



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS – PPGPP**

SOFIA LAURENTINO BARBOSA PEREIRA

**INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ARTICULAÇÕES TECIDAS PELOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NAS REDES INTERSETORIAIS**

**TERESINA
2018**

SOFIA LAURENTINO BARBOSA PEREIRA

**INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ARTICULAÇÕES TECIDAS PELOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NAS REDES INTERSETORIAIS**

Tese de doutorado apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Simone de Jesus Guimarães

**TERESINA
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras

Serviço de Processamento Técnico

P436i Pereira, Sofia Laurentino Barbosa.

Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais / Sofia Laurentino Barbosa Pereira. – 2018.

292 f. : il.

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães.

SOFIA LAURENTINO BARBOSA PEREIRA

**INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
UMA ANÁLISE A PARTIR DAS ARTICULAÇÕES TECIDAS PELOS/AS ASSISTENTES
SOCIAIS NAS REDES INTERSETORIAIS**

Tese de doutorado apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Simone de Jesus Guimarães

TERESINA, PI 06/11/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães
(Orientadora)

Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa – UFPI
1^a Avaliadora - Interna

Profa. Dra. Rita de Cássia Cronemberger Sobral – UFPI
2^a Avaliadora - Interna

Profa. Dra. Elaine Ferreira do Nascimento – FIOCRUZ
1^a Avaliadora - Externa

Profa. Dra. Izabel Herika Matias Cronemberger - UNIFSA
2^a Avaliadora – Externa

AGRADECIMENTOS

- *Quem está nas trincheiras ao teu lado?*

- *E isso importa?*

- *Mais do que a própria guerra.*

(Ernest Hemingway)

A todos e todas que estiveram ao meu lado nas trincheiras da vida, e sem os/as quais não seria possível – e nem faria sentido – galgar essa vitória, eis o momento de expressar minha gratidão.

Minhas primeiras palavras de agradecimento não poderiam ser direcionadas a mais ninguém, senão a Deus. Obrigada, Senhor, por iluminar todos os meus passos e minhas escolhas, abençoando-me com uma vida repleta de tanto amor.

Às pessoas mais importantes da minha vida, meus pais: Pedro e Rosângela, que são minha fortaleza, meu porto seguro, minha fonte de inspiração e minha única certeza em todos os momentos. Obrigada por todos os valores que vocês me passaram, permitindo que eu me tornasse quem sou hoje.

Agradeço também ao meu irmão, Pedro Ernesto, pelas raízes que compartilhamos e pelo amor incondicional que temos um pelo outro. À minha cunhada, Valéria, obrigada pela torcida e estímulo nessa trajetória. E aos meus sobrinhos, João Pedro e Lucas – que está chegando – por toda alegria e amor que vocês nos dão.

Ao Samuel, meu companheiro, amor e melhor amigo, que acompanhou os percalços dessa e de outras travessias que ousei traçar, sonhando comigo esse e tantos outros sonhos. Obrigada pela paciência, companheirismo e amor.

À minha família Pereira e Barbosa, aos tios e primos que vibraram com cada conquista e estiveram sempre na torcida. Em especial, a Bia, Mariana, Samara, minhas primas-irmãs que a vida me deu e que estão ao meu lado nos momentos mais importantes. Deus foi muito maravilhoso ao ter me dado uma família tão incrível.

À minha orientadora, Professora Doutora Simone de Jesus Guimarães, que esteve presente em toda minha trajetória acadêmica, desde a graduação, no mestrado e no doutorado, por ser um exemplo de compromisso, competência e amor à profissão. É com muito orgulho que digo que muito do que eu sou hoje, como assistente social e pesquisadora, aprendi com a senhora. Obrigada, sobretudo pelo apoio e pela compreensão nesta reta final.

À Professora Doutora Lúcia Rosa, pessoa a quem tenho profunda admiração e carinho. Muito obrigada por ter despertado minha paixão pelo tema da saúde mental, ainda na graduação, e me inspirado a seguir a trajetória de pesquisadora na área.

À Universidade Federal do Piauí, minha casa desde 2008, onde eu descobri minha paixão pelo conhecimento e pelo Serviço Social, permitindo que eu trilhasse um caminho de tantas descobertas acadêmicas, profissionais e pessoais. Sobretudo a todos os docentes e servidores do departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Gratidão aos meus eternos mestres por todo o aprendizado ao longo dessa trajetória.

Aos colegas do mestrado, doutorado e a todos os discentes do PPGPP, pelas angústias e felicidades compartilhadas. Em especial, à Ellayne, amiga, conselheira e cúmplice nessa trajetória; e Izabel Herika, pelo incentivo e contribuição nesta e em outras batalhas.

Também agradeço a minha turma da graduação, em particular à Rafaella e à Nájilar, que tanto contribuíram na minha construção enquanto assistente social, nos meus primeiros passos dentro da UFPI, e cujos laços de amizade permanecem, independentes da distância.

Um agradecimento muito especial aos sujeitos desta pesquisa: assistentes sociais, usuários, representantes da gestão da Política de Saúde Mental do Estado e do Município e membros da Âncora que, tão gentil e pacientemente, aceitaram participar deste estudo, permitindo que esta tese fosse possível.

Aos companheiros de docência e alunos que me acompanharam neste percurso, possibilitando que eu me encontrasse na carreira acadêmica e pudesse trilhar esse caminho com tanta certeza, dedicação e paixão.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida nos meses finais de conclusão desta tese.

Às minhas amigas-irmãs, Raíssa e Tiara, que são minhas âncoras nas diversas situações vividas, e que eu sei que, não importa o que aconteça, estarão ao meu lado nos momentos mais importantes. Obrigada pela amizade incondicional.

Já dizia Gonzaguinha, “toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”. E eu sou assim: uma mistura de tanta gente que passou pelo meu caminho e deixou sua marca. Essa jornada não foi trilhada sozinha e, por isso, eu expresso a mais profunda gratidão a todos que contribuíram e permitiram que esse ciclo fosse concluído. Agora é hora de sonhar outros sonhos.

“Apenas quando somos instruídos pela realidade que podemos mudá-la”.

(Bertolt Brecht)

RESUMO

A presente tese tem como objeto de estudo a intersetorialidade na Política de Saúde Mental, analisada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, através das articulações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais entre a Rede de Atenção Psicossocial, a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares, no cenário empírico da Zona Sul de Teresina-PI, na atualidade. É uma investigação de abordagem qualitativa, realizada a partir de intensa revisão bibliográfica, pesquisa de campo e documental. A pesquisa empírica privilegiou serviços que compõem a RAPS, a rede socioassistencial e as redes sociais informais do território Sul de Teresina-PI, envolvendo uma amostra de 12 cenários, sendo 08 da Política de Saúde (CAPS II Sul, CAPS III, SRT Sul, NASF Sul, MDER, HAA e Gerências de Saúde Mental do Estado e do Município), 03 da Política de Assistência Social (CREAS Sul, CRAS II e III) e 1 integrante da rede social informal (Associação Âncora), tendo como participantes do estudo 12 assistentes sociais, 15 usuários, 2 gestores e 2 membros da Âncora. A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação com registro em diário de campo. Os resultados da pesquisa apontam que a intersetorialidade está prevista, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da Política de Saúde Mental, assim como das demais políticas da Seguridade Social, todavia, a implementação de ações de cunho intersetorial ainda é um desafio na realidade investigada. Constatou-se que as pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares apresentam demandas concretas aos assistentes sociais, que envolvem a articulação entre diferentes setores, sobretudo relacionadas às suas precárias condições de vida, que afetam o processo saúde-doença. Entretanto, no geral, o trabalho intersetorial ocorre mais no espaço da micropolítica e, ainda assim, é limitado, voltado para a realização de encaminhamentos, orientações e ações de alguns profissionais. Apesar da existência de algumas iniciativas importantes que vêm contribuindo para a integração entre diversos serviços e profissionais de um mesmo território, como é o caso das ações de matriciamento e do projeto “Rede, Instituições e Articulações” (RIA), ainda é necessário avançar na incorporação da intersetorialidade como diretriz estratégica do planejamento e execução da Política de Saúde Mental de Teresina, exigindo negociação, pactuação, cooperação e compromisso por parte dos gestores, profissionais e demais sujeitos sociais envolvidos.

Palavras-chave: Intersetorialidade; Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Rede Socioassistencial; Assistente Social.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to study the intersectoriality in the Mental Health Policy, analyzed from the perspective of the Psychiatric Reform, through the articulations developed by the social workers between the Psychosocial Care Network, the social assistance network and the informal social networks of people with mental disorders and/or family, in the empirical scenario of the Southern Zone of Teresina-PI at the present time. It is a research of qualitative approach, carried out from intense bibliographical revision, fielder search and documentary. Empirical research focused on services that makeup the RAPS, the social assistance network and the informal social networks of the Teresina-PI Southern Territory, involving a sample of 12 scenarios, including 08 of the Health Policy (CAPS II South, CAPS III, SRT Sul, NASF Sul, MDER, HAA and Mental Health Management of the State and Municipality), 03 of the Social Assistance Policy (CREAS Sul, CRAS II and III) and 1 member of the informal social network (Associação Âncora). The participants included 12 social workers, 15 users, 2 managers and 2 members of Âncora. The data collection took place through semi-structured interviews, Focal Group and observation with recording in field diary. The results of the research indicate that the integration between Mental Health Policy and other social policies is essential for the joint confrontation of the problems that permeate the precarious living conditions of people with mental disorders and their families, which affect the process of health-disease. In this way, intersectoriality is foreseen, directly or indirectly, in laws, ordinances and documents of Mental Health Policy, as well as other Social Security policies. It was found that the RAPS users present concrete demands to the social workers that involve the articulation between different sectors, however, in general, intersectoral work occurs more in the micropoliticals pace and, never the less, it is limited, focused mainly for the accomplishment of referrals, orientations and actions of some professionals. In spite of the existence of some important initiatives that have contributed to the integration between several services and professionals in the same territory, such as matriciamento actions and the Network, Institutions and Joints (RIA) project, it was possible to conclude that it is necessary to move forward in the incorporation of intersectoriality as a strategic guideline for the planning and execution of the Teresina Mental Health Policy.

Keywords: Intersectoriality; Mental health; Psychosocial Attention Network; Social Network; Social service.

RESUMEN

La presente tesis tiene como objeto de estudio la intersectorialidad en la Política de Salud Mental, analizada en la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica, a través de las articulaciones desarrolladas por los asistentes sociales entre la Red de Atención Psicosocial, la red socioasistencial y las redes sociales informales de personas con trastornos mentales y/o familiares, en el escenario empírico de la Zona Sur de Teresina-PI en la actualidad. Es una investigación de abordaje cualitativo, realizada a partir de revisión bibliográfica, investigación de campo y documental. La investigación empírica privilegió servicios que componen la RAPS, la red socio-asistencial y las redes sociales informales del territorio sur de Teresina-PI, involucrando una muestra de 12 escenarios, siendo 08 de la Política de Salud (CAPS II, CAPS III, SRT, NASF, MDER, HAA y gestores de Salud Mental del Estado y del Municipio), 03 de la política de asistencia Social (CREAS Sur, CRAS II y III) y un miembro de la red informal (Asociación Âncora), con los participantes en el estudio 12 asistentes sociales, 15 usuarios, 2 gestores y 2 miembros del Âncora. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas, Grupo Focal y observación con registro em diario de campo. Los resultados de la investigación apuntan que la integración entre la Política de Salud Mental y las demás políticas sociales es esencial para que haya el enfrentamiento conjunto de las problemáticas que permean las precarias condiciones de vida de las personas con trastornos mentales y sus familiares que afectan el proceso de salud y la enfermedad. De esta manera, la intersectorialidade stá prevista, directa o indirectamente, en legislaciones, decretos y documentos de la Política de Salud Mental, así como de las demás políticas de la Seguridad Social. Se constató que los usuarios de la RAPS presentan demandas concretas a los asistentes sociales que involucran la articulación entre diferentes sectores, sin embargo, en general, el trabajo intersectorial ocurre más en el espacio de la micropolítica y, sin embargo, es limitado, orientado sobretudo para la realización de encaminamientos ,orientaciones y acciones de algunos profesionales. A pesar de la existencia de algunas iniciativas importantes que vienen contribuyendo a la integración entre diversos servicios y profesionales de un mismo territorio, como es el caso de las acciones de matriciación y del proyecto "Red, Instituciones y Articulaciones" (RIA), fue posible concluir que aún es necesario avanzaren la incorporación de la intersectorialidad como directrize estrategia de la planificación y ejecución de la Política de Salud Mental de Teresina.

Palabras clave: Intersectorialidad; Salud mental; Red de Atención Psicosocial; Red Socialista; Servicio social.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Rede de atenção à saúde mental para o Ministério da Saúde.....	116
FIGURA 2	Programação do III Fórum Antimanicomial do Território Sul.....	214

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Expansão dos CAPS no Brasil de 1998 a 2015.....	99
GRÁFICO 2	Evolução da quantidade de usuários do CAPS II Sul.....	160

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Cenários e sujeitos da pesquisa.....	26
QUADRO 2	Categorias mais utilizadas para discutir a intersectorialidade.....	45
QUADRO 3	Projetos em disputa na saúde.....	74
QUADRO 4	Tipos de CAPS.....	97
QUADRO 5	Componentes da RAPS e pontos de atenção.....	103
QUADRO 6	Pontos de atenção da RAPS em Teresina-PI.....	124
QUADRO 7	Serviços do SUS e SUAS na Zona Sul de Teresina-PI.....	158
QUADRO 8	Perfil dos assistentes sociais participantes da pesquisa.....	164
QUADRO 9	Setores e serviços que se articulam com a RAPS de Teresina.....	171

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACEP	Associação dos Cegos do Piauí
ALASS	Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde
APADA	Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos
BPC	Benefício de Proteção Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDROGAS	Coordenadoria Estadual de Enfrentamento a Drogas
CEIR	Centro Integrado de Reabilitação
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIST	Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselhos Municipais de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CR	Consultórios na Rua
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
ECR	Equipes de Consultórios na Rua
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
ESF	Equipes de Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GASM	Gerência de Atenção à Saúde Mental
GCERAPS	Grupo Condutor Estadual da RAPS
HAA	Hospital Areolino de Abreu
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MRP	Movimento de Reforma Psiquiátrica
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde

PAIF	Programa de Atenção Integral a Família
PEP	Projeto Ético-Político do Serviço Social
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPGPP	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIA	Rede, Instituições e Articulações
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASC	Secretaria de Assistência Social e Cidadania
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEDUC	Secretaria de Estado da Educação
SEID	Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência
SEMCASPI	Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas
SESAPI	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
SETRE	Secretaria do Trabalho e Empreendedorismo
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SHR	Serviços Hospitalares de Referência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	34
2.1 Reflexões sobre as políticas sociais: contradições e possibilidades	34
2.2 Abordagens sobre a intersectorialidade nas políticas sociais	40
2.3 Diálogos sobre redes: interpretações, perspectivas e desafios	56
3 A INTERSETORIALIDADE NA SEGURIDADE SOCIAL: a política de saúde e assistência social em foco	64
3.1 A intersectorialidade na Política de Saúde e seus desafios no âmbito do SUS	64
3.2 A intersectorialidade na Política de Assistência social e a rede socioassistencial	79
4 A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: desconstruindo os muros manicomiais e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial	92
4.1 A intersectorialidade na Política de Saúde Mental no Brasil: trajetória e desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica	92
4.2 Panorama da Política de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial no cenário do Piauí e de Teresina	121
5 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA ARTICULAÇÃO DAS REDES INTERSETORIAIS	137
5.1 Provoações sobre o Serviço Social nas políticas sociais	137
5.2 A atuação do/a assistente social na política de saúde mental e na articulação das redes intersectoriais: tecendo caminhos entre as políticas sociais	147
6 A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE TERESINA: análise da experiência das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais entre Rede de Atenção Psicossocial, rede socioassistencial e redes sociais informais	157
6.1 Contextualização dos cenários e participantes da pesquisa	157
6.2 A intersectorialidade na Política de Saúde Mental na Zona Sul de Teresina: análises a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais	165
6.2.1 O perfil dos usuários da RAPS e as demandas de natureza intersectorial	166
6.2.2 Respostas, articulações e estratégias para viabilizar o atendimento às demandas intersectoriais	194
6.2.3 Limites e possibilidades para a implementação da intersectorialidade	232
CONSIDERAÇÕES FINAIS	248
REFERÊNCIAS	254
APÊNDICES	277
ANEXOS	289

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde, o debate sobre a intersetorialidade remonta à trajetória em torno da promoção de saúde, que apreende a determinação social do processo saúde/doença. Isto, pois, ao trazer uma concepção ampla de saúde, decorrente de fatores que vão além dos aspectos biológicos, a sua conquista extrapola a própria política de saúde, sendo necessária uma atuação intersetorial ampla, dirigida ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população.

