dificuldades de aprendizagem, de concentração e comportamentos inadequados, como a hiperatividade e agressão. Porém, observa-se no relato de mães e até mesmo no cotidiano, que muitas vezes a criança possui um ritmo diferenciado das demais crianças da sala, ou que a mesma pode estar enfrentando problemas na família (o que acarreta uma mudança de comportamento), assim, percebe-se que o contexto individual das crianças não é observado pela escola e até pela própria família de forma significativa, o que muitas vezes pode acarretar a criação de um rótulo para a criança, como lenta, incapaz, hiperativa, nervosa.

Denominações que trazem consequências gravíssimas para o desenvolvimento psíquico e social da mesma.

Desse modo, se constituía o desafio para a equipe, para o Serviço Social, posto que uma assistente social coordena o serviço e para os estudantes e docente da Universidade Federal do Piauí, ensejando uma articulação entre formação profissional e assistência em saúde mental, através de intervenções a partir da pesquisa, estimulando a formação de uma rede de serviços que possam estar conectadas para responder às demandas postas pelos usuários em encaminhamentos, e que atuem como educadores sociais na ampla divulgação de conhecimentos e desmistificação de preconceitos e “tabus” acerca da doença mental.

A atuação teve início com uma análise social do serviço, a partir da reconstituição de sua história bem como dos perfis da população atendida e da equipe, visando uma análise crítica da realidade que desencadeie estratégias de ação e avaliação das medidas adotadas.

O Capsi do Piauí: entre perfis e demandas

Para realizar a análise social do Capsi várias ações simultaneamente foram desencadeadas, tais como: levantamento do perfil da equipe de trabalhadores do serviço; levantamento do perfil dos usuários atendidos; a partir do prontuário e das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - APACs; levantamento das redes de serviços sócio assistenciais mais demandados pelo serviço e construção de parceria com outras instituições.

Com relação à equipe do Capsi, até junho de 2008, concluiu-se que era composta por 22 pessoas, mais três estagiárias, duas de Serviço Social, uma da UFPI e outra de uma UFA particular e uma estudante de psicologia. Predominam as pessoas do sexo feminino, em número de 13. A faixa etária predominante circunscreve o intervalo de 30 a 49 anos, com 11 pessoas. Treze pessoas têm formação superior. Cinco ensino médio. A maioria (17) é casada. A maioria é natural de Teresina (10), sendo 06 do interior do Piauí e 05 de outros estados. Cinco pessoas com formação universitária integram a equipe desde a protoforma como serviço ambulatorial do Hospital Areolino de Abreu –HAA, o que permite uma certa continuidade histórica do serviço. A maioria dos profissionais tem outro emprego, além do Capsi. A maioria absoluta (18) informou

estar satisfeita em trabalhar no Capsi, destacando-se como indicador de satisfação o fato de se realizar com o trabalho que desenvolve. Os que informaram estar insatisfeitos relacionaram o fato: 1) ao serviço não estar funcionando como Capsi; 2) “Estar faltando muita coisa” (condições de trabalho) e 3) Falta de integração entre os profissionais da equipe. Consequentemente, o vínculo com o Capsi por questões subjetivas ganhou destaque. Trabalhar com crianças e adolescentes com transtorno mental e população de baixa renda parece promover um sentimento de utilidade, que sensibiliza os profissionais, expresso em frases como “tenho a oportunidade de ajudar algumas famílias e adolescentes”. O significado do trabalho, então, se aproxima do sacerdócio. De outro modo, a satisfação também emergiu em função de no processo de trabalho no serviço, o “bom relacionamento entre os trabalhadores” predominar.

Toda equipe do serviço é vinculada funcionalmente ao Hospital Areolino de Abreu, que também fornece a medicação e a maioria dos insumos para a manutenção do Capsi. Desde sua criação o serviço contou com estagiárias do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Mais recentemente, com a incrementação dos projetos de Iniciação Científica no serviço e também com um processo de supervisão clínico institucional assumido pela docente acadêmica, a intervenção se aliou decisivamente com a pesquisa, muito embora muitas monografias tenham sido geradas a partir dos estágios na instituição.

Os trabalhadores do Capsi foram desafiados a participar do processo de reconstituição histórica do serviço, na concepção de que são sujeitos ativos, que constroem o serviço, sendo pessoas que imprimem uma marca também pessoal ao dia a dia assistencial. Desse modo, todos os trabalhadores, dos psiquiatras ao pessoal auxiliar, foram convidados a registrar suas experiências e história no/com o Capsi, o que gerou o livro CAPSi – Reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr. Martinelli Cavalca, impresso em 2008.

Concomitantemente, realizou-se um levantamento sobre os *perfis dos usuários do serviço*, primeiramente a partir dos prontuários e, em seguida, pelas APACs.

Identificou-se que o número de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APACs do Capsi atinge sempre o teto, 155. Mas, o serviço mensalmente ultrapassa o limite

de cobrança via APACs permitido pelo Ministério da Saúde, haja vista o aumento crescente da demanda, que em média tem atingido 400 consultas por mês. Em levantamento realizado nas APACs do primeiro semestre de 2008 observa-se que 67,8% das pessoas atendidas são do sexo masculino. A maioria dos atendidos se situa na faixa etária dos 12 aos 17 anos, representando 58,5%.

HOFFMAN (2008) estudando a caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil no Brasil, através das APACs, encontrou dados semelhantes aos encontrados no Piauí, embora um pouco abaixo ou seja “62,8% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 11,1 anos” (p.635), portanto, na fase da pré- adolescência.

O Piauí tem uma população de 3.032.421 pessoas (IBGE, 2007), contando com 1.113.277 pessoas com idade entre 0 a 18 anos, isto representa 36,7% da população total. Deste percentual, a maioria se situa na faixa etária de 0 a 11 anos e 14,5% na faixa de 12 a 18 anos. Embora as diferenças quantitativas entre pessoas do sexo masculino e feminino seja pequena, o número de homens é majoritária, nas duas faixas etárias.

Um achado que chamou atenção deve se ao fato de que até 2005 o Capsi atendia crianças a partir de 04 anos de idade, mas, vêm crescendo a demanda inclusive de bebês, que são submetidos a consultas psiquiátricas.