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a intersetorialidade é incentivada através da criação de redes de atenção e cuidado à saúde, que tomam forma através de portarias, legislações e decretos governamentais. Apesar da reconhecida necessidade de a Política de Saúde ser pautada em uma lógica intersetorial, contudo, o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações entre a saúde e as diversas políticas sociais ainda aparece como um desafio para os/as trabalhadores/as e gestores/as, principalmente no cenário atual de intensificação das estratégias do neoliberalismo no país.

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersetorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental de base comunitária assumem um papel estratégico, assim como outros sujeitos sociais também ganham espaço neste processo de cuidado e busca pela (re)inserção social do “louco” nas políticas públicas na sociedade, como a família, a comunidade, os movimentos sociais, os grupos de apoio e demais recursos disponíveis nos territórios. Nessa direção, a construção de uma rede de assistência à saúde mental pautada na intersetorialidade, articulando-se com outras políticas e sujeitos individuais e coletivos, passa a ser uma exigência, na medida em que a Reforma Psiquiátrica não pode acontecer restrita aos serviços de saúde mental, pois tem uma dimensão de transformação sociocultural.

Compreendendo isso, a presente tese tem como **objeto de estudo** a intersetorialidade na política de saúde mental, analisada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, através das articulações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais entre a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS), a rede socioassistencial¹ e as redes sociais informais² de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares, no cenário empírico da Zona Sul de Teresina-PI na atualidade.

O contato inicial da pesquisadora com o tema da saúde mental surgiu ainda na graduação, através da experiência de estágio curricular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Teresina. Desde então, vem se debruçando sobre as diversas facetas que entrelaçam a temática, fruto de constantes estudos, como no trabalho monográfico de conclusão de curso de bacharelado em Serviço Social na Universidade Federal do Piauí (UFPI); na dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) também da UFPI; e em livros³, artigos e capítulos publicados, que perpassam diversos aspectos relativos à saúde mental, principalmente relacionados ao trabalho do/a assistente social nesse campo. Além disso, a pesquisadora procura estar sempre em contato com o tema em congressos, fóruns e eventos em âmbito nacional, regional e local.

O interesse e a motivação para refletir sobre os enredamentos que permeiam a política de saúde mental e, especificamente, a contribuição do/a assistente social nessa área, fazem parte do próprio amadurecimento intelectual da pesquisadora que quanto mais mergulha na busca por sua compreensão, mais se dá conta da natureza infundável desse.

A respeito da intersetorialidade, essa categoria teórico-prática despertou inquietação a partir dos resultados da dissertação de mestrado da autora⁴, realizada em 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Teresina, em que foi possível concluir que um dos grandes desafios para o avanço da Reforma Psiquiátrica nesta realidade envolve a dificuldade de realização de

¹ A implementação da política de assistência social no Brasil é materializada mediante a denominada **rede socioassistencial** que, segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS-2005): “é um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social” (BRASIL, 2005a, p. 94).

² As **redes informais** são entendidas aqui como recursos sociais oferecidos pela comunidade, como grupos de apoio e suporte mútuo a usuários e familiares, associações, movimentos sociais, dentre outros, considerados como estratégicos para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais na sociedade, pois possibilitam o sentimento de pertencimento a sua comunidade, fortalecem o seu protagonismo e potencializam a transformação sociocultural do espaço assumido pela “loucura” e pelo “louco” no território. A escolha pelo termo “informal” se deu pelo fato de serem redes organizadas pela própria sociedade, sem a presença formal do Estado.

³ Na trajetória desta pesquisadora em torno do estudo da Política de Saúde Mental, cabe destacar a organização do livro “A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS”, em conjunto com outras três pesquisadoras do tema no Estado, publicado no ano de 2017 pela Editora da Universidade Federal do Piauí (EDUFPI). A obra conta com 24 artigos de profissionais, gestores e pesquisadores da política de saúde mental do Estado, tendo como objetivo reunir análises e relatos de experiências a partir do desenho local da produção da RAPS.

⁴ A dissertação, intitulada “O processo de trabalho do assistente social na Saúde Mental: um estudo nos CAPS II de Teresina”, concluída no ano de 2015, no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI, e teve como objetivo analisar o processo de trabalho do assistente social na saúde mental, verificando seus limites e possibilidades, na perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social e da Reforma Psiquiátrica, no cenário de 04 CAPS II de Teresina, na atualidade, tendo como sujeitos da pesquisa 8 (oito) assistentes sociais que atuavam nessas instituições. A mesma foi publicada em forma de livro pela EDUFPI no ano de 2017, sob o título “O processo de trabalho do Serviço Social na Saúde Mental” (PEREIRA, 2017).

ações intersetoriais com outros serviços, políticas e recursos sóciocomunitários. Os participantes da investigação – que eram os/as assistentes sociais que trabalhavam nestas instituições – atribuíram essa dificuldade à incipiência e à fragilidade da rede de atenção/cuidado a pessoa com transtorno mental do município, através da qual surgiram novos questionamentos, que exigiram a continuidade e o aprofundamento da investigação.

Apesar de os CAPS serem considerados o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2004a), eles devem estar em constante articulação com outros serviços, políticas e sujeitos sociais. E é com base nisso que inúmeros estudos vêm apontando como um dos graves obstáculos desses serviços, atualmente, a sua centralização em si mesmos, com pouca abertura para o território⁵, o que significa que esses têm dificuldade de dialogar e interagir com outros serviços e setores da sociedade, levando à longa permanência, ou mesmo dependência, do indivíduo ao serviço. A isso, Lancetti (2008) denomina de “CAPS burocrático”; já Queiroz (2006) afirma levar a uma “CAPS-dependência”; Cardoso (2016) qualifica como um modelo “capscêntrico”; e Amarante e Torre (2010) alegam configurar uma “CAPScização” do modelo assistencial.

Dessa forma, fez-se necessário refletir sobre qual Reforma Psiquiátrica está se colocando em prática no cotidiano desses serviços, na medida em que a desinstitucionalização deve ir além da desospitalização, como defende Amarante (1996). Ou seja, mais do que a retirada do indivíduo da internação do hospital psiquiátrico, exige uma transformação no campo do saber e das instituições em torno da “loucura”, possibilitando a reconstrução da relação entre as pessoas, quer sejam técnicos, usuários, família e a própria comunidade, reedificando o próprio ambiente sociocultural do território para os ditos “loucos”, de forma a possibilitar seu acesso à cidadania.

Esse viés foi destacado pelos/as assistentes sociais dos CAPS de Teresina, sujeitos da investigação de mestrado desta pesquisadora, no período de realização de pesquisa, no ano de 2014, que afirmaram que em alguns desses cenários não ocorreu, de fato, uma desinstitucionalização, mas apenas uma transferência: antes o usuário era institucionalizado no hospital psiquiátrico e agora passa a ser nos Centros de Atenção Psicossocial.

Nessa direção, Yasui (2006, p. 63) afirma ser necessário “desinstitucionalizar a Reforma Psiquiátrica”, sob o risco de se reproduzir “mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas”. E essa concepção também foi alertada por profissionais dos CAPS de Teresina, que

⁵ O território é entendido aqui “não apenas como uma região geográfica ou uma área de planejamento ou administrativa, decorrente da regionalização ou distritalização de uma cidade; é o conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais que atuam em um determinado contexto histórico” (AMARANTE, 2017, p. 26).

advertiram sobre o risco desses serviços se transformarem em “miniareolinos”, fazendo referência ao tradicional Hospital Psiquiátrico piauiense, chamado Areolino de Abreu⁶.

Os profissionais que participaram da pesquisa de mestrado foram unânimes ao apontarem como um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica atual a articulação dos serviços com a rede disponível nos territórios. Além disso, destacaram a dificuldade de inserir os sujeitos com transtornos mentais em outros serviços, identificada principalmente pela carga de preconceito e estigma que ainda prevalece na sociedade em geral frente ao “louco”, visto, muitas vezes, como perigoso e/ou incapaz.

Compreende-se, portanto, que o fortalecimento da intersetorialidade e do trabalho em rede tem impactos na consolidação dos princípios reformistas, que demandam a criação de uma trama de possibilidades para a pessoa com transtorno mental conquistar sua autonomia dentro do seu território, exercitando sua cidadania, de forma a não ficar limitada dentro de um único serviço.

Considerando a necessidade de o SUS oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, é instituída, pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS deve articular e integrar os pontos de atenção das redes de saúde no território, envolvendo tanto os equipamentos de saúde quanto a sociedade, de forma a fortalecer as ações intersetoriais e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais.

No entanto, a proposta de organização das políticas, serviços e ações no formato de redes não supõe, automaticamente, a intersetorialidade. Por isso, é necessária uma maior compreensão, para além do que está proposto nos decretos e normativas governamentais, sobre como está ocorrendo, na “prática”, a intersetorialidade, sobre os limites e perspectivas para atuação em rede no âmbito da política de saúde mental brasileira, bem como refletir acerca das possibilidades concretas de articulação com as demais políticas sociais.

⁶ O Hospital Areolino de Abreu foi o primeiro hospital psiquiátrico do Piauí, inaugurado em 1907 com o nome de Asilo dos Alienados, e somente recebendo a denominação atual em 1941. Durante muitos anos prevaleceu como a única instituição voltada para a assistência de pessoas com transtornos mentais no Estado e, atualmente, mesmo com a criação e expansão de serviços comunitários de saúde mental em diversos municípios piauienses, o HAA permanece como um serviço de extrema importância, sobretudo no atendimento a pessoas em situação de crise aguda (PEREIRA, 2017).

É importante enfatizar que este estudo adota uma concepção ampliada de rede que não se limita à articulação entre serviços no interior da RAPS, mas entre os sujeitos sociais que constroem e fazem parte dessa rede – sejam profissionais, gestores, usuários e/ou familiares. O que significa pensar a política de saúde mental a partir da relação recíproca e dialética entre Estado e sociedade e que, portanto, conforme pontuam Gonçalves e Guará (2010), exige a participação tanto de atores internos a ela – seus trabalhadores e gestores – como atores externos – como segmentos organizados da sociedade civil e movimentos sociais. Implica, também, em refletir sobre o protagonismo assumido pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares nesse processo, no qual as associações, os grupos sociais e os movimentos sociais assumem um papel importante no incentivo à participação social, ao empoderamento e à autonomia desses sujeitos, os quais também são objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesses termos, este estudo buscou refletir sobre a materialização da intersectorialidade na política de saúde mental a partir das articulações entre três redes diferentes: a rede de atenção psicossocial, a rede socioassistencial e as redes sociais informais. As duas primeiras representando serviços, profissionais, gestores e usuários do SUS e SUAS, respectivamente, e a segunda representando organizações da sociedade civil compostas por pessoas com transtornos mentais, familiares e/ou interessados na causa da saúde mental. Tal análise teve como ponto de partida a atuação do/a assistente social e as articulações, encaminhamentos e mediações de cunho intersectorial realizadas por esse/a profissional nesses espaços.

Nesse sentido, este estudo teve como **problemática central**: como se materializa a intersectorialidade na Política de Saúde Mental, a partir das articulações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais entre a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares na Zona Sul de Teresina-PI na atualidade?

Destaca-se que existem alguns estudos⁷ sobre a temática da intersectorialidade, da rede ou mesmo sobre a territorialização e/ou regionalização na Política de Saúde Mental, no entanto, em sua maioria, tais investigações tomam como ponto de partida as articulações realizadas no interior dos serviços dessa política pública, ou, no máximo, investigam sobre as conexões entre a saúde mental e outros serviços do SUS – principalmente na sua interface com a atenção básica. Deste modo, tais pesquisas exploram um prisma muito mais intrasectorial do que intersectorial de fato, na medida em que os estudos são realizados no interior de serviços de uma mesma

⁷ No site do *scielo* foram encontradas 120 publicações com o descritor “intersectorialidade”, no entanto, desse total, somente 9 estudos tratam da saúde mental, e apenas 1 faz uma análise da articulação da política de saúde mental com a assistência social, segundo levantamento feito por esta pesquisadora (ver quadro A1 no Apêndice A).

política social, que é a saúde. Por isso, reafirma-se a “necessidade de pesquisas que vão além dos serviços especializados e do setor saúde, incorporando a análise dessas redes de forma ampliada” (COSTA et al., 2015, p. 246), na qual esta investigação propõe analisar tanto as articulações intrasetoriais – em diferentes serviços e sujeitos sociais no interior da RAPS – quanto intersetoriais – entre políticas sociais e sujeitos sociais diversificados, com ênfase na assistência social.

No cenário nacional, conforme afirmam alguns pesquisadores (MIOTO; SCHUTZ, 2011; MONNERAT; SOUZA, 2011), as Políticas de Saúde e de Assistência Social são as que mais tem se destacado nos últimos anos, por buscarem incorporar a intersectorialidade em suas agendas, sobretudo do ponto de vista legal-normativo. Tanto as legislações do SUS quanto as do SUAS reconhecem a necessária complementaridade entre os serviços das diversas políticas sociais, apresentando princípios e objetivos comuns, como a demanda por uma gestão pública descentralizada, regionalizada, territorializada, hierarquizada, participativa e com serviços organizados no formato de redes.

Ademais, saúde e assistência social compõem, juntamente com a previdência social, o tripé da Seguridade Social; entretanto, ainda persiste uma forte desarticulação entre elas, o que aponta para a urgência da busca pela construção da intersectorialidade, de forma a oferecer uma proteção social integral à população, na perspectiva da efetivação dos direitos sociais, conforme preconiza a Carta Magna.

Cabe ressaltar que não foi encontrado nenhum estudo, em nível de doutorado, que realize uma análise da intersectorialidade na política de saúde mental traçando sua interface com a assistência social⁸, portanto, ao propor um estudo enfatizando a análise dessas duas políticas, essa pesquisa aponta um caráter inovador. Além disso, ainda são escassas no país as investigações sobre o papel assumido pela rede social informal – conformada por organizações da própria sociedade – e sua articulação com as redes de políticas sociais, com ênfase na política de saúde mental.

Nesses termos, esta investigação aponta a necessidade de se repensar como a intersectorialidade vem sendo efetivada nessas políticas sociais, pois se observa com mais frequência o diálogo no interior dos “muros” de cada política setorial, dificilmente extrapolando a lógica intrasetorial e havendo pouca articulação entre políticas sociais diferentes. Ou seja, as

⁸ Em um levantamento realizado no Portal de Periódicos da CAPES foram encontrados 399 dissertações de mestrado e 199 teses de doutorado que tratam do tema da intersectorialidade, entretanto, desse total, apenas 28 versam sobre saúde mental, e somente 1 estudo, em nível de mestrado, relaciona saúde mental e assistência social (ver quadro A2 no Apêndice A).

articulações desenvolvidas ainda acontecem muito mais no interior de uma mesma política – através do diálogo entre serviços diferentes – do que entre políticas sociais diferentes, tendo um alcance intersetorial limitado. Em se tratando da integração com segmentos da sociedade civil, como movimentos sociais e associações, a articulação é ainda mais restrita.

Evidencia-se ainda a pertinência de um estudo que aborde o trabalho do/a assistente social na Política de Saúde Mental, ao se observar a crescente absorção desses/as profissionais nesse espaço sócio-ocupacional nos últimos anos, em razão, principalmente, da expansão dos serviços alternativos psicossociais no âmbito do SUS, criados com vistas a consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira

Apesar de sua inserção no campo da saúde não ser recente, entretanto, com a ampliação do conceito de saúde trazida na Constituição de 1988, há um aumento da demanda de atuação por esse/a profissional, exigindo um/a profissional capacitado/a para atuar frente aos determinantes sociais dos processos saúde-doença, que se traduzem em necessidades de saúde e são entendidos como produtos das relações sociais e dessas com o meio físico, social e cultural.

Na atualidade, o Serviço Social aparece como uma profissão amadurecida intelectualmente e com espaço reconhecido na produção do conhecimento científico, todavia, mesmo diante dessa realidade, a saúde mental ainda aparece como um campo pouco investigado pela categoria profissional, ao ser comparado com outros. Rosa (2016) e Vasconcelos (2010) afirmam que a lacuna de conhecimentos nessa área se explica pelo receio que a categoria tem de que a abordagem do tema da saúde mental e da atenção psicossocial simbolize um retorno ao conservadorismo da profissão, seja nas abordagens estruturais funcionalistas e fenomenológicas do passado, ou nas versões clínicas e terapêuticas mais recentes. Nesse sentido, apresenta-se a exigência de a categoria profissional se apropriar da temática a partir de leituras da realidade embasadas por análises teórico-metodológicas críticas, com ênfase na dialética de Marx, que fundamenta esta pesquisa.

Além disso, a escolha de investigar o tema da intersetorialidade à luz da atuação do/a assistente social se deu devido à constatação de que embora as demandas de natureza intersetorial se coloquem para o conjunto da equipe multiprofissional nas mais diversas políticas sociais, os/as assistentes sociais têm acumulado conhecimento e experiência na intersetorialidade, com potencial para contribuir para o enriquecimento do debate acerca dessa temática, principalmente no que tange às ações intersetoriais e estratégias de construção de redes sociais e institucionais de suporte às práticas moldadas pela intersetorialidade (COSTA, 2010; MACEDO, 2013; MIOTO; SCHUTZ, 2011).

Destaca-se que são escassas as produções⁹ que realizam uma análise da intersectorialidade a partir da atuação dos/as assistentes sociais, e as existentes são voltadas principalmente para a política de assistência social. Já no âmbito da política de saúde mental, não foi encontrada nenhuma produção científica em nível de mestrado ou doutorado que faça uma discussão sobre a intersectorialidade balizada no trabalho dos/as assistentes sociais. Assim, apesar de a intersectorialidade se fazer presente no exercício profissional e esse/a ser um/a profissional capacitado/a para lidar com as demandas intersectoriais, isso não se traduz na produção de conhecimento científico voltado para essa temática. Diante disso, reitera-se a necessidade de que o Serviço Social se aproprie deste debate, buscando contribuir para seu avanço tanto a partir de reflexões teóricas quanto prático-interventivas. Logo, a partir das demandas intersectoriais colocadas a esse/a profissional e articulações desenvolvidas entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas e organizações sociais, tendo como base a assistência social, objetiva-se analisar de que maneira a intersectorialidade vem sendo implementada.

Em relação ao cenário da pesquisa de campo, é importante destacar que o Estado do Piauí vem avançando na implantação de serviços para compor uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, principalmente em relação à ampliação na oferta de serviços de saúde mental. O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde do Brasil aponta a existência de 65 CAPS no Estado em 2018 (DATASUS, 2018). Todavia, os dados quantitativos revelam apenas parcialmente a realidade da política de saúde mental no Estado, a qual necessita de avaliações também no que se refere à qualidade da assistência prestada.

Cabe ressaltar que apesar da existência dos princípios de regionalização e descentralização preconizados pelo SUS, Teresina, capital do Piauí, ainda aparece como referência no tratamento de saúde no Estado e em municípios de pequeno porte de Estados vizinhos (como Maranhão e/ou Ceará), o que reforça a importância de analisar como a intersectorialidade vem acontecendo na capital e os desafios e perspectivas para potencializar a atuação intersectorial e em rede nesse cenário.

Compreendendo o que foi refletido até aqui, coloca-se como **objetivo geral** desse estudo: analisar a materialização da intersectorialidade na Política de Saúde Mental na

⁹ Foi feito um levantamento nos anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), considerados historicamente como os maiores eventos da categoria, acerca das publicações que tratavam do tema da intersectorialidade relacionado à saúde mental, no período após 2011, por ser esse o ano de lançamento da Portaria nº 3088/2011, que trata da RAPS. Dessa forma, foram pesquisados os anais do ENPESS dos anos de 2012, 2014 e 2016, e do CBAS de 2013 e 2016. Os resultados mostraram uma parca produção voltada a essa temática, o que significa que os/as assistentes sociais têm se apropriado timidamente dessa discussão (Ver quadros A3 e A4 no Apêndice A).

perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a partir das articulações desenvolvidas pelos assistentes sociais entre a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares na Zona Sul de Teresina-PI na atualidade.

Para atender ao objetivo geral, são objetivos específicos dessa investigação:

- Identificar as demandas postas por usuários/as e/ou seus familiares aos/às assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina-PI que requerem articulação intra e/ou intersetorial com outros serviços da RAPS, com a rede socioassistencial e/ou com redes sociais informais;
- Mapear as demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares nos serviços da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI que foram encaminhadas por assistentes sociais da RAPS;
- Caracterizar as principais ações, atividades e intervenções de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais da RAPS da Zona Sul de Teresina-PI, em conjunto com a rede socioassistencial e as redes sociais informais;
- Verificar os principais encaminhamentos e respostas oferecidas pelos/as assistentes sociais que atuam na RAPS e na rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI às demandas intra e intersetoriais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares;
- Averiguar até que ponto os/as assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina-PI estabelecem parcerias e incentivam o envolvimento/participação de usuários/as e/ou familiares em redes sociais informais;
- Refletir sobre os desafios, limites e perspectivas para o fortalecimento da intersetorialidade na política de saúde mental de Teresina-PI, especificamente entre a RAPS, rede socioassistencial e redes sociais informais da Zona Sul na atualidade;

Acerca da metodologia adotada para atender aos objetivos previstos, esta investigação científica, que se encontra no âmbito das ciências sociais aplicadas, tem caráter explicativo e abordagem qualitativa. A coleta de dados foi feita através de uma pesquisa de campo e documental e, para análise dos dados, baseou-se no método dialético de Marx.

Para compreensão da discussão temática, fez-se necessário construir o arcabouço teórico da pesquisa, isto é, proceder a uma ampla e detalhada investigação acerca das ideias norteadoras do tema escolhido. Assim, foi realizada uma revisão bibliográfica e documental, visando

compreender teórica, histórica e metodologicamente o tema e o objeto de estudo, buscando analisar, entre outros aspectos, os contextos teórico-metodológico e social nos quais o problema se insere, bem como os principais conceitos, autores e ideias relacionadas a ele.

A revisão bibliográfica foi feita durante todo o processo da tese, de forma a fornecer maior embasamento teórico e melhor compreensão do objeto e das categorias teóricas presentes neste estudo, que são: intersectorialidade; rede; Política de Saúde Mental; Serviço Social; Política de Assistência Social.

O estudo teve abordagem qualitativa, que visou entender a natureza de um fenômeno social e, para tal, necessita analisar situações cotidianas e realidades particulares. Isto, pois, objeto desta pesquisa, é uma realidade social multidimensional, sendo, assim, complexa para que seja analisada somente através de dados quantificáveis (MINAYO, 2014). A escolha por essa abordagem se deu devido à necessidade de buscar apreender, através da dinâmica dos serviços e do significado das experiências dos sujeitos em um dado território, a construção da totalidade sócio-histórica da política de saúde mental, a partir das vivências dos indivíduos que fazem parte e constroem essa realidade, com ênfase no olhar dos/as assistentes sociais que atuam na área e tendo como foco as articulações intersectoriais por eles/as desenvolvidas.

Cabe ressaltar que esta investigação não esgota toda a análise acerca da intersectorialidade na Política de Saúde Mental de Teresina, tendo em vista a complexidade da realidade e a inviabilidade de se realizar uma análise minuciosa em todos os serviços e com todos os sujeitos que se articulam com a referida política. Portanto, alguns serviços e sujeitos sociais foram privilegiados para realização da pesquisa empírica, para que fosse possível mergulhar mais densamente na compreensão da complexidade dessa realidade.

Para delimitação do cenário a ser realizada a pesquisa de campo, realizou-se uma pesquisa exploratória preliminar, que representa, segundo Gil (2010, p. 130):

um período de investigação informal e relativamente livre, no qual o pesquisador procura obter, tanto quanto possível, entendimento dos fatores que exercem influência na situação que constitui o objeto de pesquisa. Constitui, portanto, uma etapa cujo objetivo é o de descobrir o que as variáveis significativas parecem ser na situação e que tipos de instrumentos podem ser usados para obter as medidas necessárias ao estudo final.

A partir da pesquisa exploratória foi possível uma aproximação prévia da pesquisadora com a realidade empírica, que foi essencial para verificar a viabilidade do estudo e delimitar o cenário de investigação, tendo em vista as dificuldades de se estudar acerca da articulação entre a saúde mental e todas as demais políticas sociais de Teresina. Nesse sentido, a pesquisa

exploratória foi decisiva para a seleção dos serviços e políticas sociais, e para que os sujeitos pudessem trazer informações preliminares e significativas para o objetivo proposto.

Assim, antes do início da pesquisa de campo propriamente dita, foi realizado o estudo exploratório, no decorrer do ano de 2016 e início de 2017, visando a uma aproximação com a realidade que seria investigada, participando de atividades abertas ao público e realizando conversas informais com gestores, profissionais e representantes de movimentos sociais do campo da saúde mental de Teresina.

Esta etapa exploratória pode ser resumida na participação nas seguintes atividades: reuniões da “Rede, Instituições e Articulações” (RIA)¹⁰ da Zona Sul; ações de matriciamento em saúde mental realizadas pelo CAPS II Sul; I Fórum Estadual de Deficiência Psicossocial¹¹; Atelier Saúde Mental, Formação e Trabalho Profissional¹²; I Assembleia Geral dos CAPS de Teresina¹³; participação de ação de capacitação da RAPS na Maternidade Evangelina Rosa, em atenção hospitalar a gestantes e puérperas com transtorno mental e/ou usuárias de álcool e outras drogas; realização de conversas informais com a Gerência Municipal de Atenção Psicossocial (FMS), com a Gerência Estadual de Saúde Mental (SESAPI), com profissionais dos CAPS e CRAS de Teresina e com membros da Âncora.

A partir dessa investigação preliminar, observou-se que as ações intersetoriais realizadas no âmbito dos serviços de saúde mental de Teresina, de uma forma geral, tomavam por base os territórios de abrangência e localização dos usuários e dos serviços divididos pela gestão

¹⁰ A RIA é um projeto criado em julho de 2015 pelas assistentes sociais do CAPS II Sul, tendo como objetivos: mapear e articular a rede formal (conformada por serviços e instituições públicas) e informal (conformada por grupos sociais, cooperativas, movimentos sociais, grupos de familiares, dentre outros) de cada zona territorial de Teresina-PI; proporcionar a comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede formal e informal do município de Teresina; realizar ações intersetoriais nos diversos espaços da rede; planejar atividades intergeracionais a serem executadas em cada território, sem critérios de exclusão; favorecer a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território. Como estratégias de intervenção, a RIA instituiu: reuniões mensais; realização de atividades compartilhadas no território; discussão de casos; matriciamento; visitas conjuntas, entre outros.

¹¹ O Fórum foi organizado pela Âncora juntamente com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde (CES-PI), com o objetivo de promover o debate intersetorial da inclusão da pessoa com transtorno mental nos direitos da pessoa com deficiência e proporcionar a utilização da terminologia Deficiência Psicossocial, adotada pela Convenção da ONU desde 2006, mas pouco conhecida pela população. O evento, realizado no dia 07 de outubro de 2016, contou com a participação de representantes de diferentes políticas sociais do Estado, como da educação, assistência social, previdência social, saúde mental, dentre outros, em torno da discussão dos direitos das pessoas com transtorno mental.

¹² O Atelier foi uma iniciativa da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde (ALASS), em parceria com a Universidade Federal do Piauí, realizado nos dias 27 e 28 de outubro de 2016, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre as propostas e desafios atuais na formação e no cuidado à saúde mental no contexto do SUS, além de debater sobre as possibilidades para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, defesa da vida e saúde. O evento foi marcado, principalmente, por mesas de debates de profissionais, gestores e pesquisadores da saúde mental de Teresina, do Piauí e de outros estados.

¹³ No dia 31 de março de dois mil e dezessete, às nove horas, na quadra de esporte da faculdade Estácio de Sá/CEUT – foi realizada a 1ª Assembleia geral dos CAPS de Teresina, organizada e coordenada pela Âncora.

municipal de saúde. Por isso, verificou-se a necessidade de realizar um recorte empírico para pesquisa de campo, mediante a delimitação de um território específico para coleta de dados.

Nesse sentido, o território da Zona Sul foi privilegiado para realização da pesquisa de campo, após observar que essa região vem se destacando em âmbito municipal no desenvolvimento de iniciativas de integração da saúde mental¹⁴ com outros setores e políticas; além de ser o território mais populoso¹⁵ da cidade e contar com um número expressivo de CAPS¹⁶.

Nesse território, foram coletados dados em instituições e serviços que compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais, conforme apresenta o quadro a seguir:

Quadro 1 - Cenários e sujeitos da pesquisa

Política social/ Rede	Componente	Serviço	Sujeitos/ Participantes
SUS/ Rede de Atenção Psicossocial	Atenção psicossocial especializada	CAPS II Sul	2 assistentes sociais 15 usuários (pessoas com transtornos mentais)
		CAPS III Sul	1 assistente social
	Desinstitucionalização	SRT ¹⁷ Sul	1 Coordenador do serviço (assistente social);
	Atenção Básica	NASF Sul	1 assistente social
	Atenção Hospitalar	Leitos de Atenção Psicossocial na Maternidade Evangelina Rosa	1 assistente social
		Hospital Areolino de Abreu ¹⁸	2 assistentes sociais

¹⁴ A assistente social do CAPS II Sul foi Ativadora de Rede do Projeto “Percurso Formativos na Raps”, do Ministério da Saúde, recebendo bolsa no período de fevereiro a dezembro de 2016 para criar ações de fortalecimento da intersetorialidade e da atuação em rede em Teresina. Assim, as principais iniciativas desenvolvidas nesse sentido tiveram início na Zona Sul, sendo uma das idealizadoras do projeto da RIA Sul e as ações de matriciamento da atenção básica em saúde nesse território.

¹⁵ A Zona Sul é composta por 35 bairros, sendo a região de maior contingente populacional de Teresina, com 306.839 habitantes, correspondendo a 35,24% da população residente na capital (TERESINA, 2014).

¹⁶ Dos 7 (sete) Centros de Atenção Psicossocial de Teresina, 3 são localizados na Zona Sul: CAPS II Sul, CAPS III e CAPS AD – os dois últimos são as únicas modalidades do tipo III e AD da cidade.

¹⁷ Os SRTs têm particularidades em relação a alguns dispositivos da RAPS, pois se constituem mais como moradias do que como instituições, não contando com profissionais de nível superior que atuam diariamente nessas instituições. Esses serviços contam com a presença diária de cuidadoras de nível médio e com coordenadores que, no caso de Teresina, as Residências Terapêuticas são coordenadas por assistentes sociais. Portanto, o sujeito participante da pesquisa será um assistente social, mas que atua como coordenador desse serviço.

¹⁸ O Hospital Areolino de Abreu não se encontra na Zona Sul, entretanto, a opção por selecioná-lo enquanto cenário da pesquisa de campo se deu por esse ainda manter um papel central na política de saúde mental de Teresina, e mesmo do Piauí. Apesar de a Portaria nº 3088/11 não colocar o Hospital Psiquiátrico como integrante da RAPS, adverte que esse pode ser acionado nas regiões em que os pontos de atenção da rede de saúde mental ainda não forem suficientes e/ou estiverem em processo de implantação, como é o caso da realidade teresinense/piauiense.

	Gestão de Saúde	Gerência de Atenção Psicossocial/FMS	1 representante da gestão municipal
		Gerência de Saúde Mental/SESAPI	1 representante da gestão estadual
SUAS/ Rede Socioassistencial	Proteção Social Básica	CRAS Sul II	1 assistente social
		CRAS Sul III	1 assistente social
	Proteção Social Especial	CREAS Sul	2 assistentes sociais
Rede social informal	Associação	Âncora	2 membros da associação

Fonte: Sistematização da autora.

Na seleção dos serviços da RAPS para pesquisa de campo, privilegiaram-se diferentes dispositivos que compõem seus eixos, conforme apresentados na Portaria nº 3.088/2011. Entretanto, tendo em vista a fragilidade de determinados componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Teresina, como é o caso da Atenção Residencial em caráter transitório, da Atenção de Urgência e Emergência e da Reabilitação Psicossocial, nem todos os componentes previstos pela portaria puderam ser investigados. Além disso, optou-se por instituições que contam com a atuação de assistentes sociais, de forma a atender os objetivos da pesquisa.

No total, a **amostra** da pesquisa envolveu: 12 cenários da região Sul de Teresina – sendo 8 do SUS, 3 do SUAS e 1 rede social informal, totalizando 31 sujeitos que estão inseridos nesses cenários, dentre assistentes sociais, representantes da gestão, pessoas com transtornos mentais e membros da Âncora.

Destaca-se que a proposta inicial da pesquisa previa 27 sujeitos de pesquisa, sendo 17 assistentes sociais, 5 usuários/as, 2 representantes da gestão e 3 membros da rede informal. Contudo, no processo de coleta de dados ocorreram algumas alterações: apenas 12 assistentes sociais foram entrevistado/as, quantidade menor do que o planejado¹⁹; também houve um número menor de participantes da rede informal²⁰ do que o previsto, com apenas 2 membros da Âncora; já em relação aos/às usuários/as, 15 participaram do grupo focal, uma quantidade maior do que a planejada inicialmente²¹.