Como é intensa a tendência de institucionalização de uma “cultura analgésica”, onde o medicamento entra simbolicamente como uma saída mágica para muitos problemas de vida, a tendência a psiquiatrizar problemas comportamentais, sobretudo de crianças e adolescentes, é expressivo. No geral, muitos desses problemas podem estar circunscritos a problemas relacionados à dificuldade de exercício da autoridade paterna/materna ou de entender a necessidade de mudanças na trajetória de vida familiar, sobretudo com a saída da criança da fase da infância e seu ingresso no universo adolescente, exigindo outras condutas dos genitores, sobretudo de parte de muitas mães, que chefiam sozinhas muitos domicílios, sem a retaguarda do elemento masculino, que historicamente assumiu a condição de autoridade moral na divisão sexual do trabalho doméstico, dificuldades de aceitar uma separação dos pais, que na grande maioria das vezes se tornam ex-maridos e “ex-pais”, como também o processo de luto mal vivenciado, muitas vezes essas crianças ou jovens não

compreendem o significado de uma perda e terminam aprendendo da pior forma possível, posto que a nossa cultura é anti-morte e evita discussões e ensinamentos sobre o processo de morte.

De partida, dois fatores chamaram a atenção: porque o predomínio do público adolescente e masculino no Capsi?

Como a adolescência é a etapa da vida que intermédia a infância e a fase adulta, constituindo como a fase da vida de maiores transformações do ser humano, onde a busca da construção de uma identidade própria, separada do grupo familiar é aguçada, há uma tendência dos conflitos geracionais e familiares se acentuarem, exigindo respostas, dentre as quais, a busca por medicalização da questão.

É vivenciada de maneira heterogênea, plural, isto é, há varias formas de experiência com esta fase da vida, frequentemente analisada pelo olhar do adulto. A Organização Mundial da Saúde delimita a adolescência dos 10 aos 19 anos, enquanto estabelece para a juventude, a faixa entre os 15 e 24 anos. No Brasil, o recorte é feito dos 12 aos 18 anos.

A própria fase da adolescência foi reconhecida muito recentemente no contexto brasileiro. Além do mais, o país esteve historicamente submerso em uma cultura autoritária, tendo os pais a assimilado e reproduzido na vida familiar, sendo exigido a mudar com a emergência do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990), que reconhece a criança e o adolescente como sujeitos de direitos. Até então, pai mandava e filho obedecia.

O ECA vem crivado com os saberes psicológicos da era moderna, ainda pouco ou precariamente assimilados pelos segmentos de baixa renda da sociedade brasileira, público majoritário do Capsi, haja vista o serviço público no Brasil e sobretudo, no Piauí ser identificado como serviço para pobres, no geral, não considerado como integrante da condição de cidadania. Tal segmento, historicamente esteve inserido precariamente nas políticas públicas, ou seja, frequentemente, nem consegue concluir o ensino fundamental. Desse modo, tem acesso precário aos saberes psicológicos, mais comumente veiculados e assimilados pelos segmentos médios da sociedade brasileira.

Desse modo, com o ECA impõe-se mudanças radicais na dinâmica familiar, sem que os chefes do grupo tenham sequer se incorporado às novas exigências, que frequentemente tomam

conhecimento através dos próprios filhos, com a difusão, pelo sistema educacional, da cultura de direitos. Neste contexto, não é raro os genitores se sentirem reféns de seus filhos ou se manterem em papéis rígidos, por não saber como se conduzir em outros padrões que não seja o hierárquico, onde a necessidade da criança e do adolescente é ignorada. Não por má fé, mas, por desconhecimento e falta de manejo de si e do outro neste novo cenário.

De acordo com a OMS (2001), os transtornos da ansiedade e da depressão são mais comuns em mulheres enquanto os distúrbios decorrentes do uso de álcool e drogas afetam mais os homens. A esquizofrenia, apesar de não apresentar diferenças evidentes de início ou prevalência, costuma ocorrer mais cedo e incapacitar mais os homens.

A literatura retrata que muitas garotas sofrem de depressão geralmente devido a decepções amorosas. Já os garotos que frequentam os serviços especializados, é frequente os mesmo apresentarem envolvimento com drogas (maconha, solventes, álcool etc.).

Existe explicitamente uma questão de gênero presente no fato de garotos consumirem em maior número substâncias psicoativas. Geralmente é na adolescência que o jovem volta a sofrer com os processos de construção da subjetividade e identidade vivenciados quando criança, e também é neste período que o garoto passa a se "soltar no mundo". O uso de álcool e drogas é uma das maneiras de pôr em prática esta "liberdade". Também é uma forma de se firmar como homem. Isto se explica através da compreensão de um modelo hegemônico de masculinidade: para se provar que é um homem, deve-se adotar uma série de posturas e hábitos que assegurem ou, pelo menos, suponham virilidade. Beber e fumar, por exemplo, são hábitos que fazem parte da constituição da identidade masculina.

CHAVES (2000) ao comparar a prevalência da esquizofrenia por sexo apresenta as desvantagens masculinas e a vulnerabilidade de fase precoces na idade, no início da enfermidade. Afirma a autora que os "homens apresentam também frequência maior de transtornos de personalidade pré-morbida, maior probabilidade de permanecerem solteiros e idade de início da doença mais precoce" (p.21). A autora explica parte da predominância da esquizofrenia em homens atribuindo às diferenças genéticas da plasticidade do

cérebro e, de outra maneira, aos padrões culturais e sociais, na construção de gênero, na forma como a sociedade exige diferentemente de homens e mulheres, a partir da socialização.

A masculinidade hegemônica, baseada na cultura patriarcal, ainda é muito presente na sociedade brasileira e nordestina, exigindo um homem viril, agressivo, que não manifesta verbalmente suas emoções. Motivo que pode ser sinalizado como indicativo para a grande maioria dos usuários do Capsi serem do sexo masculino, haja vista que a sociedade lhe impõe uma forma de “ser” padrão, orgulho para as famílias, mas não lhe oferece suporte emocional para isso, já que este menino é educado para não chorar, não demonstrar ansiedade, nem sofrimento. Dito de outra forma, é educado para negar qualquer forma de fragilidade, insegurança e medo, características tão comuns na adolescência e infância, posto que independente do sexo o desenvolvimento psíquico exige e manifesta-se da mesma forma, o que vai ser diferenciado é a aceitação ou rejeição social.

Embora haja uma multiplicidade de masculinidades em construção e a masculinidade hegemônica esteja em crise, novas formas de ser homem ainda são minoritárias e plurais. Há várias manifestações de masculinidade(s) coexistindo. Contudo, as pessoas do sexo masculino ainda têm um espaço restrito para dialogar com estes novos modos de ser homem e a maioria dos serviços de saúde não organizam seus processos de trabalho orientados pela categoria gênero. A sociedade cria e divulga padrões ideais de pessoas que, frequentemente, não se correlacionam com a realidade destes homens.