Além disso, acredita-se que essas instituições mantêm forte articulação com os demais serviços de saúde mental de Teresina, sendo essencial para compreender acerca da intersetorialidade, objeto dessa pesquisa.

¹⁹ O fato de apenas 12 assistentes sociais participarem da pesquisa se deu por motivos diversos: a equipe do NASF e do CRAS Sul II tinha apenas 1 assistente social; na MDER, apenas 1 assistente social era responsável pelo atendimento nos leitos de atenção psicossocial e a ele/a eram direcionadas as demandas institucionais de saúde mental; no CRAS Sul III, o/a assistente social do turno da manhã estava de férias; e no CAPS III, apesar de contar com três assistentes sociais na equipe, uma estava de licença médica e a outra trabalhava no serviço há menos de um ano, sendo eliminada do critério de inclusão da pesquisa.

²⁰ Houve dificuldade de contactar um terceiro membro da Âncora para entrevista, de forma que participaram da pesquisa apenas 2 membros da associação

²¹ A coleta de dados com os usuários do CAPS II Sul se deu através de grupo focal e contou com o apoio de uma das assistentes sociais da instituição, que cedeu espaço no grupo que realiza semanalmente com os usuários, com o objetivo de facilitar o contato e a aproximação da pesquisadora com os mesmos, o que despertou a atenção de

Os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa foram, no caso dos/as assistentes sociais, aqueles/as que atuavam nos serviços da RAPS e rede socioassistencial de Teresina há mais de 2 anos, de forma a ter mais familiaridade com os mesmos e contribuir de forma mais significativa com a pesquisa. Em relação à coleta de dados na Âncora, também foram buscados membros da associação há mais de 2 anos. No caso das pessoas com transtornos mentais, foram selecionadas aquelas que são usuárias do CAPS II Sul – de forma a facilitar a aproximação e o contato com esses sujeitos – também por um período mínimo de 2 anos.

A coleta de dados em campo somente ocorreu após os sujeitos serem formalmente convidados e aceitarem participar da pesquisa como voluntários, a partir da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, informando-lhes sobre o objetivo, a importância e a metodologia da investigação, garantindo-lhes todas as medidas de proteção, sigilo e anonimato (APÊNDICE B, C e D). Além disso, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFPI (ANEXO A), via Plataforma Brasil, com CAAE 88160218.9.0000.5214 e Parecer nº 2.640.840, respeitando os aspectos éticos e legais da pesquisa.

A pesquisa de campo ocorreu no período de dezembro de 2017 a julho de 2018, através da utilização dos seguintes instrumentos de coleta de informações: Grupo Focal (ou entrevista em grupo); entrevista semiestruturada; e observação com registro em diário de campo. Tanto as entrevistas quanto os grupos focais foram gravados, com posterior transcrição e análise.

A entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada” (MINAYO, 2016, p. 59). Essa técnica foi utilizada com assistentes sociais, gestores/as e membros da Âncora, tomando por base um roteiro com questões planejadas a partir dos objetivos da pesquisa (APÊNDICE E, F, G e H).

O grupo focal foi realizado com usuários do CAPS II Sul, tendo em vista que esse é o serviço que recebe a maior quantidade de pessoas com transtornos mentais do território da Zona Sul. O grupo focal se constitui em um tipo de entrevista ou conversa em grupos, sob a coordenação de um moderador, capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um, seja para gerar consensos ou explicitar divergências (MINAYO, 2014). Assim, foi realizado 01 grupo focal com 15 usuários, tomando por base um roteiro (APÊNDICE I) que

muitos usuários presentes no local no dia, que manifestaram desejo em participar do grupo e contribuir com a pesquisa. Por isso a coleta de dados foi realizada com 15 pessoas, no lugar de 5, como havia sido planejado inicialmente.

guiou as discussões, com duração aproximada de 40 minutos e contou com a presença de uma das assistentes sociais do CAPS II Sul que auxiliou na aproximação com os usuários.

Além disso, também se utilizou da técnica da observação simples, acompanhada de registro em diário de campo que, segundo Gil (1999), é aquela em que o pesquisador observa, de maneira espontânea, os fatos que ocorrem em determinado grupo ou situação e, por se tratar de uma técnica para uma pesquisa científica, exige um mínimo de controle na obtenção de dados, seguida de um processo de análise e interpretação, o que lhe confere a sistematização e o controle exigido pelos procedimentos científicos.

Nesses termos, a observação foi realizada tanto nos momentos das entrevistas e do grupo focal quanto a partir da participação em algumas atividades realizadas nas instituições e em ações relativas à Política de Saúde Mental do Estado e do município, nos anos de 2017 e 2018, tais como:

- Reuniões da RIA Sul;
- Reuniões do Grupo Condutor da RAPS do Estado do Piauí²²;
- Ações de matriciamento realizadas pelo CAPS II Sul;
- III Mostra de Saúde Mental de Teresina;
- I Fórum Intersetorial de saúde mental Infanto-juvenil de Teresina-PI;
- III e IV Fórum Antimanicomial do CAPS II Sul;
- Roda de diálogo antimanicomial, promovida pela Âncora;

A participação nessas atividades teve como objetivo observar a realidade concreta e a materialização da fala dos sujeitos no cotidiano, bem como apreender as dinâmicas institucionais, as contradições e os sentidos expressos na prática, registrados no diário de campo.

Também foi realizado um levantamento de documentos nos serviços da pesquisa de campo – tanto nos serviços da RAPS, da rede socioassistencial, da rede informal quanto na gestão – de forma que a pesquisadora tivesse mais materiais para análise da realidade e pudesse responder de forma mais satisfatória aos objetivos da investigação. Nesses locais, foram solicitados documentos dos anos de 2017 e 2018, tais como: planos de ação; relatórios de

²² A Portaria nº 3.088/11 traz, em seu artigo 13, a exigência de instituição de Grupo Condutor Estadual para operacionalização da implantação da RAPS. No Piauí, ele foi constituído pela Portaria Estadual nº 078, de 29 de agosto de 2012, composto por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina, das Regionais de Saúde do estado e representantes do Ministério Público (PIAUI, 2012).

monitoramento e avaliação; instrumentais técnicos e legais de implementação dos serviços; registro de quantidade de serviços, profissionais e usuários da RAPS de Teresina e do Piauí; livros de registros e/ou atas de reuniões; fichas de acompanhamento de usuários e/ou prontuários. Contudo, nem todos os documentos solicitados foram disponibilizados, com as justificativas de inexistência, ausência de registro de determinadas informações ou dificuldade de localizá-los, o que já indica carência de planejamento e organização quanto às ações da Política de Saúde Mental.

Por fim, foi feita a ordenação dos dados coletados, que englobou: a transcrição, leitura e organização das entrevistas e dos grupos focais; o conjunto do material de observação registrado no diário de campo e os documentos institucionais. As múltiplas técnicas de pesquisa foram essenciais para uma compreensão mais abrangente do objeto de análise, possibilitando diversos olhares sobre ele.

Nesses termos, foi realizada uma análise cruzada através da estratégia de triangulação, que permitiu à pesquisadora a utilização de múltiplas fontes de coletas de dados, buscando informações a partir de técnicas, espaços e tempos diferentes. A opção metodológica pela triangulação de dados possibilita vários ângulos de análise da realidade a ser estudada, garantindo mais rigor, riqueza e complexidade aos resultados da pesquisa (MINAYO et al., 2005).

No caso dessa investigação, as informações coletadas em campo (em decorrência das entrevistas, dos grupos focais e dos dados documentais das instituições) foram analisadas em conjunto com a observação (sistemizada no diário de campo) e à luz do referencial teórico e documental sobre o tema, buscando a resposta para o problema de pesquisa, tendo como base para análise e interpretação da realidade o método dialético de Marx.

O método de Marx (1989, 2006), que é considerado, por ele mesmo, o oposto do método hegeliano, pois enquanto Hegel acredita que o ideal, ou seja, o pensamento, cria o real, o método marxiano, chamado de materialista, defende o oposto: o ideal como uma manifestação do real. “Assim, a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)” (NETTO, 2011a, p. 21). Esse método foi utilizado para desvendar a essência do objeto da pesquisa, numa busca da reprodução ideal do movimento do real.

Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2011a, p. 22).

Para Marx, o método está diretamente relacionado à posição que o pesquisador se coloca perante o objeto, buscando extrair dele suas múltiplas determinações. Dessa forma, no método marxiano, não se constrói um objeto; e sim, se reconstrói o processo do objeto historicamente dado. A resultante da elaboração teórica, o produto teórico por excelência é uma reprodução ideal de um processo real. Nesse sentido, o que a teoria ilumina para refletir, entender e explicar, é a totalidade concreta.

Utilizar o método dialético de Marx para análise da realidade implica uma visão de mundo teórico-crítica que busca apreender a essência dos fenômenos, suas contradições, sua construção e transformação social e histórica, visando compreender os sujeitos enquanto inseridos na lógica do sistema capitalista que influencia e impacta na forma de ser dos grupos, das instituições, das políticas sociais, das relações sociais.

Richardson et al. (2012) reafirmam que a utilização do método dialético de Marx proporciona ao pesquisador a oportunidade de ir além das aparências superficiais do cotidiano, portanto, permite uma análise teórica dos fenômenos sociais e uma aproximação crítica das formas como se configura o objeto de investigação no cotidiano. Assim, esse método foi utilizado para análise dos dados coletados e na busca de compreensão da realidade, de forma que o relato final da pesquisa, apresentado nesta tese, deve configurar uma síntese na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto.

É importante destacar que o processo de elaboração deste estudo contou com elementos que o dificultaram e facilitaram. Dentre os pontos que contribuíram para o seu desenvolvimento, destacam-se: a rápida aprovação do projeto de pesquisa no CEP, possibilitando que a pesquisadora fosse realizar a coleta de dados em campo em tempo hábil; a disponibilidade, colaboração, flexibilidade e participação dos sujeitos da pesquisa. Quanto às dificuldades, pontua-se: o fato de a pesquisa de campo ter sido realizada em serviços diversos, que eram subordinados a diferentes secretarias (Fundação Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde do Estado, Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas), dificultou o processo de autorização institucional; outro aspecto foi a ausência de alguns profissionais nos momentos de coleta de dados da pesquisa de campo, por motivos de saúde ou férias, impedindo a realização da quantidade de entrevistas planejadas.

Almejando atender aos objetivos propostos neste estudo, os resultados da tese se encontram estruturados em sete capítulos. O primeiro é esse, referente à introdução, no qual são apresentados a justificativa, a problematização, os objetivos e a metodologia do trabalho.

O segundo capítulo, intitulado “**A intersetorialidade no âmbito das políticas sociais**”, é composto por três tópicos: “Reflexões sobre as políticas sociais: contradições e

possibilidades”; “Abordagens sobre a intersetorialidade nas políticas sociais” e “Diálogos sobre rede: interpretações, perspectivas e desafios”. O primeiro tópico realiza uma análise das políticas sociais, refletindo sobre a contraditória relação entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem a ordem do capital. Já o segundo, apresenta a discussão da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais e as diversas abordagens em torno desse conceito, trazendo suas aproximações e divergências. E o terceiro destaca as diversas interpretações acerca das redes e como essas podem favorecer projetos distintos.

O terceiro capítulo, denominado **“A intersetorialidade na seguridade social: a política de saúde e assistência social em foco”**, estrutura-se em dois subitens: “A intersetorialidade na Política de Saúde e seus desafios no âmbito do SUS” e “A intersetorialidade na Política de Assistência social e a rede socioassistencial”. Compreendendo que a Constituição Federal de 1988 entende a Seguridade Social como formada pelas políticas de previdência, saúde e assistência social, que devem estar em constante articulação, esse capítulo objetiva discutir sobre a intersetorialidade no âmbito da seguridade brasileira, focalizando nas políticas de saúde e assistência, de forma a atender os objetivos do estudo.

Com o título **“A intersetorialidade na política de saúde mental: desconstruindo os muros manicomial e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial”**, o quarto capítulo desse trabalho é dividido em dois momentos: primeiro, a discussão é realizada no âmbito nacional, no tópico “A intersetorialidade na Política de Saúde Mental no Brasil: trajetória e desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica”; e em seguida, o debate se volta para a realidade estadual e municipal, no tópico intitulado “Panorama da Política de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial no cenário do Piauí e de Teresina”.

O quinto capítulo aborda especificamente o Serviço Social em sua atuação nas políticas sociais e sua contribuição para a articulação da rede intersetorial, especificamente entre saúde mental e as demais políticas. Sob o título de **“A atuação do/a assistente social na inter(louco)ção da rede intersetorial: tecendo caminhos entre as políticas sociais”**, o capítulo é estruturado em dois tópicos: “Provocações sobre o Serviço Social nas políticas sociais” e “A atuação do/a assistente social na política de saúde mental e na articulação da rede intersetorial: tecendo caminhos entre as políticas sociais”.

O sexto capítulo, **“A intersetorialidade na política de saúde mental de Teresina: análise da experiência das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais entre Rede de Atenção Psicossocial, rede socioassistencial e redes sociais informais”**, apresenta o resultado da pesquisa de campo nos cenários investigados, analisando os dados coletados através das

entrevistas, observação e pesquisa documental, com base na bibliografia exposta nos capítulos teóricos anteriores. Por fim, são apresentadas as considerações finais da investigação.

Embora seja um estudo em uma realidade local, busca delinear embasamentos para reflexões que possam servir de apoio para outros estudos, de forma a contribuir para o avanço de conhecimentos na área, e lançar um olhar mais acurado sobre o tema. Além disso, pode servir de subsídio para gestores, trabalhadores e usuários da Política de Saúde Mental e demais políticas sociais para repensarem e melhorarem suas ações.

2 A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Este capítulo tem como objetivo discutir acerca da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais. Para tal, divide-se em três tópicos: o primeiro realizará uma análise das políticas sociais, refletindo sobre a contraditória relação entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem a ordem do capital. O segundo tópico apresentará a discussão da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais e as diversas abordagens em torno desse conceito, trazendo suas aproximações e divergências. Já o terceiro tem como foco o diálogo sobre redes, destacando as diversas interpretações acerca da temática, assim como seus desafios.

2.1 Reflexões sobre as políticas sociais: contradições e possibilidades

É importante iniciar esta discussão esclarecendo que existem diversas interpretações sobre o que vem a ser as políticas sociais, a depender da perspectiva teórico-metodológica adotada, pois conforme Behring e Boschetti (2011), elas se relacionam com opções políticas e visões sociais de mundo, o que coloca em xeque a ideia de neutralidade científica.

Dito isso, é essencial demarcar, a princípio, a concepção teórico-metodológica que guiará as reflexões deste estudo, que se baseia na dialética crítica e entende as políticas sociais como produto da relação contraditória e antagônica entre Estado e sociedade, inseridas em um dado contexto sócio-histórico, econômico, político e cultural, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o modo de produção e reprodução capitalista (PEREIRA, 2011a; BEHRING, BOSCHETTI, 2011).

Nessa direção, o debate das políticas sociais sob esse enfoque precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento, de forma a conhecer suas múltiplas dimensões e determinações, em uma perspectiva de totalidade.

O primeiro ponto de análise é o histórico, que compreende a emergência das políticas sociais com as expressões da questão social. O segundo elemento é a dimensão econômica, que estabelece uma relação das políticas sociais com a lógica de manutenção do capitalismo e seus efeitos para as condições de produção e reprodução da classe trabalhadora. O terceiro aspecto é político, que entende as políticas sociais como resultado de forças políticas em confronto, envolvendo interesses de classes e a ação do Estado na tomada de decisões (SANTOS, 2016). Em uma discussão pautada na dialética crítica, tais dimensões não podem ser vistas

isoladamente, mas como inter-relacionadas, imbricadas, tais quais serão aprofundadas ao longo desse tópico.

Na interpretação de Netto (2011b), a emergência das políticas sociais se dá no processo de amadurecimento do Estado burguês e do próprio capitalismo, na sua busca por legitimação e construção de um consenso, ao responder às demandas colocadas pela classe trabalhadora em um cenário de crescentes manifestações e eclosão da questão social. Nessa direção, “a questão social explica a necessidade das políticas sociais, no âmbito das relações entre as classes e o Estado” (IAMAMOTO, 2015, p. 58).

Por questão social, entende-se o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem em sua raiz o conflito entre capital versus trabalho (IAMAMOTO, 2015). Nessa direção, para Netto (2011b), a gênese da questão social está profundamente relacionada com a consolidação do modo de produção capitalista, que tem como essência a acumulação de capital oriunda da exploração da mão de obra do trabalhador, desprovido dos meios de produção, gerando o conflito entre explorados e exploradores.