Ainda prevalece a visão do sexo como algo natural, anatômico, sem que a vivência de homens e mulheres sejam singularizadas. E quando existem políticas que instituem projetos orientados por categorias de gênero, observa-se que são direcionados para o público feminino, como programas voltados para a saúde e direitos das mulheres, conquistas que resultaram de toda uma luta histórica pelo espaço feminino. Os homens, comumente, não têm um espaço de discussão sobre as estratégias de resolução de conflitos/problemas em outras bases que não seja a agressão e a imposição da força física.

É neste campo plural e contraditório que se encontram os/as profissionais da rede de saúde mental do Piauí, desafiados/as a incorporar em seu cotidiano a categoria de gênero, analisando a

particularidade do adoecer masculino, comparando-o com as expressões do modo de ser feminino.

O Serviço Social do Capsi levantava frequentemente como problema do serviço a secundarização da atenção ao público em tratamento no sistema intensivo. Que muitas vezes ficam ociosos ao invés de estarem desenvolvendo atividades que aprimorassem o rol de possibilidades desse sujeito, que lhe proporcionasse certa autonomia, ou até o desenvolvimento de novas habilidades, sociais, educacionais e recreativas, visando o desenvolvimento do ser. Neste sentido, teve início abordagens grupais com este segmento. Uma outra questão remetia aos grupos familiares, que também encontravam-se “afastados” do espaço do Capsi, posto que estavam diariamente levando seus filhos no serviço intensivo, ou buscando consulta médica, ou psicológica, mas estavam “desligados” de uma forma de atenção que socialize a demanda de tais cuidadores, haja visto a carência de ações direcionadas para a família, como espaço de ajuda mútua, de informação, de acolhida, enfim, de atenção psicossocial.

Como destacado em cartilha de Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica, produzida pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2007), que enfatiza como “especificidade do trabalho com a clientela infanto-juvenil – o trabalho com os pais” (p. 26). O texto chama atenção para o fato que, no geral, a demanda por atendimento é feita pelos pais, em nome da criança. São os genitores que impõe o atendimento, por terem esgotados seus recursos internos para solucionar problemas. Em função disto, conclui que

é necessário um trabalho preliminar com o autor da queixa até que se considere o momento de chamar a criança ou adolescente. Uma criança só deve ser tomada em tratamento após esse trabalho preliminar com os pais/responsáveis. Este acompanhamento deve produzir uma implicação dos pais no sintoma dos filhos (p.26).

Desse modo, é importante a contextualização da “queixa” ou mesmo do “sintoma” apresentado pela criança ou adolescente na circunstância da vida e do momento familiar. Já que a criança é vista como um sintoma do que ocorre na família, refletindo suas

vitórias e dificuldades, assim é necessário analisar o contexto dado e não somente a queixa levantada pela família ou escola.

Como lembra MELMAN (2001) nenhuma família está preparada para cuidar de uma criança ou adolescente com transtorno mental. Neste contexto, é comum a emergência de sentimentos de impotência, fracasso, cansaço, culpa e incompetência, até porque historicamente a resposta do Estado esteve centrada na institucionalização deste segmento. Recentemente é que uma nova abordagem tem início, preservando os vínculos comunitários e sociais. Ademais, o grupo familiar, historicamente esteve submetido à uma pedagogia institucional de exclusão, sendo considerada pelos serviços de saúde mental mera visita, um recurso ou informante do histórico e dos sintomas. Assim, a condição de cuidadora esteve relegada, ignorada.

A maioria dos cuidadores, no Capsi, é do sexo feminino. Tal dado expressa o quanto ainda é frequente o papel da mulher enquanto principal cuidadora quando algum membro da família é acometido de uma enfermidade como o transtorno mental, por exemplo. Historicamente, cabe ao homem a tarefa de proteger o lar, moral e financeiramente. Enquanto ao homem está reservado o espaço na esfera pública, a mulher permanece no espaço privado, ou seja, o âmbito do lar. BASTIDE (1965, apud ROSA, 2003), afirma que quando os filhos são PTMs a família tende a sofrer impactos menores decorrentes da presença do transtorno. Isto porque, supostamente, os filhos são dependentes dos pais. Segundo este autor, a situação do filho pode contribuir para aproximar os pais.

Por outro lado, são comuns casos onde

podem-se agravar as tensões entre os cônjuges à medida que a mulher, como principal cuidadora, é mais intensamente cobrada em termos de resultados pelo marido. Assim, acentua-se a relação de poder entre os cônjuges (ROSA, 2003, p. 268).

Há casos ainda onde os conflitos não se resumem apenas ao relacionamento conjugal: os outros filhos da cuidadora podem se sentir prejudicados. A mulher tem de administrar relações com e entre outros filhos. Aqueles que não têm o transtorno mental muitas vezes se sentem incomodados com o cuidado excessivo destinado ao irmão PTM.

As entrevistas realizadas com as cuidadoras foram de longa duração. Durante estes momentos, ficou evidente a necessidade que as responsáveis tinham em falar, desabafar. As questões propostas tornaram-se, na realidade, um verdadeiro atendimento de escuta. Várias cuidadoras manifestaram o desejo de manter mais contato com os profissionais do Capsi.

Algo indispensável a se considerar no tratamento do transtorno mental de crianças/adolescentes é o seu relacionamento com a família. O profissional deve se orientar no sentido de estar atento às nuances da relação “PTM x família”. Deve investigar tal relação, através do/da adolescente/criança ou dos seus responsáveis. No Capsi, principalmente no atendimento não-intensivo, várias responsáveis afirmaram não possuir contato direto com os profissionais que lidam com suas crianças/adolescentes. Os usuários chegam ao local, permanecem na sala de espera até o momento de sua consulta e, frequentemente, entram desacompanhados. Quando saem da sala, logo se vão. Algumas vezes os profissionais solicitam o contato com os responsáveis. Outras não. É importante que haja a aliança entre cuidadores e profissionais.

Existem casos onde a distância, a falta de recursos para o transporte, a própria sensibilidade do paciente ao sair de casa (devido ao transtorno) etc. impedem o retorno da criança ou adolescente ao serviço. COUTO (2003) coloca como uma importante sugestão o “atendimento domiciliar” como um recurso terapêutico. Caso seja necessário, é imprescindível a presença do profissional na residência do usuário. Ou, como afirma a autora: “permanecemos responsáveis pelo cuidado e tratamento deles lá onde estão, até que de novo ou pela primeira vez possam vir onde estão localizados nossos serviços” (COUTO, 2003, p. 6).

Como o Serviço Social na saúde mental historicamente esteve identificado como o “profissional da família”, tornou-se um desafio a formação de grupos com este segmento, haja vista as dificuldades de locomoção do grupo até o serviço, em função das dificuldades financeiras.