Corroborando com tais conceitos, Cerqueira Filho (1982, p. 21) define questão social como “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista”. Dessa forma, foram os desdobramentos da questão social, através da intensificação da luta de classes, da organização da classe trabalhadora e sua entrada no cenário político que colocaram a necessidade do seu reconhecimento pelo Estado e exigiram respostas mais sofisticadas às suas reivindicações, feitas até então através da caridade e da repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

De tal modo, “foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para esfera pública” (IAMAMOTO, 2010, p. 160). Logo, as políticas sociais constituem uma forma de regulação social das relações entre Estado e sociedade no cenário capitalista.

Seguindo essa perspectiva, Netto (2011b) entende por políticas sociais a intervenção contínua, sistemática e estratégica do Estado sobre as sequelas da questão social, de forma a assegurar as condições adequadas para o desenvolvimento do capitalismo. Por isso, o autor defende que as políticas sociais assumem uma função estratégica de preservação e controle da força de trabalho, ao tempo em que legitimam o papel do Estado burguês, que assume a imagem de mediador de interesses conflitantes entre classes.

Assim, mediante as políticas sociais, o capital responde a algumas exigências dos trabalhadores que, muitas vezes, são conflitantes com os seus interesses, “mas, ao

fazê-lo, procura integrar tais exigências *à sua ordem*, transformando o atendimento delas em respostas políticas que, contraditoriamente, também atendem as suas necessidades” (MOTA, 1995, p. 123). Dessa forma, o Estado procura imprimir nas políticas sociais uma direção coerente com as necessidades do processo de acumulação do capitalismo.

Ao responder parcialmente às demandas das lutas dos trabalhadores através das políticas sociais, o Estado potencializa, de uma só vez: a sua legitimação, a desmobilização das lutas sociais, o controle da classe trabalhadora, a reprodução da força de trabalho e a continuidade do modo de produção capitalista e do acúmulo de capital (CERQUEIRA FILHO, 1982). Dessa forma, “a política social é estabelecida e controlada pelo poder do Estado, existindo, prioritariamente, para assegurar as condições básicas indispensáveis ao domínio do capital no conjunto da sociedade” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 103).

A relação entre políticas sociais e capitalismo é retomada também na fala de Fleury (1994, p. 11):

A crescente intervenção estatal por meio das políticas sociais é em si mesma a manifestação da natureza contraditória do capitalismo, que tem origem na necessidade do Estado de atuar como forma de atenuação dos efeitos mais destrutivos da ordem capitalista sobre os fatores de produção, mas cuja intervenção torna-se, por sua vez, elemento de potencialização e agudização da contradição básica deste modo de produção entre a socialização das forças produtivas e a apropriação privada da riqueza social.

A interpretação dessa autora entende que as políticas sociais envolvem uma relação que se estabelece entre o Estado e as classes sociais, que encontra, na dinâmica da acumulação capitalista, sua condição de possibilidade, mas também seu limite.

Ainda nessa direção de análise, destaca-se o pensamento de Mészáros (2011), que defende que o Estado moderno cumpre a função de remediador das contradições da sociedade, mas nunca ameaçando a reprodução do sistema capitalista. “O Estado se afirma como pré-requisito indispensável para o funcionamento permanente do sistema do capital” (MÉSZÁROS, 2011, p. 108-109). As políticas sociais, nessa concepção, estão orientadas a facilitar a acumulação e a expansão do capital.

No entanto, para esse autor, apesar de o Estado ser dotado de poder de coerção e estar, predominantemente, a serviço das classes dominantes, ele também pode realizar ações protetoras, visando às classes subalternas, em especial, quando essas classes o estejam pressionando para tanto e seja do interesse de sua legitimação.

Dessa forma, essa perspectiva não nega que as políticas sociais são resultado da mobilização e organização dos trabalhadores e consequência das lutas de classes, no entanto, entende-se que o Estado, ao se posicionar diante de tais confrontos, muitas vezes atua estrategicamente, antecipando-se, no sentido de preservação da ordem burguesa e de sua legitimação, conforme análise de Netto (2011b). Nessa direção:

O Estado vê-se obrigado, pelo poder de pressão das classes subalternas, a incorporar, ainda que subordinadamente, alguns de seus interesses, desde que não afetem aqueles da classe capitalista como um todo, dentro de um “pacto de dominação” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 81).

Iamamoto e Carvalho (2007, p. 99) explicam que, nesse contexto, o Estado passa a assumir um “papel de árbitro das relações de classe”, adotando funções cada vez mais ativas na reprodução da força de trabalho, que vai desde a criação de legislações trabalhistas – que apresentam ganhos efetivos à classe trabalhadora, principalmente no que tange à conquista de direitos sociais – à prestação de serviços sociais regulados por meio de políticas sociais.

Dessa forma, as políticas sociais dependem tanto do nível de organização da classe trabalhadora quanto das estratégias do capital para o processo de acumulação e de reprodução da força de trabalho, constituindo-se, por natureza, em esferas de disputas e negociação de interesses conflitantes (MOTA, 2009).

O caráter contraditório das políticas sociais se apresenta aí: na medida em que essas representam a conquista e o reconhecimento de direitos para a classe trabalhadora, resultado de lutas político-reivindicatórias, também respondem aos interesses do capital. Ou seja, as políticas sociais são “resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais” (FALEIROS, 2000, p. 41).

No entendimento de Pereira (2011a), isso se explica, pois por mais que o Estado esteja predominantemente a serviço das classes dominantes, é por meio da relação dialética com a sociedade que ele abrange o conjunto das dimensões da vida social, os indivíduos e classes sociais, assumindo diferentes responsabilidades, inclusive a de atender demandas e reivindicações conflitantes e contraditórias.

Para a autora, não se deve acreditar que as políticas sociais são tão somente criatura do capital, pois assim não há motivos para defendê-las; ao tempo que, do contrário, a crença de que elas são sempre e apenas conquistas da classe trabalhadora não explica sua secular disputa pelo capital.

Assim, em que pese a funcionalidade das políticas sociais ao capitalismo, a sua existência e continuidade não podem ser creditadas apenas aos interesses da burguesia. Elas devem ser, em alguma medida, pensadas também como produto de lutas de classes que demandam e pressionam a classe hegemônica e o Estado a responder às suas insatisfações e necessidades (DURIGUETTO; MOTANO, 2011).

Faleiros (2000) corrobora com essa perspectiva e afirma ser necessário ultrapassar concepções instrumentalistas e mecanicistas acerca das políticas sociais, levando em consideração tanto o movimento do capital quanto a correlação de forças sociais que impõe limites, desafios e possibilidades à estrutura capitalista:

As políticas sociais não são instrumentos de realização de um bem-estar abstrato, não são boas em si mesmas, como soem apresentá-las os representantes das classes dominantes e os tecnocratas estatais. Não são, também, medidas más em si mesmas, como alguns apologetas de esquerda soem dizer, afirmando que as políticas sociais são instrumentos de manipulação e de pura escamoteação da realidade da exploração da classe operária (FALEIROS, 2000, p. 58-59).

Conforme o autor, o Estado não é um instrumento exclusivo e ilimitado de acumulação de capital, mas intervém, obrigado pela correlação de forças sociais. Por isso, a depender da conjuntura política, as políticas sociais podem ser direcionadas para fortalecer tanto a classe trabalhadora quanto os interesses do capital.

O reconhecimento desses elementos contraditórios não invalida as políticas sociais ou faz com que as mesmas deixem de ser essenciais, mas sinaliza que essas devem fazer parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Nessa direção, Yasbek (2010, p. 62) defende que a política social:

[...] responde a interesses diversos, expressando relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural da sociedade capitalista. Interesses que não são neutros ou igualitários e reproduzem desigual e contraditoriamente relações sociais, na medida em que o Estado não pode ser automatizado em relação à sociedade, e as políticas sociais são intervenções condicionadas pelo contexto histórico em que emergem.

Reitera-se, portanto, a importância de se entender as políticas sociais como processo contraditório, desvelando a sua funcionalidade para o capitalismo e, ao mesmo tempo, compreender que ela pode ser colocada a serviço da justiça social e da equidade, a depender do nível e das formas de lutas de classes (PEREIRA, 2011a).

Ainda que as respostas do Estado às demandas da sociedade demonstrem a prevalência de interesses da burguesia, isso não nega ou desvaloriza a organização e

as lutas dos trabalhadores. Ao contrário, aponta a necessidade de fortalecimento das lutas coletivas, no sentido de construção de um projeto político emancipatório que possa confrontar o projeto hegemônico. Para Behring e Santos (2009), isso significa ser necessário lutar por políticas sociais e pelo reconhecimento de direitos para os trabalhadores, mas ir além deles.

É nessa direção que Behring (2015, p. 188) reafirma que as políticas sociais se configuram “como um terreno importante da luta de classes” e, por esse motivo, devem ser fortalecidas enquanto espaço de resistência e de conquista de direitos dos trabalhadores, mesmo nos limites da ordem vigente.

Nessa direção, as lutas pela ampliação e consolidação de políticas sociais moldadas pela lógica da cidadania são fundamentais na consolidação da emancipação política²³, como espaço de socialização da política e de democratização das relações sociais e econômicas, sendo imprescindível para otensionamento contra o capital (BOSCHETTI, 2016).

Essa análise revela a face contraditória e dialética das políticas sociais que, embora em si mesmas não sejam capazes de superar a ordem social vigente, podem, sim, incluir significativas mudanças no reconhecimento e na garantia de direitos à população destituída de riqueza e poder na sociedade. Somente a partir desse reconhecimento do caráter contraditório das políticas sociais é possível buscar que o seu direcionamento fortaleça uma perspectiva de tensionamento ao projeto do capital.

Após essa compreensão sobre as políticas sociais a partir da análise da dialética crítica, o próximo tópico visa discutir sobre os significados e as aproximações teóricas em torno da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais.

2.2 Abordagens sobre a intersetorialidade nas políticas sociais

Historicamente, as políticas sociais assumiram um desenho socioinstitucional setorial, “temático” ou por “área”, em decorrência da combinação entre as estratégias

²³ Boschetti (2016) defende, a partir de uma interpretação marxiana, que as políticas sociais podem possibilitar a emancipação política, que é o reconhecimento de direitos de cidadania pelo Estado, mas isso não significa a superação das relações capitalistas, ou seja, não implica em emancipação humana, pois essa é impossível de ser concretizada nos moldes da sociabilidade burguesa. Assim, para a autora, a emancipação política é a única forma de emancipação possível dentro da ordem do capital, entretanto, isso não retira sua importância na trajetória das lutas da classe trabalhadora por direitos e melhores condições de vida. Já a emancipação humana é “a construção de uma forma de sociabilidade em que os indivíduos se alcem ao grau mais elevado possível de liberdade, o que implica a eliminação de toda forma de exploração e dominação do homem pelo homem” (TONET, 2015, p. 188), portanto, envolve a ultrapassagem da ordem do capital.

fragmentadas de enfrentamento das expressões da questão social pelo Estado (ALMEIDA, 2014), tendo em vista que os interesses dominantes que regem tais políticas esperam que seu funcionamento seja parcial e segmentado (FALER, 2015).

Nessa direção, Almeida e Alencar (2011, p. 75) afirmam que os recortes das políticas sociais “por ciclos de vida e categorias sociais (crianças, adolescentes, jovens, mulher, trabalhador e idosos), ou por área (saúde, educação, habitação, assistência, entre outras)” fragmentam a realidade social, o que, para Iamamoto (2001), faz com que as desigualdades sociais sejam vistas como problemas de cunho individual, e não como inerentes ao sistema capitalista, na medida em que:

Elimina-se, no nível da análise, a dimensão coletiva da questão social, reduzindo-a a uma dificuldade do indivíduo. A pulverização da questão social, típica da ótica liberal, resulta na automização de suas múltiplas expressões – as várias “questões sociais”, – em detrimento da perspectiva de unidade. Impede assim de resgatar a origem da questão social imanente a organização social capitalista, o que não elide a necessidade de apreender as múltiplas expressões e formas concretas que assume (IAMAMOTO, 2001, p. 18).

Assim, as manifestações imediatas da questão social – como a desigualdade, o desemprego, a fome, etc – são tratadas, no geral, pelo Estado, como desdobramentos inevitáveis da sociedade moderna e como características inelimináveis da ordem do capital (NETTO, 2001b). Nessa direção, as políticas sociais não respondem à questão social em sua essência, pois isso envolveria o enfrentamento do próprio modo de produção capitalista e as contradições inerentes a ele. Por isso, no geral, as políticas são setoriais: a política de saúde, de assistência social, de previdência social etc, e seu formato é, no geral, fragmentado e parcializado. O trecho a seguir reforça essa concepção:

As políticas sociais e os serviços delas derivados são relegados a dimensões particulares e particularizadas da situação de vida dos trabalhadores: a saúde, habitação, educação, alimentação, etc., subordinadas às estratégias político-econômicas que sustentam o processo de reprodução ampliada do capital (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p. 100).

Assim, a segmentação das políticas sociais revela a sua arena política e contraditória, na medida em que são estratégias da ordem do capital para responder às demandas da sociedade de forma pontual:

É numa arena de conflitos e contrassensos que as políticas sociais, recortadas em fatias, fragmentadas e segmentadas por grupos etários, gêneros, segmentos ou necessidades, tentam combater os níveis de vulnerabilidades, na mesma ótica em que as ações utilizadas para esse fim reafirmam os níveis de desigualdade da grande maioria da sociedade (FALER, 2015, p. 78).

Dessa forma, a intervenção do Estado nas expressões da questão social de modo setorializado corrobora para a manutenção do capitalismo, e distancia a população de compreender os verdadeiros determinantes das mesmas, na medida em que a construção de políticas sociais moldadas pela fragmentação impede que a questão social seja vista em sua totalidade.

Para Pastorini (2007) *apud* Faler (2015), o enfrentamento das manifestações da questão social como problemáticas particulares, fragmentando, estilhaçando e atomizando as demandas sociais é uma forma de reprimir, acalmar e silenciar as vozes que atentam contra a ordem socialmente estabelecida.

Nessa direção, segundo Faleiros (2000), as políticas sociais setorializadas contribuem para fragmentar e separar as distintas camadas da classe trabalhadora, fazendo com que a população-alvo dessas políticas seja vista – e, ao mesmo tempo, se veja – como indivíduo isolado, não como pertencente a uma classe ou a uma totalidade. Mota (2009) afirma que isso gera uma pulverização das identidades dos trabalhadores e da ação política coletiva, resultando em um processo de passivização das lutas sociais.

Na atualidade, vivencia-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social, produzindo e reproduzindo de “forma ampliada” a desigualdade (IAMAMOTO, 2015). Tal realidade vem provocando questionamentos acerca das tradicionais respostas oferecidas pelo Estado às demandas sociais, ao se constatar que a moldagem fragmentada das políticas sociais não é mais suficiente para dar conta das novas problemáticas sociais emergentes. É nesse cenário que o debate da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais se configura.

Esse debate só pode ser entendido se contextualizado a partir do núcleo da crise econômica²⁴ vivenciada em âmbito mundial, em meados da década de 1970 – entendida aqui como uma crise estrutural do capital – que trouxe profundas alterações ao modelo de produção e acumulação capitalista, no mundo do trabalho e na gestão e regulação da proteção social. A

²⁴ Segundo Mota (2009), as crises expressam um desequilíbrio entre a produção e o consumo, comprometendo o processo de acumulação do capital. No entanto, as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, conforme destacam Netto e Braz (2006), pois se constituem em mecanismos de restauração das condições de acumulação, garantindo, assim, sua continuidade. Após um período de grande crescimento econômico vivenciado após a década de 1940, a partir de 1970 a economia dá sinais de uma nova crise em nível mundial, que coloca em xeque os referenciais erigidos nos “Anos dourados do capital”, como o fordismo, o keynesianismo e o *Welfare State*.

reestruturação produtiva²⁵, a mundialização do capital/globalização²⁶ econômica e a contrarreforma do Estado²⁷ sob moldes neoliberais foram estratégias utilizadas pelo capitalismo para o enfrentamento dessa crise, na busca de sua recuperação, manutenção das taxas de lucro e restauração da sua hegemonia (MOTA, 2009; BEHRING, 2009; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

O Estado brasileiro segue essa mesma ordem, a de integrar no seu ordenamento político o modelo neoliberal²⁸, e adota a orientação dos organismos econômicos internacionais, implementando, a partir da década de 1990, a (contra)reforma do Estado. Simultânea e contraditoriamente, esse foi o contexto de conquista, por meio de lutas, da efetivação dos direitos sociais na Constituição de 1988, considerada um marco no reconhecimento da cidadania no país, através da responsabilização do Estado e da inauguração de uma nova relação com a sociedade civil.

É nesse panorama que a intersetorialidade aparece e se desenvolve no Brasil, como componente importante tanto na agenda democrática quanto no ordenamento neoliberal, expressando, portanto, projetos políticos contraditórios.

²⁵ Segundo Antunes (2000), o processo de reestruturação produtiva ocorre a partir de 1970, como necessidade de implementar novos mecanismos e formas de acumulação que fossem capazes de oferecer respostas ao novo quadro que se desenhava com a crise do capital, de forma a garantir a acumulação, mas de modo mais flexível. Esse foi o período de aprofundamento da financeirização da economia, da mundialização do capital e da profunda crise estrutural que levou à substituição, principalmente dos modelos taylorista e fordista, pelo toyotista, que provoca um processo de multifuncionalização da mão de obra, de forma a reduzir os custos com os trabalhadores e intensificar a exploração do trabalho. Tais mudanças repercutiram diretamente no mundo do trabalho e na classe trabalhadora, que passa a sofrer com a desregulamentação das leis trabalhistas, a flexibilização e precarização das relações de trabalho, a terceirização, a subcontratação, a informalidade, além da instauração do desemprego estrutural.

²⁶ Alguns autores vão se referir ao processo de mundialização do capital como globalização econômica. Para Ianni (1997, p. 7), esse processo expressa “um novo ciclo de expansão do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório de alcance mundial. Um processo de amplas proporções, envolvendo nações e nacionalidades, regimes políticos e projetos nacionais, grupos e classes sociais, economias e sociedades, culturas e civilizações”. Nessa direção, Alves (1999) afirma que a mundialização do capital/ globalização econômica constituiu um novo patamar de acumulação capitalista em escala planetária, assim, “o espaço mundial torna-se o *espaço do capital*” (IAMAMOTO, 2010, p. 110, grifos da autora).

²⁷ O termo “reforma” do Estado foi largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990, que defendia a necessidade de reorientar o formato e o papel do Estado, pois ele era visto como um dos responsáveis pela profunda crise econômica vivenciada pelo país naquele momento. Para Behring (2008), essa “reforma”, na verdade, constituía-se em uma estratégia ideológica do neoliberalismo para justificar o ajuste fiscal e o desmonte do Estado em favor dos interesses da política econômica, por isso, ela denomina esse processo de “contrarreforma”.

²⁸ Segundo Anderson (1995), o neoliberalismo emerge em meados da década de 1970, em um cenário de intensa crise econômica, na Europa e nos Estados Unidos, como uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista e de bem-estar, apontando a necessidade de manter um Estado forte no controle econômico e parco em todos os gastos sociais. Nessa direção, Netto e Braz (2006) afirmam que o ideário neoliberal propõe um Estado máximo para atender às necessidades do capital e mínimo para os trabalhadores. Ademais, Anderson (1995) pontua que o neoliberalismo é um movimento ideológico que contribui para que o capitalismo conquiste hegemonia em escala global.

Na perspectiva democrática, ela ganha destaque na própria Constituição Federal de 1988 que, no Art. 14, aponta que as políticas que compõem o sistema de Seguridade Social brasileiro devem ser entendidas como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa integração pressupõe, portanto, a necessidade de articulação intersetorial entre essas políticas que compõem a seguridade. Além de sua presença na seguridade social na Carta Magna, a intersetorialidade se torna a diretriz de várias políticas e programas sociais destinados a assegurar direitos como educação, habitação, meio ambiente, trabalho e renda no país.

Em tal perspectiva, entende-se que a intersetorialidade se alinha a um projeto político democrático, sendo associada às ideias de gestão participativa, descentralizada e regionalizada, comprometida com os interesses dos cidadãos que demandam políticas sociais capazes de responder às suas necessidades sociais de forma integral.

Em direção oposta, a intersetorialidade também passa a fazer parte da agenda neoliberal, que direciona uma nova ordem minimizadora de atuação estatal no país, a partir da lógica do ajuste fiscal, impondo mudanças no formato organizacional do Estado, exigindo a modernização da gestão, a racionalização e o enxugamento dos gastos sociais. “Apoiado pelas agências financeiras internacionais, foi forjado no país o clima ideológico e político favorável à implantação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais” (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 11). Nesse contexto, a intersetorialidade é utilizada em função da otimização dos recursos públicos, como uma ferramenta tecnocrática que auxiliaria na racionalização do Estado (TUMELERO, 2013 *apud* QUEIROZ, 2016).

Essas características aparecem com a chamada Reforma do Estado que, no Brasil, ganha força sobretudo no governo de Fernando Henrique Cardoso, e tinha como objetivo a adequação da administração pública nacional a critérios da moderna administração gerencial, pois se defendia que o Estado era ineficiente e incapaz de atender às necessidades dos cidadãos, portanto, era necessário delimitar o seu tamanho e redefinir seu papel regulador (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Nessa direção, Bresser-Pereira, Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, elaborou um “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” que, em síntese, defendia a importância de uma administração pública gerencial, “baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada” (BRASIL, 1995, p. 10). Além da necessidade de o Estado abandonar o seu papel executor e prestador de serviços, o plano apontava como estratégias para alcançar uma administração

pública eficiente, dentre outros aspectos, a racionalização dos gastos sociais, a flexibilização das relações de trabalho, a privatização e a descentralização (BRASIL, 1995).

Não obstante, Behring (2008) faz profundas críticas à referida Reforma, a começar pela expressão “reforma” que, para a autora, tem um sentido estritamente ideológico, utilizado pelo discurso governamental que, aliado a uma concepção neoliberal, tenta justificar os inúmeros ataques à Constituição Federal de 1988 e, especialmente, ao sistema de Seguridade Social brasileiro. Por isso, a autora afirma tratar-se de uma contrarreforma do Estado, de natureza destrutiva, regressiva e antidemocrática, que se expressa para os trabalhadores através da perda de direitos e do aprofundamento das condições de pauperismo que vivenciam.

Em tal panorama, lado a lado com conceitos de gerencialismo e racionalidade, considerados essenciais para a “reforma” da gestão pública, a intersetorialidade é instrumentalizada a favor da modernização do Estado, para dar respostas mais eficientes às necessidades do novo estágio de desenvolvimento do capitalismo e, portanto, como estratégia para justificar o ajuste fiscal.

Esse ideário neoliberal vê, na articulação dos setores, uma das formas de enfrentar os problemas complexos, tendo como foco a possibilidade de redução dos custos operacionais, em que o bom Estado deve ser ágil, mas reduzido, modelo típico da racionalidade técnica (BONALUME, 2011 *apud* FALER, 2015, p. 116).

Dessa forma, verifica-se que a intersetorialidade pode ser implementada tanto pela insatisfação acerca da capacidade do poder público responder às complexas demandas sociais quanto apropriada pelo discurso governamental de “escassez de recursos” em um cenário de crise e ajuste fiscal (FRANÇA, 2014).

A intersetorialidade, a partir da perspectiva da escassez de recursos, é tomada, pelos defensores do neoliberalismo, enquanto um procedimento de reforma administrativa do Estado, na medida em que os direitos sociais inscritos na Constituição de 1988 são desregulamentados para não permitir uma crise fiscal, afinal os custos de uma cobertura social ampla e sistemática são altos demais para ele arcar (FRANÇA, 2014, p. 77).

Reduzida a uma simplificação administrativa e burocrática, a intersetorialidade é utilizada pelo Estado neoliberal como estratégia para legitimar práticas meramente gerenciais, de caráter orçamentário e de redução de custos, o que justifica a existência de políticas sociais mínimas, focalizadas, seletivas e pontuais, no lugar de uma perspectiva universalista, emancipatória e cidadã das políticas sociais.

Firmada no terreno das políticas sociais, as quais estão balizadas no terreno do sistema capitalista, a intersetorialidade tem limites, e é essencial ter clareza disso para não atribuir a ela possibilidades que não podem se concretizar, por esbarrarem nos limites estruturais da ordem

do capital (PEREIRA, 2014). Assim, a intersectorialidade carrega, em sua essência, as contradições inerentes às políticas sociais, de atender às necessidades do cidadão, assim como mantém e legitima a reprodução da ordem capitalista.

Em que pese refletir sobre os seus direcionamentos políticos, faz-se necessário, também, conhecer as principais conceituações acerca da intersectorialidade na literatura, de forma a examinar aproximações, consensos e dissonâncias existentes. Assim, a partir das leituras e análises feitas, pode-se sistematizar esse debate a partir de seis aproximações, conforme apresenta o quadro a seguir:

Quadro 2 - Categorias mais utilizadas para discutir a intersectorialidade

1) Setorialidade/Setor
2) Integralidade
3) Território/Regionalização
4) Descentralização
5) Interdisciplinaridade
6) Redes

Fonte: Sistematização da autora.

O recorte em categorias teóricas feito aqui é apenas para uma melhor explanação sobre a temática, não significando que tais conceitos são isolados ou que as diferentes perspectivas abordadas não se relacionem umas com as outras. Ao contrário, em diversos momentos do texto será possível apreender a interlocução entre as análises, na medida em que as reflexões serão feitas a partir da intersectorialidade nas políticas sociais.

1) A primeira perspectiva de análise concebe intersectorialidade como uma forma de articulação e superação da fragmentação e hierarquização entre **setores** das políticas sociais. Entretanto, apreendem-se, dentro dessa abordagem conceitual, duas compreensões distintas e contraditórias acerca da intersectorialidade, conforme explica Pereira (2014). De um lado, apreende-se a intersectorialidade como meramente agregadora ou integradora de “setores” das políticas sociais, sem questionar, de fato, a fragmentação e a parcialização com que são constituídas; de outro lado, a intersectorialidade é concebida em seu caráter dialético, compreendendo que os “setores” das políticas sociais são, na realidade, parte de um todo indivisível, e que cada um contém elementos dos demais, portanto, a intersectorialidade seria um rompimento da tradição fragmentada das políticas sociais.

A primeira interpretação apontada mascara os conflitos inerentes às políticas sociais e não as vislumbra em sua totalidade. Essa concepção apreende, muitas vezes, a intersectorialidade de forma limitada, como uma simples conexão ou agregação de setores. Ou seja, através do

discurso da intersectorialidade se propõem mudanças nas políticas sociais; no entanto, de forma superficial e limitada, sem criar condições reais de se questionar o tradicional arranjo hierárquico e fragmentado das mesmas, voltado muito mais para dar legitimidade ao ideário capitalista e ao Estado burguês. Nessa linha, segundo Netto (2011b), a intersectorialidade teria como objetivo tão somente uma resposta mais efetiva – e menos onerosa – às demandas da sociedade, administrando-as para conformar sistemas de consenso variáveis onde, no máximo, busca-se “reformular para conservar”.

Já a outra interpretação defendida por Pereira (2014) assevera ser impossível pensar a política social isoladamente, desfalcada de suas relações, da própria sociedade e seus aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos e políticos. Por isso, compreende que a política social, ao pautar-se na lógica intersectorial, não pode fugir da perspectiva dialética para descobrir a “importância de seus vínculos orgânicos essenciais (estruturais, conceituais e políticos) com outros fenômenos e processos, a partir da constatação da inoperância do saber e da ação fragmentados, e conhecer os fundamentos teóricos e históricos dessa vinculação” (PEREIRA, 2014, p. 24).

Nessa lógica, a visão convencional que se tem acerca das políticas sociais divididas em “setores” particulares como saúde, previdência social, educação e assistência social é a de que elas só podem ser compreendidas enquanto integrantes de uma totalidade que não pode ser segmentada – já que cada política social contém elementos das demais. Os ditos “setores” são, na verdade, políticas sociais particulares, com seus movimentos concretos e contradições específicas, porém, dotados de problemática e lógica comuns. Logo, a intersectorialidade é um rompimento da tradição fragmentada das políticas sociais (PEREIRA, 2014).

Ao analisar dialeticamente, Pereira (2014) observa que cada política social deve ser vista como um conjunto de decisões e ações resultantes de relações conflituosas entre interesses contrários que ultrapassam seus perímetros setoriais, tornando-se evidente que a intersectorialidade é a representação objetiva da unidade dessas decisões e ações, sendo, por conseguinte, um processo eminentemente político e conflituoso.

Também nessa direção, Yasbek (2014) define intersectorialidade como articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, à inclusão e ao enfrentamento das desigualdades sociais. Dessa forma, para a autora, a intersectorialidade supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população, envolvendo diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns. Por conseguinte, a intersectorialidade permitiria às políticas sociais uma visão de totalidade da realidade e dos sujeitos que demandam as ações sociais.

Schutz e Miotto (2010, p. 61) seguem essa lógica, abordando a intersectorialidade como a possibilidade de “uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementaridade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação”. Nessa interpretação, as necessidades da população usuária dos serviços públicos devem ser vislumbradas em suas diversas dimensões, ou seja, em sua totalidade, visando à integralidade do atendimento.

2) A análise acima já aponta para o **segundo recorte teórico** que, segundo Miotto e Schutz (2011) e Yasbek (2014), leva a uma concepção de intersectorialidade no âmbito das políticas sociais relacionadas, sobretudo, à **integralidade** e, conseqüentemente, a uma perspectiva de proteção integral.

A intersectorialidade, nessa concepção, deve viabilizar ações e políticas integradas focadas no desenvolvimento integral das pessoas em diversos âmbitos, sejam eles educacionais, de saúde e bem-estar, trabalho e renda, habitação, acesso à cultura, ao lazer e ao próprio universo da cidadania dos sujeitos (BRONZO, 2010).

Desse ponto de vista, as políticas sociais se complementam e devem operar a referência e a contrarreferência interna e externa. Esse processo não é de exclusividade de uma dada política social, mas de todas aquelas que possuem a leitura integral e integradora de necessidades sociais. Assim, a intersectorialidade e a integralidade são, ao mesmo tempo, objeto e objetivo das políticas sociais (SPOSATI, 2004). Bronzo (2010) afirma que a intersectorialidade passa a ser valorizada na perspectiva da integralidade da gestão, principalmente ao se constatar que a gestão segmentada e a definição setorial das políticas já não respondem de forma adequada aos desafios atuais.

Os princípios de integralidade e articulação entre serviços e políticas, associados à noção de intersectorialidade, ganham atenção especial na política de saúde brasileira, que na Lei Orgânica de Saúde (LOS) de nº 8.080, de 1990, em seu artigo 7º, inciso II, aponta para a necessidade da integralidade de assistência à saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos.

Nogueira e Miotto (2009) acentuam a importância do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde, referindo-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada sujeito representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde. Corroborando com essa concepção, Costa (2010) afirma que a intersectorialidade se pauta numa visão de totalidade, na leitura da realidade e no planejamento e gestão das políticas sociais, por isso, cumpre uma

função estratégica para efetivação da integralidade da atenção e para o acesso ao direito em saúde.

Desta forma, atrelada ao princípio da integralidade estão a visão holística e de totalidade dos sujeitos e a busca pelas respostas às suas diversas necessidades sociais, de forma a superar a histórica fragmentação em que estão pautadas as políticas sociais. Logo, a integralidade e a intersectorialidade caminham de mãos dadas.

3) Uma terceira perspectiva de análise acerca da intersectorialidade é associada com a discussão do **território**. Essa abordagem é comumente relacionada à articulação das redes, no momento em que as mesmas são construídas a partir de uma lógica territorial.

Para Bronzo (2010), cada vez mais o território vem adquirindo centralidade para as políticas sociais, seja como elemento para o diagnóstico e a focalização, seja como objeto da intervenção. Isso porque considerar a dimensão do território e da comunidade no desenho das políticas sociais contribui para uma melhor compreensão dos problemas vivenciados, funcionando como uma lente sobre a qual se pode ver as diversas necessidades sociais que acontecem nos territórios, permeadas por relações sociais e laços de respeito, cooperação e conflito, reciprocidade, atuação de redes institucionais e comunitárias.

As mais diferentes políticas sociais brasileiras têm trazido a necessidade de pensar sua intervenção a partir da lógica do território, compreendido para além da abrangência geográfica de um local ou região:

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.) (BRASIL, 2004a, p. 11).

Segundo essa interpretação, na abordagem intersectorial o Estado passa a reconhecer que os problemas sociais não se distribuem ao acaso nas unidades territoriais, ao contrário, “tendem a formar conglomerados humanos que compartilham características relativamente similares de natureza cultural e socioeconômica” (CASTELLANOS, 1997, p. 68 apud INOJOSA, 1998, p. 48). Logo, essa concepção reconhece a necessidade de moldar a ação governamental por um novo paradigma, visando propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas a serem pensadas dentro de um determinado território.

Seguindo essa concepção, Junqueira (1997, p. 37) defende que a lógica intersectorial não deve englobar apenas a articulação entre as dimensões setoriais das políticas sociais, devendo ser pensada dentro de uma noção territorial, de forma a estabelecer uma “interface com outras

dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais”. Assim, atuar de forma intersetorial envolve abordar os cidadãos situados em um mesmo território, e seus problemas, de maneira integrada, o que exige um planejamento articulado das ações e serviços.