Uma estratégia adotada foi o acionamento de ações sócio-educativas através da Sala de Espera, que passou a constituir um momento de afirmação e difusão da educação em saúde, tendo por base temas relacionados ao dia a dia da realidade das famílias atendidas pelo Capsi.

Sala de espera como uma ferramenta de trabalho do assistente social em saúde mental

Segundo Eliana Mendonça (1997) os Grupos de Sala de Espera como ferramenta de trabalho do assistente social surgem no início dos anos 70,

nas unidades de saúde do antigo INAMPS (...), como uma estratégia para enfrentar os problemas de saúde/doença da população. Os assistentes sociais criaram espaços de discussão junto aos usuários dos serviços de saúde, forjando uma nova interpretação dos problemas de saúde/doença (p. 109).

No contexto do Capsi enquanto a população aguarda a consulta médica-psiquiátrica ou psicológica, o profissional otimiza a permanência e ocupação do espaço-tempo institucional, para abordar temas relacionados à vivência com o transtorno mental, de modo direto e indireto. Uma vez que para uma quantidade significativa dos usuários do serviço a locomoção até a instituição é uma grande dificuldade, quer por questões financeiras, de comportamento agressivo ou inquieto dos filhos, ou por dificuldade de se ausentarem de casa em virtude dos afazeres da vida diária.

Iniciativas como esta, de economia de tempo e condições, propiciam o acesso a informações estratégicas para um número considerável de pessoas, constituindo um “meio eficaz para a educação em saúde” (IDEM, p.110) possibilitando o diálogo e a troca entre diferentes saberes e entre pessoas com vivências similares, assim como também motivando a equipe da instituição, por verificar que resultados começam a surgir de iniciativas simples, com o investimento em situações que se encontram no cotidiano. O entusiasmo e a participação dos usuários nas temáticas abordadas e as dificuldades geradas e superadas vão exigindo novos investimentos do coletivo de trabalho do Capsi, requerendo novas medidas e novas formas de pensar e resolver problemas que parece gerar nova forma de olhar e se envolver com o dia a dia da instituição. Com esta tônica o processo é desencadeado através da Sala de Espera, provocando a interação.

A cada encontro um tema é abordado, tendo em vista disparar a interação entre as pessoas. Os temas mais abordados são: fatores de risco para a saúde mental; auto-estima; cuidar do

cuidador; direitos e deveres dos pais; combatendo o preconceito; os diferentes tipos de violência contra a criança e o adolescente. Conhecimentos com conteúdos inclusive afetivos são abordados. Estudantes de Serviço Social e Psicologia, os assistentes sociais do Capsi e a docente acadêmica constituem os facilitadores do processo, que pressupõe que haverá uma construção conjunta do espaço e do tempo da abordagem.

A televisão da Sala de Espera é desligada e as cadeiras organizadas em círculo. A cada dia uma pessoa fica responsável pela facilitação do processo. A concepção Paulo-freireana orienta a prática, haja vista que há intensa troca entre os saberes acadêmicos e do senso comum, onde se pressupõe que todos aprendem coletivamente, embora haja um planejamento prévio a orientar cada tema.

Inicialmente o facilitador se apresenta e pede para que todos os presentes se manifestem, falando seu nome e porque buscou o serviço de Atenção Psicossocial. Este momento é desenvolvido através de uma dinâmica de apresentação ou atividade lúdica, para descontrair o grupo; facilitar o entrosamento e a compreensão de que constituem um coletivo que algo em comum os une. Explica-se o objetivo do encontro e o tema a ser abordado. Em seguida dedica-se a abordar o tema eleito, por um tempo médio de 15 a 30 minutos, no geral, entrecortado por perguntas ou relatos de vivência, envolvendo o tema, pelos presentes, comumente parentes, conhecidos ou amigos dos familiares presentes na sala de espera.

Ao final de cada encontro é comum as pessoas mais tímidas procurar o facilitador ou um dos membros do grupo para pedir esclarecimentos, relatar vivências pedindo no geral, idéias para solucionar problemas. De outra maneira, algumas pessoas procuram por algum dos facilitadores porque se sentem agradecidos por um momento de atenção (escuta) que lhes é oferecido, ou porque através do tema abordado puderem obter elementos para refletir de outra maneira acerca de questões geradoras de sofrimento.

Geralmente são pessoas de baixa renda, a maioria do sexo feminino e que até ali obtiveram concentradamente o medicamento e a internação. Encontram-se sobrecarregadas com os afazeres domésticos, o cuidado das crianças ou adolescentes com transtorno mental e uma ausência de preocupação consigo mesmo. São pessoas que “abrem mão” de trabalhar e desenvolver uma vida

social saudável em prol do cuidado de seus filhos/netos e por isso estressadas. Como no geral são ignoradas em suas necessidades, respondem com a gratidão por se sentirem contempladas na perspectiva de “cuidar do cuidador”.

Relatam que sentem falta de alguém para conversarem, compartilharem as dificuldades do dia a dia.

Como dito, o público, no geral é constituído majoritariamente por mulheres, mães, tias, avós e suas crianças e adolescentes. Em alguns encontros observa-se e é destacada a figura masculina, haja vista na divisão sexual do trabalho doméstico a mulher figurar com a exclusividade da educação e cuidados dos filhos, o que é confirmado pelas mesmas que comunicam que estes figuram, no geral, como provedores econômicos do lar. Contraditoriamente, tem se observado que apesar de resistirem a esta divisão sexual do trabalho doméstico, algumas mulheres acabam no cotidiano por reforçá-lo ao desqualificar/desautorizar seus companheiros no exercício cotidiano da paternagem, ao sair de antemão na defesa dos filhos ou ainda tomando o filho exclusivamente como um encargo seu, sem participar o pai da rotina das crianças.

Evidentemente, o homem pai, no geral, não busca conquistar a participação no cotidiano do cuidado e educação de seus filhos, delegando tal encargo como algo inerente à mulher. Entretanto é válido destacar que apesar de mínima, a presença de cuidadores masculinos acompanhando filhos ou netos no Capsi não é raro. Quando um cuidador leigo masculino se faz presente, faz-se questão de destacar tal pai/avô como forma de incentiva-ló a estar presente no cuidado de seu filho, neto e a conscientizar as mães presentes da importância de divisão de tarefas para que não ocorra uma sobrecarga de afazeres para a figura feminina, seja esta mãe, tia ou avó.

Ainda mais, quando algo excepcional ocorre no meio familiar, como o caso da eclosão de um transtorno mental, de uma dependência química ou um desvio do *script* social esperado emerge a “ferida narcísica” do pai, de uma maneira mais intensa do que a da mãe. O homem cuidador, comumente, tem mais dificuldade em aceitar que a vida seguiu outro curso, ou que o (a) filho (a) fez outras “escolha”, diferentes da orientada ou desejada por ele.

É comum a mãe relatar que o pai não acredita que haja um transtorno mental, acusando a mãe de “mimar” demais o filho.

Corroborando tal fato, é comum nos serviços de saúde os denominados “grupos de família” serem constituídos quase que exclusivamente, ou pelo menos majoritariamente por mulheres, sem que os profissionais se questionem, haja vista que houve uma naturalização do cuidado na família como algo intrínseco às mulheres.

Mas, têm-se observado que o fato do facilitador do grupo chamar a atenção para o fato, pedindo que as cuidadoras tragam também as referências adultas e masculinas para os serviços de saúde mental, têm produzido a maior participação da população masculina.

É importante o profissional de saúde mental buscar fortalecer o poder das cuidadoras e ainda, utilizar a própria educação em saúde como espaço de multiplicação de agentes. Uma vez que a sobrecarga é notória no desespero, muitas vezes estampado no rosto de mães aflitas, durante os encontros de salas de esperas, principalmente nas temáticas referentes a auto-estima e cuidar do cuidador, é frequente o relato de que não sabem mais como lidar com seus filhos, que se sentem cansadas e ofendidas pelos companheiros que muitas vezes, como já foi mencionado não aceitam o transtorno mental de seus filhos. Desse modo, traduz-se a importância da mulher ser uma agente multiplicadora de informação em saúde, podendo conquistar o homem para participar das ações dos serviços de saúde.

Em experiência em um serviço de saúde mental para o público adulto foi evidenciado que a população masculina começou a participar em termos numéricos igualmente ao público feminino. Face à indagação do facilitador, as mulheres informaram que diziam a seus maridos/pai que “a assistente social mandou você ir à reunião”. Ou seja, as mulheres passaram a utilizar a provocação (o suposto poder) dos assistentes sociais para exigir a participação de seus companheiros, na perspectiva que melhor compreendessem o transtorno mental, muitas vezes entendido no meio familiar como uma forma de uso de uma estratégia para esquivar-se de obrigações. Desse modo, a leitura moral ainda permeia o entendimento do transtorno mental, percebido em algumas ocasiões como “preguiça”, “fazer corpo mole”, manipulação. Claro que, os ganhos secundários, no geral, inerentes ao papel de enfermo, podem levar a isto, mas, nem sempre. De outra maneira, o cuidador leigo pode estar reforçando os ganhos secundários, ao

prever incapacitações à pessoa com transtorno mental, sem permitir que se experimente, que se “arrisque” para mostrar suas habilidades.

Com a intenção exatamente de multiplicação das informações no meio familiar, ao final de cada encontro é entregue um folder para cada adulto participante, com explicações sucinta do tema abordado, recomendando-se que leiam em família, com o vizinho e outros. Isto é, que se constituam em agentes multiplicadores da saúde.

Tem sido comum pessoas analfabetas pedirem mais de um *folder* alegando que vão distribuir para parentes com os quais se encontram em litígio, afirmando que utilizarão o folder como ferramenta argumentativa na defesa de seus direitos.

Em um dos encontros em que foi tratado sobre o preconceito, tendo por base a estória do Patinho feio, uma avó sugeriu que o grupo se dispusesse a ir à escola estadual onde seu neto estuda para tratar do tema com os professores que, no geral, não tem preparo para lidar com a questão e acabam por contribuir no estigma e, conseqüentemente, na evasão das crianças diferentes da escola, bem como com as mães de outras crianças da escola, que se negam a aceitar que seu filho possa ter um transtorno mental.

Este desafio impulsionou o grupo de facilitadoras a se articular com as instituições e setores que trabalham com a educação especial do estado e do município, na perspectiva de uma ação em rede sócio-assistencial.

Com o entendimento de que esta rede não existe por si mesma, mas que é construída, através de trocas de serviços e idéias e que uma aproximação de outros serviços pode potencializar ainda mais a ação do grupo de facilitadoras do Capsí. Ainda, otimiza a ação das instituições parceiras. Assim, uma nova frente de atuação se forjou, através da incorporação do grupo na rede de apoio à educação inclusiva do Estado.

Estabelecer parceria com a escola é de fundamental importância, pois tal instituição, local em que podem ser detectados precocemente problemas complexos e em que também se manifestam as múltiplas contradições das mais diversas realidades de crianças e adolescentes que lá se encontram, pode servir para a construção da justiça social e da cidadania.

O professor, exercendo sua função de mediador no processo de comunicação e de relações sociais, pode, com base no contexto e

cotidiano escolar, criar situações pedagógicas para promover as mudanças necessárias e potencializar o desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Muitas vezes, surpreendido em situações imprevisíveis e que requerem respostas imediatas, o professor pode se sentir inseguro ou agir de maneira impensada ou intuitiva. Como observa MARINHO-ARAÚJO (2006),

o professor poderá enriquecer o seu trabalho se for capaz de reconhecer, procurar e receber a contribuição de todos os sujeitos e, principalmente, das instituições que mesmo sem estarem diretamente ligados à escola ou ao sistema educativo, possam colaborar para o trabalho escolar (p. 47).

Assim, o estabelecimento e fortalecimento dessa rede ajudam na construção de práticas intencionalmente planejadas na direção de uma transformação pautada em ações competentes e conscientes como resposta às realidades multiproblemáticas manifestadas no ambiente escolar.

Em relação à saúde mental e ampliação do projeto da sala de espera na cidade de Teresina, a parceria Capsi-escola, por meio de palestras e orientações, é indispensável no combate ao preconceito e na formação da autonomia e auto-defesa, refletindo ainda na auto-estima das crianças e adolescentes com transtorno mental na efetivação do seu direito fundamental à educação.

Embora, na maioria das vezes, a escola priorize a mera instrução, ou preparo para o vestibular, distanciando-se da realidade social de seus sujeitos, é necessário buscar a transformação das informações em conhecimentos não só para a resolução dos problemas e desafios do dia-a-dia, mas principalmente, para que essa construção de conhecimentos desencadeie processos cognitivos e sociais muito mais complexos no desenvolvimento dos alunos e, também, dos educadores.

Em Teresina referida rede é coordenada por um grupo multiprofissional e se localiza no Centro Integrado de Educação Especial – CIES, um serviço estadual que oferece atendimento às crianças com deficiência mental, com o objetivo de inseri-las no ensino regular.

A rede atua com palestras e atenção às escolas, mediante um agendamento prévio.