Portanto, trabalhar a noção de intersetorialidade associada à ideia da territorialização implica em mudanças na gestão, de forma que o atendimento/atenção às demandas da população usuária seja organizado dentro do território, e não em setores específicos, como as políticas públicas e os serviços vêm sendo pensados tradicionalmente.

Souza (2014, p. 32) ratifica esse pensamento afirmando que a ação intersetorial, para ser implementada, “necessita ser realizada em um território definido”, para que possa contar com o diálogo com sujeitos sociais de setores diversificados, visando intervir na complexidade da realidade social, de forma a superar as ações fragmentadas sob a perspectiva da integralidade. Assim, a lógica a ser seguida pela perspectiva intersetorial deve ser voltada para a população e ao espaço em que se situam, de forma que seja possível identificar os problemas e suas possíveis soluções dentro de um mesmo território.

A interface da intersetorialidade com o debate do território por vezes assume a terminologia de **regionalização**, conforme apresenta Inojosa (1998, p. 44), afirmando que para que as políticas públicas, os serviços e a gestão assumam a lógica intersetorial, devem se reorganizar por um corte regional, com a missão de:

proporcionar a melhoria das condições de vida da população da sua área de jurisdição, geograficamente delimitada. [...] Essa missão é realizada mediante a identificação e a articulação do atendimento às necessidades e demandas dos grupos populacionais da região, considerados em sua dinâmica de uso do espaço urbano.

A compreensão da realidade a partir da lente da territorialização e da regionalização permite a apreensão das distintas e discrepantes perspectivas próprias de cada espaço socioterritorial, buscando articular elementos estruturantes às expressões manifestadas nas particularidades e singularidades dos lugares, pondo em xeque a ideia da realidade como um todo homogêneo. Nessa ótica, as políticas sociais passam a considerar o movimento do real, que se passa nas diferentes escalas do cotidiano vivido nos territórios (KOGA, 2013).

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativas. Dentre estas regras, está a da divisão territorial, que delimita o pedaço do chão que pertence a cada

morador, segundo o que a política de saúde ou de educação, por exemplo, determina como “área de abrangência” (KOGA, 2013, p. 37).

Ao mesmo tempo, a autora aponta que o princípio do território e da regionalização pode ser absorvido pela gestão das políticas sociais como critério de condicionalidade e acesso da população aos serviços sociais. Isso porque o acesso aos mesmos passa a ter como critério a comprovação de residência dos indivíduos a um dado território. Esse modo de operar que aparenta garantir o acesso pode chegar ao ponto de estabelecer critérios mais excludentes do que incluídos, correndo o risco de criar uma “camisa de força” aos usuários dos serviços sociais.

Assim, o uso exclusivamente político-administrativo do território pode levar até mesmo a estratégias da população para “burlar” comprovantes de residência, recorrendo a amigos ou parentes para acessar um serviço, um programa ou um benefício. “Ou seja, a rigidez ou o custo das formalidades termina por gerar estratégias informais para o acesso ao direito” (KOGA, 2013, p. 37).

Para Koga (2013, p. 40), isso faz com que os sujeitos muitas vezes sejam considerados como desterritorializados, “pois seu território se limita a um comprovante de endereço fixo, sem vida e sem vivência”; logo, os indivíduos sem residência fixa não fariam parte de um território ou região e não poderiam ter acesso às políticas e serviços de uma dada região.

Compreende-se, portanto, que dependendo da forma como é apreendido pelas políticas sociais, o território pode fornecer subsídios para uma leitura local das particularidades da realidade das regiões, capaz de potencializar os serviços disponíveis nas regiões, fornecendo serviços adequados às necessidades locais dos sujeitos. No entanto, se limitado à perspectiva geográfica e à comprovação de residência fixa, o princípio do território pode ser utilizado como forma de controle e exclusão, um critério para limitar o acesso ou mesmo excluir os indivíduos.

4) É importante ressaltar que o uso da lógica do território e da regionalização no âmbito das políticas sociais ganha força após a adoção do princípio da **descentralização – quarta abordagem conceitual** sistematizada aqui para compreensão do debate da intersectorialidade.

Segundo Espinosa (2012), a descentralização é o processo por meio do qual os governos centrais transferem ou compartilham o poder e a autoridade com os governos estaduais e municipais, visando a horizontalização das relações de poder – o que só pode se concretizar através da transferência de recursos e funções.

Nessa direção, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) afirmam que a descentralização é entendida como transferência do poder de decisão para instâncias mais próximas dos cidadãos, enquanto intersectorialidade envolve o atendimento às necessidades e às expectativas desses

mesmos cidadãos, visando a sua integralidade. Assim, tanto a descentralização quanto a intersectorialidade devem levar em consideração as condições territoriais que interagem com a organização social da população. E a articulação de ambas prisma por um novo paradigma de orientação da gestão pública.

É importante destacar que existem duas correntes políticas que apresentam perspectivas distintas em relação à descentralização, conforme Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997): os progressistas e os neoliberais. Os primeiros entendem que a descentralização é necessária para reorganizar a relação entre Estado e sociedade, mas sem perder de vista a centralidade do intervencionismo estatal. Já os segundos preconizam o Estado mínimo e o mercado como regulador supremo das relações sociais, e a descentralização seria uma possibilidade de concretizar esses ideais.

A perspectiva progressista defende a descentralização como uma estratégia de deslocamento do poder de decisão, constituindo um processo para um reordenamento do aparato estatal, visando à democratização da gestão através da participação, o que aponta para redefinição da relação entre Estado e sociedade. Em contraposição a essa perspectiva, os neoliberais creem na descentralização como uma estratégia para reduzir o tamanho do aparato organizacional do Estado, sendo vista, portanto, como possibilidade de aumentar a eficiência e eficácia do gasto público na gestão de políticas sociais compensatórias, atenuando apenas a desigualdade mais evidente (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

No Brasil, a descentralização expressa a exigência de que se estabelecesse um novo contrato social entre o Estado e a sociedade civil, ganhando centralidade no processo de redemocratização do país, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, sendo, muitas vezes, entendida como sinônimo de democratização.

Passou-se a supor que, *por definição*, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disto, fortaleceriam e consolidariam a democracia. Igualmente tal consenso supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população (ARRETCHE, 1997, p.128, grifos da autora).

Nessa interpretação, a descentralização é vista como uma condição para realização do ideal democrático, principalmente no que se refere à participação dos cidadãos nas decisões públicas (ARRETCHE, 1997). Por ser considerada uma estratégia para a participação de amplos setores da população na promoção de ações que favorecessem o desenvolvimento regional e local, a descentralização geraria condições para a formulação de políticas públicas mais participativas, que fossem capazes de atender às reais necessidades da população (ESPINOSA, 2012).

Sob essa perspectiva, a descentralização se inscreve como condição indispensável – embora não seja a única – para desenvolver a participação, para que a população participe da gestão dos interesses coletivos, de forma a permitir o exercício da cidadania e a garantia de direitos sociais. O que é justificado por Pereira (2016), que acredita que a proposta da intersetorialidade aparece lado a lado à da descentralização, como alternativa capaz de oferecer solução às demandas da população, por meio de ação integrada entre as políticas setoriais, de modo que o indivíduo possa ser visto e atendido como sujeito integral.

Nesse posicionamento:

A descentralização, considerada como parte do encaminhamento da solução dos problemas sociais, supõe que a transferência de poder venha no âmbito de uma transformação político-administrativa que vise a facilitar o acesso da população aos centros de poder e, conseqüentemente, que vise a atender à demanda social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 12).

Reafirmando esse pensamento, Pereira e Teixeira (2013) apontam que a descentralização se estabelece como categoria precursora da intersetorialidade, na medida em que propõe transferência de poder, manifestando-se como uma estratégia de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais, respeitando a autonomia de cada ator envolvido no processo. Desse modo, a descentralização aparece como via para o desenvolvimento de ações intersetoriais no âmbito da gestão das políticas sociais.

Nessa ótica, a descentralização possibilitaria um novo perfil de organização das políticas públicas. Todavia, Junqueira (1997) chama a atenção que isso não significa uma alteração nas práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas que determinam a maneira de gerenciar as políticas e serviços, pois apesar de muitas vezes descentralizadas, permanecem fragmentadas e segmentadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada e eficaz.

Pereira (2016, p. 114) corrobora afirmando que a descentralização, por si só, não garante a resolução dos problemas sociais, bem como não é, necessariamente, sinônimo de democratização, principalmente quando efetivada “por uma via que repassa responsabilidades para o âmbito local, sem os devidos repasses de recursos necessários para garantia de serviços de qualidade e em quantidade às necessidades da população”.

Segundo Soares (2002, p. 77), a concepção de descentralização que vem se colocando em prática no Brasil é a apropriada pelo discurso neoliberal, como uma “mera transferência da responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais de governo”. Assim, ocorre um processo de “descentralização destrutiva” (SOARES, 2002, p. 83), que delega tão somente aos municípios a competência de gestar e

executar políticas sociais que antes eram de responsabilidade do governo federal, sem os recursos correspondentes ou necessários. Nessa direção, sem o adequado sistema de transferências e de apoio nacional, a descentralização pode acabar por acentuar as diferenças inter-regionais.

5) Além das diversas análises já expostas, há ainda **uma quinta abordagem** que defende que a intersetorialidade somente pode ser atingida em um contexto de **interdisciplinaridade**. Pereira (2014) segue esse posicionamento, afirmando que o significado de intersetorialidade e interdisciplinaridade são muitas vezes confundidos, o que pode ser explicado através da dialética que demarca o prefixo “inter” nesse contexto: denota não apenas a superação das políticas sociais fragmentadas, mas também uma exigência de requalificação da disciplinaridade do conhecimento que norteia essas políticas.

A interdisciplinaridade surgiu quando houve a consciência da carência, no campo do conhecimento, causada pelo excesso das especializações e pela rapidez do desenvolvimento autônomo de cada uma delas. Eis porque, em nome da interdisciplinaridade, observa-se, nos últimos anos, um esforço expressivo de intelectuais, políticos e gestores em romper com a hegemônica fragmentação do conhecimento, típica da metodologia positivista (PEREIRA, 2014).

Essa busca por romper com a postura positivista do saber levou à busca pela lógica dialética enquanto orientadora para um conhecimento do real no seu conjunto ou totalidade. Assim, passou-se a buscar a relação de troca entre saberes distintos, levando em consideração suas contradições específicas, tendo em vista a recomposição da unidade segmentada do conhecimento (PEREIRA, 2014).

Para Vasconcelos (2010), a proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, reconhece dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados sob um mesmo objetivo – o que não significa que prevê o fim da especialização dos saberes. Assim, define interdisciplinaridade como a reciprocidade entre os diferentes tipos de conhecimento, havendo o enriquecimento mútuo entre eles, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.

Seguindo essa linha de pensamento, Severino (2002) defende que a interdisciplinaridade visualiza uma concepção unitária do saber, o que não significa que deva ser constituída uma espécie de superciência única, que eliminaria as diferenças entre os diversos tipos de conhecimento. As disciplinas são importantes e continuam como válidas perspectivas de abordagem dos diferentes aspectos do real, ao se reconhecer a importância da multiplicidade de olhares sob uma mesma realidade. De tal modo, a interdisciplinaridade reconhece as diferenças

e convive com elas, contudo, sabendo que elas se reencontram e se complementam, contraditória e dialeticamente.

A tradicional setorização das políticas públicas é, em parte, influência da própria segmentação das disciplinas, consequência da lógica cartesiana no modelo de intervenção desenvolvido pelo Estado (MIOTO; SCHUTZ, 2011), que espelha a perspectiva positivista de gestão burocrática de caráter hierarquizador e centralizador, garantindo a histórica hegemonia em cada esfera do governo (BELLINI; FALER, 2014).

A intersetorialidade, ao exigir uma articulação dialogada em que diferentes olhares, conhecimentos e experiências devem convergir para compreender e construir melhores respostas para uma problemática em uma realidade comum, demanda, necessariamente, transformações também nos paradigmas em que estão embasadas as políticas setoriais, de forma a romper com “relações de poder e saber já sedimentadas que se mantêm através de práticas fragmentadas e que se perpetuam em processo de retroalimentação e não promovem mudanças” (BELLINI; FALER, 2014, p. 35). Essa concepção apresenta a interdisciplinaridade como uma exigência para que a intersetorialidade aconteça de fato.

Nessa direção, Junqueira (2000) acredita que a interdisciplinaridade é o caminho para se atingir a intersetorialidade, pois além da articulação entre políticas setoriais, é necessária a integração de saberes diversificados, orientando uma nova prática frente à realidade e aos problemas sociais emergentes.

Pereira (2016) segue essa linha de pensamento ao compreender a interdisciplinaridade enquanto alicerce básico para se alcançar a intersetorialidade, na medida em que a condição fundamental para sua realização é a interação entre atores/profissionais de formações/saberes distintos, o que constitui o pressuposto teórico-prático para a concretização da ação intersetorial.

Inojosa (2001) vai além, defendendo, no cerne da intersetorialidade, não a interdisciplinaridade, mas a transdisciplinaridade. A crítica ao prefixo “inter”, pela autora, é que ele poderia significar uma mera aproximação de saberes que continuam isolados, sem gerar novas articulações.

Nessa ótica, para Almeida Filho (2000, p. 17, grifos do autor):

Transdisciplinaridade indica uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; estruturada em sistemas de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência à horizontalização das relações interdisciplinares.

Seguindo essa linha, a transdisciplinaridade seria a “a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos” (INOJOSA, 2001, p. 103), ao compreender que as disciplinas, isoladamente, são incapazes de captar a totalidade do real, fazendo necessária a construção de um novo paradigma capaz de dar conta da complexidade e da diversidade da realidade.

A autora faz uma crítica acerca da forma como as disciplinas foram sendo construídas. Tais como os setores, nasceram sob um paradigma de disjunção e redução, acabando por se fecharem em si mesmas, construindo saberes isolados e com pretensão de esgotar questões, sem trabalhar com a diversidade das mesmas. Por isso, defende a superação da fragmentação do conhecimento.

Compreendendo isso, assevera que tal como as disciplinas são trabalhadas isoladamente, as políticas públicas e os serviços sociais também o são: “o aparato governamental reflete perfeitamente as clausuras das disciplinas. Tal aparato governamental é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações. Ninguém encara as pessoas e as famílias como as totalidades que são” (INOJOSA, 2001, p. 103). No entanto, a fragmentação dos saberes, dos setores e dos próprios sujeitos vem se mostrando incapaz de oferecer respostas satisfatórias às necessidades sociais, e para compreender a realidade em sua complexidade.

Assim, a questão das fronteiras disciplinares e a problematização do papel da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade na ação intersetorial pode servir para ilustrar a discussão mais fundamental sobre a natureza do próprio saber e suas relações com a prática transformadora da realidade que fundamenta as políticas sociais (ALMEIDA FILHO, 2000).

A **sexta categoria** apreendida é a da intersetorialidade como princípio do trabalho com **redes**, na qual se destaca o pensamento de Bourguignon (2001), que defende que a intersetorialidade deve ser norteadora da construção de redes intersetoriais, de modo a forjar novos direcionamentos para as ações das políticas públicas/sociais. É partindo dessa concepção que a discussão das redes também se apresenta como categoria central desta investigação e será aprofundada no tópico a seguir.

Assim, defende-se que a intersetorialidade, associada aos conceitos de integralidade, territorialização, descentralização, interdisciplinaridades e redes, pode ser uma importante estratégia para garantia da proteção social e dos direitos sociais da população brasileira, ao se alinhar à perspectiva do projeto democrático. Todavia, essa também pode ser apropriada pelo projeto do capital, que redimensiona seu significado a serviço dos interesses da acumulação e reprodução do próprio capitalismo. Portanto, a intersetorialidade, ao ser implementada no

âmbito das políticas sociais, tem uma dimensão contraditória e pode atender a interesses distintos.

2.3 Diálogos sobre rede: interpretações, perspectivas e desafios

O debate sobre as redes vem ganhando cada vez mais destaque na atualidade, adotando diferentes conceituações e tipologias, a depender do campo de estudo que se propõe a analisá-las, como na sociologia, na comunicação, na administração pública e nas políticas sociais. Segundo Silva (2010), o tema das redes se tornou um paradigma que norteia o pensamento contemporâneo, passando a ser expressamente utilizado tanto por gestores públicos no planejamento de suas ações como pelos movimentos sociais, pelo Terceiro Setor, administradores de empresas e setor da informática.

O termo rede sugere uma teia de vínculos, relações e ações entre indivíduos e organizações, portanto, envolve processo de circulação, articulação e cooperação. Entretanto, as redes podem assumir características mais duradouras ou efêmeras, vínculos mais densos ou mais tênues, simples ou complexos (CARVALHO, 2003).