Ao mesmo tempo em que o grupo conheceu o serviço, que tem uma significativa demanda reprimida, com lista de espera de 100 pessoas cadastradas, e que apresenta uma ótima infraestrutura e equipe multiprofissional capacitada para receber tais crianças e contribuir para a sua saúde e educação, também foi conhecer a Associação de Amigos dos Autistas do Piauí – AMA, que se localiza em espaço arquitetônico contíguo ao CIES. Observou-se mais uma vez que a rede sócio-assistencial existe, mas, tem muitas limitações e que o mero conhecimento de sua existência ou um “encaminhamento” burocratizado, pode colocar os usuários em situação de peregrinação, sem resolutividade para suas questões.

A perspectiva de atuação é no sentido de garantir o direito fundamental à educação das crianças e dos adolescentes com suas diferenças respeitadas. Ainda, contribuir na instrumentalização da luta das mães/pais para que esse segmento se mantenha inserido na política educacional, mesmo com suas dificuldades, pois, o direito à convivência social, a fazer parte de um grupo de mesma faixa etária, é que garante o seu aprendizado social e dos demais. Fica assim evidenciado que a concepção de educação como aquisição de capacidades permanece restrita aos conhecimentos propostos nos currículos escolares, negligenciando a importância da aprendizagem social, interativa e emotiva que caracteriza as relações e até referências de ser e do outro no mundo que são capacidades aprendidas no convívio social. A Resolução 45/91 da ONU propõe “inserir os excluídos da sociedade” num mundo para TODOS até o ano 2010, na perspectiva de eliminação de todas as formas de discriminação (WERNECK, 2003).

Ademais Guilherme Schelb procurador da República enfatiza que a escola no Brasil não ensina habilidades sociais, no geral é omissa no que se refere à violência psicológica, sobretudo à discriminação.

O contato com os docentes do ensino fundamental ocorreu com base neste conteúdo. Um texto base sobre *bullying*, conceito que remete ao comportamento do público infante juvenil prepotente e agressivo e que se dirige ao diferente, atuando ativamente através de apelidos pejorativos, humilhação, discriminação, intimidação, assédio, aterrorização, roubo e quebras de pertences (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008), intermediou o primeiro contato.

A orientação da atuação docente para que cesse a humilhação e a capacitação para auto-defesa, evitando uma superproteção prejudicial figurou como central. Fala enriquecida com exemplos de situações experimentadas pelas professoras da instituição de ensino em que crianças criaram apelidos na escola e que passaram a ser tão comuns que muitas crianças já não sabiam sequer que o apelido não era o nome verdadeiro da criança, assim como o relato de que entre os apelidos que mais facilmente eram aceitos figuravam os de caráter pejorativo e maldoso, muitas vezes até naturalizados como “normais” entre as crianças

Os docentes foram receptivos à abordagem, mostrando seu despreparo e insegurança na abordagem da questão bem como demonstraram interesse em outras atuações do grupo sobre sua saúde mental, sobretudo estresse.

Com base nas recomendações de SHELBY (2008) no sentido de:

Conscientizar os alunos para cessar a humilhação;

Orientar os alunos a estudar sobre *bullying*;

Envolver os pais dos alunos nas respostas à investidas desta natureza;

Estabelecimento de regras proibitivas e punitivas com relação a comportamento indevido, mediante medidas disciplinares.

O encaminhamento da atuação com os familiares foi desencadeado.

Este é um primeiro passo para uma atuação no território de vida das crianças e adolescentes com transtornos mentais, o que permite maior acessibilidade às e das famílias aos serviços do Capsi e vice-versa, da equipe àquelas.

Mas, a atuação em rede sócio-assistencial está apenas em seu início. Em dezembro de 2008 foi realizado um Fórum de instituições que oferecem serviços para o público infanto-juvenil da capital, para conhecimento mútuo e uma perspectiva de articulação, ação compartilhada.

Há vários recursos, alguns bem evidentes outros mais ocultos, mas, que somente se toma conhecimento ao circular entre os diferentes serviços e políticas públicas.

O trabalho com a rede sócio-assistencial não é uma exclusividade do serviço social. Encontra-se na interface com outras profissões, mas, pelo próprio *metier* do assistente social no asseguramento da cidadania dos usuários do serviço, frequentemente é o profissional que promove mediações com outras políticas públicas e instituições.

O transtorno mental tem uma origem multifatorial e sua abordagem é complexa, requerendo a ação de várias políticas públicas, até porque as famílias de baixa renda, no geral, são multiproblemáticas. Ao transtorno mental da criança é comum a pobreza, o desemprego, a exclusão de bens e serviços, o alcoolismo, o que se relaciona com os fatores de risco para tal enfermidade.

BORDIN e PAULA (2007) destacam entre os fatores de risco: 1) os fatores de estresse: chamando atenção para a pobreza, violência doméstica (filhos presenciarem agressão física perpetrada no geral pelo pai); mãe com transtorno mental; violência física e psicológica dirigida a este grupo; perdas na família e nascimentos sem a figura masculina de referência estar presente. Os problemas de saúde mental maternos ganham destaque haja vista o papel cuidador que a mulher historicamente exerce no grupo e seu papel de elo e mediação entre os diferentes componentes. Problemas relacionados à repetência escolar também se somam aos fatores de risco. Acrescenta-se ainda que atualmente venha crescendo o consumo de álcool e outras drogas em crianças em idade cada vez mais precoce.

Para atuar sobre um problema complexo, não existe resposta simples. É necessário exatamente complexificar os olhares e ângulos da matéria. O assistente social ocupa um lugar privilegiado na divisão sócio técnica do trabalho nesta direção. No Capsi de Teresina, embora os profissionais tenham uma visão crítica do serviço, encontram-se sobrecarregados com os encargos de gestão e também pela ambulatorização do serviço. A estratégia de, através do estágio supervisionado obrigatório, ampliar o leque de ações têm se mostrado efetiva.

Um dos problemas do serviço são exatamente os meios para sair de dentro de si mesmo, ou seja, meio de transporte próprio. Recentemente, pela dica de um coordenador de serviço na área de álcool e drogas soube se que a Polícia Federal poderia disponibilizar um dos carros apreendidos no combate ao tráfico, até mesmo por doação ao serviço, outro recurso que foi acionado, com uma promessa

promissora. Dessa maneira, os recursos da rede vão sendo descobertos e acionados.

Desde que os profissionais envolvidos, usuários, enfim, a população se mobilize na luta por melhores condições e que assuma a postura de ser atuante no seu meio, ao invés de esperar que oportunidades apareçam, é neste cenário que se manifesta a importância de uma formação crítica e engajada, como é a formação em Serviço Social, comprometida com a efetivação de direitos e melhoria da qualidade de vida, através de intervenções planejadas, de avaliações constantes das ações efetivadas.

Mas estes investimentos na rede sócio-assistencial permeiam a intenção de diminuir a dimensão ambulatorial do Capsi, redirecionando sobretudo a demanda oriunda do sistema educacional para os serviços que contam com psicopedagogos e psicólogos e para as clínicas escolas de psicologia da capital. Desse modo, a reorientação da demanda do serviço torna-se uma meta a ser investida pelo coletivo que o constitui. Trabalhar com um público vulnerável e que conta com uma rede precária de atenção requer uma ação compartilhada e construída coletivamente. A própria noção de vulnerabilidade impõe a contextualização da vivência pois significa

a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 2005b).

O Capsi tem que parametrizar suas ações nos princípios para uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil, no sentido de:

Dirigir-se para
crianças e adolescentes como sujeito de direito;

Acolher
universalmente toda demanda, validando-as e remetendo as
para ações compartilhadas com a rede sócio-assistencial,
quando não apresentar-se como demanda para o Capsi;

Encaminhamen
to implicado, ou seja, não se orientar pelo mero repasse da
demanda, mas acompanhar para que a mesma tenha
resolutividade;

Construção

permanente da rede, haja vista que um conjunto de instituições por si mesmo não configura uma atuação em rede, que deve ser tecida no cotidiano interventivo;

Território.

A ação do Capsi deve se orientar para fora de si mesmo, ou seja, buscar a inclusão social nos vários espaços sociais e institucionais, diversificando laços sociais e trocas;

Intersetorialidade: remeter a ação dos atores do serviço para as demais políticas públicas, buscando a integralidade das ações bem como assegurando a visão de totalidade das necessidades sociais dos usuários do serviço.

Historicamente no Brasil e, sobretudo no Piauí o Serviço Social na saúde mental cuidava do que era considerado extra-clínico, que circunscrevesse a família e a rede de serviços, para além da saúde mental. Com a reforma psiquiátrica e a própria concepção de saúde estabelecida na Constituição Federal de 1988, que centraliza o conceito nos determinantes sociais do processo saúde-doença, o social se imbrica com a clínica e cada vez mais a intervenção se dirige para o trabalho em equipe multidisciplinar. O assistente social é desafiado a investir sobre as variáveis sombra (SARACENO, 1994), ou seja, os recursos individuais da pessoa com transtorno mental (o nível de capacidade cognitiva e nível de informação; o *status* social; a condição de isolamento ou não; questões de gênero); os recursos do contexto do enfermo (a dinâmica familiar; nível de solidariedade ou hostilidade de familiares e vizinhança; *status* social da família; nível de agregação ou desagregação social do meio ambiente); os recursos do serviço assistencial (recursos materiais; organização; estilo de trabalho); os recursos do contexto do serviço de atenção (solidariedade da rede social; solidariedade ou estigma de outras organizações; qualidade e eficiência do sistema de saúde; atitudes positivas ou negativas para com as iniciativas da equipe).

Sabe-se que em saúde mental há uma intensa polêmica com relação ao Serviço Social Clínico, que orienta suas ações por perspectivas teóricas e interventivas que contrariam a direção do projeto ético político que norteia a profissão no Brasil, sobretudo a psicanálise, a teoria sistêmica e a terapia de família.

Um novo documento é proposto para balizar as ações dos assistentes sociais na saúde, sintetizado no texto denominado “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde” (CFESS, 2009).

O trabalho de educação popular em saúde é destacado entre as competências do Serviço Social e como visto na experiência acima, tal perspectiva é possível de ser implementada. Mas, o que se observa no cotidiano interventivo dos assistentes sociais em saúde mental na realidade piauiense é que ainda encontra-se distante da possibilidade de se articular com os movimentos de trabalhadores, usuários e do próprio movimento de controle social em saúde que encontra-se desarticulado e distante das discussões da reforma psiquiátrica. Têm conseguido sim, se articular às demais políticas públicas e construir algumas redes sócio-assistenciais, embora ainda incipientes. Dessa maneira, se constrói a intervenção do Serviço Social que no cotidiano ainda é exigido a assumir atividade de gestão que, no geral, impõe-se pelo seu burocratismo.

Avaliando a experiência com a “sala de espera”

Embora os aspectos positivos da experiência sejam evidentes, algumas dificuldades foram identificadas no desenrolar dos acontecimentos.

Primeiramente, o desenvolvimento da sala de espera ocorre no *hall* de entrada do Capsi, um lugar aberto. Desse modo, o barulho, a chegada de uma criança “descompensada”; o choro de uma criança, qualquer evento barulhento é produtor de desconcentração, possível tumulto e às vezes impedimento do prosseguimento do planejado no dia.

Neste diapasão, como o objetivo das pessoas na procura pelo Capsi é a consulta, quando a recepcionista do serviço chega atrasada ou quando o médico chega, as mães demonstram sua ansiedade, o tumulto ocorre, apesar do aviso repetido de que todas serão atendidas e que não precisam se preocupar.

Um outro aspecto deve se à expectativa do facilitador de que em todo encontro vai conseguir disparar a participação, que ocorre espontaneamente. Como o público é heterogêneo e a dinâmica do serviço muito variada, há dias em que a participação idealizada não ocorre. Dessa maneira, o facilitador tem que aprender a lidar com a frustração de um ideal não alcançado. Neste sentido ainda, o facilitador é exigido a ter “jogo de cintura” para lidar com parte de

um público adulto que, algumas vezes sinaliza que têm transtorno mental, problemas de auto-estima ou vêm de uma cultura de violência psicológica, que nem sequer reconhece como tal. Então, às vezes o facilitador se depara com preconceitos da parte de mães, avós, cuidadores leigos familiares, que vêem a criança, como “o cão”; “é danado mesmo, não tem jeito!”; “dá muito trabalho”. Ou seja, a criança ganha visibilidade apenas negativa para alguns familiares, o que não deixa de ser uma forma de violência psicológica. O manejo de tal violência num coletivo e de curto espaço de tempo exige muita criatividade, raciocínio rápido e amadurecimento do facilitador. Em uma situação, nem mesmo a comparação positiva de uma outra mãe com vivência similar, mas com desfecho positivo, com mudança no comportamento da filha, conseguiu alterar a visão de uma cuidadora que se referia a criança como “é briguenta! É danada” Dá muito trabalho”.

Aliás a própria sala de espera, pela sua própria natureza é concebida como um momento efêmero e único, pois, seu público é heterogêneo e rotativo. Dessa maneira, inicialmente o grupo de facilitadores não se preocupou com a repetição dos temas, pois a idéia inicial era “a cada encontro, um novo grupo de pessoas”. Desse modo, a “repetição” de um tema seria algo de incomodo para o facilitador e não para o público alvo. Mas, com o passar do tempo e a continuidade dos encontros em dias pré-estabelecidos e a cada encontro avisado, têm se observado que o contato das pessoas não se encerra em uma única consulta. Há pessoas que são usuárias frequentes dos Capsi e não só, passaram a ter mais uma motivação para buscar o Capsi, os encontros na Sala de Espera, não só pelo espaço-tempo-atividade, mas, também pelos laços afetivos que construíram com as facilitadoras. O desafio então, passou a ser, como tratar o mesmo tema, mas com outros ângulos de abordagem? A criatividade então está constantemente desafiada.

Mais um aspecto positivo da Sala de Espera remete ao uso das estórias infantis como ferramentas de abordagem de temas. As próprias crianças prestam mais atenção e contribuem com o debate, embora demonstrem “vergonha/timidez” ao serem instadas a falar em público.

A Sala de espera tem se mostrado como um espaço-tempo de incremento na participação dos usuários do Capsi, que aproveitam para tirar suas dúvidas, que nem sempre estão diretamente ligadas aos temas abordados, mas, como percebem as facilitadoras

próximas e disponíveis, aproveitam para ter um “espaço de escuta”, interlocução. Dessa maneira, é propiciado ainda um momento para os familiares cuidadores refletirem, questionarem; reconstruir visões de mundo, conceitos e conhecimentos. Um momento onde são acolhidas, compreendidas em suas dificuldades e onde a complexidade do viver e do cuidar é reconstituído.

Considerações finais

Na experiência em tela espera-se ter dado visibilidade às possibilidades de aproximação entre a docência e a assistência, a partir da sistematização da experiência de estágio curricular obrigatório e de iniciação científica.

Construir um conhecimento engajado tem mostrado ser um trabalho incansável e sempre contínuo no esforço de otimizar recursos e potencializar ações.

As ações orientadas para a educação em saúde e, consequentemente educação popular tem se mostrado promissoras, no sentido de fortalecer o poder parental e a instrumentalização dos genitores para a luta pela garantia de inserção nas diferentes políticas públicas, em particular, a política educacional.

É significativa a tendência, e não só, a pressão invisível, dos genitores em retirar seus filhos com transtornos mentais do sistema educacional, haja vista que há uma perspectiva de culpabilização das famílias pelo próprio “fracasso” das crianças. Paradoxalmente, é freqüente os próprios familiares também se culparem por terem filhos “com defeito”. É impressionante a reação dos mesmos quando ouvem que ninguém tem culpa pela existência do transtorno mental. Desinvestir do sentimento de culpa têm se mostrado um caminho promissor para articular novas parcerias com os grupos familiares. Também, propiciar formas de cuidar do cuidador, possibilitando momentos de conhecimento permeados pela dimensão lúdica igualmente constituem estratégias de fortalecimento de aliança. Os familiares cuidadores quando se sentem compreendidos, se abrem para a ação conjunta.

Não há uma receita pronta para a intervenção, esta se constrói no ensaio e erro, embora balizada por alguns princípios éticos e diretrizes da política voltada ao público infante juvenil.

Neste sentido, espera se estar contribuindo para uma intervenção do Serviço Social mais consequente e produtora de novas possibilidades de saúde e garantia de inclusão social, numa

perspectiva de construção de uma sociedade onde todos tenham seus direitos assegurados, apesar do traço em comum que persegue a todos, a diferença, forjada nas singularidades próprias do ser humano. Esta experiência sinaliza que a luta pela incorporação de novos sujeitos ao usufruto de direitos de cidadania implica em uma incansável luta contra o estigma e a discriminação. A discriminação sofrida na infância é aquela que mais marca o ser humano, pois, a criança e o adolescente, como seres em processo de desenvolvimento não detêm as condições necessárias para assegurar suas habilidades sociais nas interações vividas de discriminação. Contribuir para uma sociedade inclusiva é combater todas as formas de discriminação, onde quer que elas se apresentem e, sobretudo instrumentalizar os educadores, docentes e genitores para oferecer outras respostas sociais que desconstruam a cultura segregadora.

ROSA, L. C. S. Trainee programs in social work in mental health: challenges for university-social work actions: an experiment in Capsi. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v.17, n. 2, p.251-280.

ABSTRACT: The article aims to systematize the experience of mandatory trainee program and scientific initiation at Dr. Martinelli Cavalca's Center for Children's Psychosocial Care, located in Teresina, Piauí. We discuss the possibilities for teacher integration by means of social work practices focused on health education actions. The products of this practice have led to an expansion of the interventions towards more and more articulated actions in social networks, both in the intersectors and in the territory where the person with the mental disorder lives and where fighting the stigma is made possible.

KEYWORDS: Mental Health; Public Health; Psychiatric Reform; Social Work in health.

Referências

BORDIN, Isabel Altenfelder Santos; PAULA, Cristiane Silvestre. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. p. 101-117. IN: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F; KOHN, R. (Org.) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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

_____. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007.

CFESS. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde* (versão preliminar). Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009.

CHAVES, Ana C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (Supl I): 21-2.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: CAMPOS, A. M.; Lima, N. L. (Org.). *A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento*. Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. BH: Autêntica, 2003, 191-198.

HOFFMAN, Maria Cristina Correa Lopes; SANTOS, Darci Neves; MOTA, Eduardo Luis Andrade. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil. In: *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3): 633-642, mar. 2008.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2006.

MARINHO-ARAÚJO, Claisy Maria. A escola como espaço de transformações sociais e individuais. In: *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas/Secretaria Nacional Antidrogas*. Ministério da Educação. Universidade de Brasília. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006. p 44-55.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDONÇA, Eliana Azevedo Pereira. Grupos de sala de espera na saúde: sobre o que atuar. P.109-130. In: *Em pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*. n. 10, Rio de Janeiro: UERJ, 1997.

PESCE, R.P; ASSIS, S.G; AVANCI, J. Q. *Agressividade em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. *Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica*. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2007.

ROSA, L.C.S; COSTA, M.E; BASTOS, R.C.S. (Org.) *Capsi – reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Dr. Martinelli Cavalca*. Teresina: EDUFPI, 2008.

SCHELB, G. *Segredos da violência: estratégias para a solução e prevenção de conflitos com crianças e adolescentes*. Brasília: Thesaurus, 2008.

WERNECK, C. *Você é gente? O direito de nunca ser questionado sobre o seu valor humano*. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

Artigo recebido em 11/2008. Aprovado em 01/2009.