Minhoto e Martins (2001) apresentam, a partir das considerações de Loiola e Moura (1996), quatro noções associadas ao conceito de rede: 1) no campo interpessoal, refere-se à rede conformada por indivíduos com interesses em comum, tendo como características a informalidade, a ideia de troca e ajuda mútua. Enquadram-se nesse caso as redes primárias e as redes naturais; 2) no campo dos movimentos sociais, tendo como atores as organizações populares, as organizações não governamentais, atores políticos, sindicatos e associações populares, com vistas à mobilização de recursos, ao intercâmbio de dados e experiências e à formulação de políticas e projetos coletivos; 3) as redes, no campo do Estado/Políticas Públicas, representam formas de articulação entre agências governamentais e/ou dessas com redes sociais, organizações privadas ou grupos que lhes permitem enfrentar problemas sociais e implementar políticas públicas. Nesse campo, encontram-se as chamadas redes institucionais e redes secundárias formais; 4) e no campo da produção/circulação, em uma rede conformada por agentes econômicos, na qual ela assume a forma de organização intermediária entre a firma e o mercado.

Para Gonçalves e Guará (2010) existem cinco tipos de redes de proteção social: 1) as redes primárias e de proteção espontânea, são aquelas que se organizam na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, de proximidade com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade; 2) redes de serviços

sociocomunitários, que são uma extensão das redes sociais espontâneas, mas são organizadas para atender demandas mais coletivas e menos difusas no espaço comunitário, voltadas para a responsabilidade compartilhada; 3) redes sociais movimentalistas: são conformadas por movimentos sociais e associações de defesa de direitos, que oxigenam as demais redes nascidas na sociedade; 4) redes setoriais públicas, que prestam serviço de natureza específica e especializada, resultantes das obrigações e dos deveres do Estado para com seus cidadãos, como redes de serviços para pessoas com deficiência, para crianças e adolescentes etc; 5) e redes privadas, que são aquelas conformadas por instituições e/ou empresas da iniciativa privada.

Segundo Chiaverini et al. (2011), existem três tipos de redes: rede de serviços; de apoio social/pessoal ao indivíduo; e rede intersetorial – envolvendo diferentes políticas e instituições, públicas ou não. Esses diferentes tipos de redes apresentam possibilidades de atuação dos indivíduos, profissionais e dispositivos de atenção, numa crescente corrente de corresponsabilidade.

Pode-se associar a rede de apoio/pessoal destacada acima com a chamada rede informal e comunitária que compõe um dado território, auxiliando nas ações de cuidado/atenção, suporte e apoio social ao indivíduo e sua família. A rede informal aparece como essencial para estabelecer interseções e parcerias com as equipes que atuam nos serviços e políticas daquele território (MACEDO et al., 2015).

Já para Pfeifer (2009), as redes podem se organizar de três formas: 1) redes por política social, que se constituem mediante a articulação entre programas, projetos, serviços, benefícios e instituições de uma mesma política social – como rede de assistência social, rede de atenção à saúde, rede de atenção psicossocial; 2) redes interpolíticas sociais, que consiste na ação integrada entre as redes por política social, consubstanciando o diálogo e a conexão entre as políticas setoriais distintas, envolvendo programas, projetos, serviços, benefícios e instituições nas diversas áreas da política social; 3) redes de atenção por grupos sociais, que se organiza pela agregação dos serviços e benefícios das diferentes políticas sociais para o atendimento às demandas de grupos específicos, como redes de atenção à pessoa com deficiência, à pessoa idosa, à criança e ao adolescente, a pessoa com transtorno mental, dentre outros.

Neste estudo, entende-se o conceito de redes em sua aproximação teórica com a intersetorialidade na esfera das políticas sociais, que aparece como chave privilegiada para compreender as transformações de grande magnitude que ocorrem no cenário da crise econômica da década de 1970, que trouxe como respostas a globalização econômica, a contrarreforma do Estado, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, conforme apresentado no tópico anterior.

É nessa conjuntura de profundas modificações econômicas, políticas, sociais e culturais que as redes tomam forma e passam a assumir diversos significados, nas transformações no âmbito do Estado, na reorganização da gestão pública, nas novas formas de organização social e de movimentos sociais, no setor de informação, na economia, dentre outros.

No pensamento de Castells (2014), foi com a globalização, associada à emergência de um novo paradigma tecnológico, baseado nas tecnologias de comunicação e informação que transcendem fronteiras que a sociedade passou por uma mudança estrutural e se tornou, em suas palavras, uma “sociedade em rede”, constituída por indivíduos, empresas e Estado, que operam em um campo local, nacional e internacional, em um sistema de “nós” emaranhados. Assim, não apenas as empresas passam a se organizar no formato de redes, como a própria estrutura da nova economia mundial, “na medida em que os processos estruturadores da economia, da tecnologia e da comunicação estão cada vez mais globalizados” (MINHOTO; MARTINS, 2001, p. 84).

Nessa interpretação, a globalização possibilitou o estabelecimento de conexões entre o local e o global em tempo real e de maneira dinâmica, fazendo com que as antigas formas de organização social adquirissem novas capacidades e passassem a exigir do Estado e da sociedade uma reorganização também no formato de redes (CASTELLS, 2014). Assim, o conceito de rede passou a ser muito utilizado para definir as novas formas de socialização e o fluxo informacional dentro da ordem globalizada, de forma que o seu uso passou a ser sugerido para o estudo de sociedades complexas (ENNE, 2004).

As transformações advindas da globalização econômica repercutem não apenas na dimensão econômica e tecnológica, mas também no âmbito social, provocando a intensificação e complexificação da questão social e suas expressões, na medida em que o processo de mundialização do capital é acompanhado pela desregulamentação da economia, guiado pelo receituário neoliberal, em um cenário de crise do chamado *Welfare State*²⁹.

Como visto no tópico anterior, essas transformações impactaram mais fortemente o Brasil na década de 1990, quando o país passou a seguir as políticas macroeconômicas de corte neoliberal, bem como redirecionou seu modo de produção em direção à reestruturação

²⁹ O *Welfare State*, também denominado por autores diversos como Estado de Bem-Estar Social, Estado-Providência ou Estado Social, pode ser entendido como uma instituição do século XX que teve seu apogeu no segundo pós-Guerra, na chamada “Era de ouro” do capital, em países de capitalismo avançado, e crise a partir de 1970. Guiado pelo ideário keynesiano que pregava a regulação da economia e o incentivo ao pleno emprego como saída para a crise econômica vivenciada a partir de 1929, em um contexto de produção fordista, inaugurou um sistema de proteção social complexo, de garantia de bens e serviços sociais, e o reconhecimento e ampliação de direitos sociais, possibilitando a melhoria das condições de vida da população naquele contexto (BEHRING; BOSCHETTI, 2011; ESPING-ANDERSEN, 1995).

produtiva, como justificativa para inserção do país na economia internacional (ALMEIDA; ALENCAR, 2011). Paralelamente, vivencia-se o processo de redemocratização brasileira, que desenha na Constituição Federal de 1988 políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É nesse panorama de dualidade que ocorre a proliferação das redes no Brasil, no âmbito dos movimentos sociais, da gestão pública, das novas relações entre Estado e sociedade, podendo imprimir interesses distintos dos projetos democrático e neoliberal em confronto no país. Adotando o conceito de Dagnino (2004) para interpretação dessa realidade, defende-se que a concepção de rede sofre uma “confluência perversa”, na medida em que se faz presente no discurso de ambos os projetos políticos, mas pode expressar direcionamentos antagônicos.

No projeto democratizante, a ideia de rede está associada à necessidade de novos arranjos voltados para a constituição de relações mais horizontais entre a sociedade e o Estado e a exigência de desenvolvimento de uma nova consciência cidadã, que reivindica maior participação nos processos de gestão das políticas sociais (TEIXEIRA, 2002). Dessa forma:

A multiplicidade de atores sociais influenciando o processo político, seja na decisão, execução ou controle de ações públicas, sinaliza para o florescimento de uma sociedade policêntrica, na qual se organizam distintos núcleos articuladores, que, por sua vez, tendem a alterar os nexos verticais entre estado e sociedade, baseados na regulação e subordinação, em direção às relações mais horizontais e que privilegiam a diversidade e o diálogo (TEIXEIRA, 2002, p.1).

No âmbito dos movimentos sociais, defendia-se que as redes abririam caminho para a constituição de espaços voltados para a participação da sociedade nas esferas decisórias. Nessa direção, segundo Scherer-Warren (2008), as redes de movimentos sociais se referem a uma estratégia de ação coletiva baseada numa cultura solidária, cooperativa, horizontalizada e mais democrática, visando a uma nova forma de organização da sociedade que possibilitaria a construção de caminhos para uma política emancipatória.

Na esfera da gestão pública, acreditava-se que a ação em rede ocasionaria uma nova cultura democrática, participativa e horizontal (GONÇALVES; GUARA, 2010) na gestão pública, criando uma nova dinâmica social de pluralidade e de maior interatividade entre os cidadãos e o Estado, o que resultaria em uma maior efetividade no planejamento e implementação das políticas sociais (PIRES; COSTA, 2012). Assim, a organização das políticas e dos serviços sociais em rede permitiria a melhoria do acesso e, conseqüentemente, potencializaria a garantia dos direitos sociais.

No entanto, essa concepção de redes defendida pelo projeto democrático, em prol dos direitos, da participação social nas ações de decisão do poder público, do controle social, não foi efetivada completamente.

Ao lado da redefinição das noções de sociedade civil, participação social e cidadania, a concepção de rede aparece como estratégia do projeto neoliberal que, ao reduzir o papel do Estado, necessita da sociedade para assumir parte de suas responsabilidades com a proteção social, através do chamado Terceiro Setor, em um apelo pela solidariedade (DAGNINO, 2004). Assim,

A ortodoxia neoliberal defende que o bem-estar social deve ser promovido pelo âmbito privado, fontes naturais autônomas de bem-estar, tanto os provedores informais como família, comunidade, vizinhança; os provedores do “terceiro setor”, organizações da sociedade civil; e os formais, como o mercado. O Estado só deve intervir, de forma residual e compensatória, nos casos de pobreza absoluta (TEIXEIRA, 2013, p. 58).

Em tal perspectiva, a intervenção em rede incentiva a parceria entre o setor público e o privado, como estratégia para responder às complexas expressões da questão social emergentes, justificando a transferência de responsabilidade do Estado. Nesse cenário, alguns autores defendem que o Estado de Bem-Estar Social passa a ser substituído pelo Pluralismo de Bem-Estar (PEREIRA, 2011a; TEIXEIRA, 2015) ou *Welfare Mix* (DRAIBE, 1993; CARVALHO, 2008), conforme é possível verificar nos trechos a seguir:

Por bem-estar pluralista ou misto entende-se a ação compartilhada do Estado, do mercado (incluindo as empresas) e da sociedade (organizações voluntárias, sem fins lucrativos, a família ou rede de parentesco) na provisão de bens e serviços que atendam necessidades humanas básicas. Esta concepção define uma divisão fundamental de responsabilidade no campo do bem-estar e uma redistribuição entre os três “parceiros”: Estado, mercado e sociedade (PEREIRA, 2011a, p. 199).

Está na ordem do dia o chamado *Welfare Mix*, que promove uma combinação de recursos e de meios mobilizáveis na esfera do Estado, do mercado, das organizações sociais sem fins lucrativos e, ainda, aqueles derivados das microssolidariedades originárias na família, nas igrejas, no local, de modo que as políticas sociais se apresentam hoje como responsabilidades partilhadas (CARVALHO, 2008, p. 269-270, grifos da autora).

Em suma, a ideia proposta pelo bem-estar pluralista visa substituir o Estado de Bem-Estar pela “sociedade de bem-estar”, privilegiando a sociedade como principal agente de proteção social. Tal modelo vem sendo assumido pelo ideário neoliberal que aposta na redução do papel do Estado na oferta de bem-estar social, de forma que essa responsabilidade passa a ser tomada por setores da própria sociedade (PEREIRA, 2011a).

Nesse sistema de proteção social misto, a organização das políticas sociais em rede propõe o estabelecimento de parcerias entre Estado, mercado e sociedade; instaura e legitima o

chamado “pluralismo de bem-estar social”, que desloca do poder público o seu papel de garantidor dos direitos sociais e coloca a iniciativa privada e a sociedade como corresponsáveis pelo bem-comum. Esse formato de rede, que envolve o “*mix*” público/privado, defende que o Estado não deve ser o gestor e executor dos serviços, mas um normatizador e coordenador de uma rede de serviços que é executada pela própria sociedade.

No entanto, diversas críticas têm sido levantadas acerca do chamado “pluralismo de bem-estar”, conforme destaca o trecho abaixo:

O que encontramos é, na verdade, uma tendência de mudança nos modos de produzir e distribuir os bens e serviços sociais. Isto é, estão em curso, processos sociais que tendem a alterar as relações entre o Estado e o Mercado; o público e o privado; os sistemas de produção, de um lado, e os de consumo, de outro, dos equipamentos sociais. As chamadas “forças alternativas” [...] são exemplos que se multiplicam e que correspondem a tantos outros, verificados em todo o mundo, de participação dos próprios beneficiários e de envolvimento de associações voluntárias e de redes de ONGs – organizações não governamentais – no encaminhamento das políticas sociais. Ora, este aspecto que, como vimos, expressa formas novas de sociabilidade, mostra também um reordenamento das relações destas partes da sociedade com o Estado e a Economia: ali onde antes predominavam o Estado ou o Mercado (ou os seus vários “*mix*”), um espaço passa a ser ocupado por estas novas formas da “solidariedade social” (DRAIBE, 1993, p. 35).

Nesse posicionamento, defende-se que o chamado “pluralismo de bem-estar” nada mais é do que uma estratégia ideológica do projeto neoliberal para justificar a desresponsabilização do Estado pelo atendimento das refrações da questão social, constituindo um processo de reprivatização desse atendimento (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013). Para Teixeira (2015), isso significa o desvirtuamento da noção de direitos sociais, seu esvaziamento, desmantelamento e deslegitimidade desses como responsabilidade do Estado democrático de direito.

Segundo Montañó e Duriguetto (2011), o que está em jogo não é a divisão de responsabilidades entre Estado, mercado e sociedade, mas a alteração do padrão de resposta à questão social, que deixa de ser pautado por uma lógica de direito social e dever do Estado, para ser mercantilizado e refilantropizado, perdendo o seu significado público e político.

Assim, a ideia de rede no âmbito das políticas sociais pode ser direcionada por projetos políticos distintos: o projeto político democrático e o projeto neoliberal. Sob a primeira perspectiva, a noção de rede se associa com conceitos de democracia, participação social, movimentos sociais, cidadania, enquanto um mecanismo através do qual a sociedade assegura sua participação na gestão democrática das políticas e serviços sociais (SILVA; TEIXEIRA, 2016). Portanto, essa concepção defende a presença e a responsabilidade do Estado frente às políticas sociais, ao mesmo tempo que demanda a participação da sociedade civil na gestão social.

Na segunda perspectiva, a rede é valorizada em função da redução de recursos públicos e guiada pelo princípio da desresponsabilização do Estado na proteção social, havendo uma supervalorização do Terceiro Setor, utilizando o voluntariado como peça fundamental (MIOTO, 2002). Nessa direção, ocorre a acentuação das responsabilidades sociais individuais e a progressiva diminuição das responsabilidades do Estado, gerando um crescimento das desigualdades sociais.

Assim, os conceitos estudados de rede, intersetorialidade, descentralização, participação, dentre outros, podem ser utilizados por ambos os projetos, no entanto, o direcionamento assumido por eles é distinto, e mesmo contraditório, de acordo com seus interesses políticos.

Defende-se aqui a importância das redes nas políticas sociais, como estratégia para o atendimento integral das necessidades sociais e na implementação de uma gestão pública participativa de forma que haja o fortalecimento da cidadania. Contudo, para isso, é necessária a presença do Estado na proteção social e na garantia dos direitos sociais, principalmente em um cenário como o brasileiro, reconhecido pela intensa desigualdade social e pelo histórico de políticas sociais fragmentadas, focalizadas e seletivas.

Assim, não se pode assumir uma visão meramente instrumental das redes, imaginando-as, ingenuamente, como solução para todos os problemas envolvidos no campo das políticas sociais (TEIXEIRA, 2002). Pois, apesar da sua centralidade, isso não significa que ela está imune de questionamentos. Como foi destacado nas análises, dependendo da forma como são materializadas, em vez de serem instrumentos para potencializar a ação do Estado no enfrentamento às diversas necessidades sociais, podem ser utilizadas a serviço da desresponsabilização do poder público na garantia de proteção social. Essa compreensão é importante para que se possa refletir sobre qual concepção de rede está sendo materializada no contexto atual e quais os seus limites e possibilidades.

As análises realizadas nesse capítulo buscaram debater acerca das diversas concepções teóricas da intersetorialidade nas políticas sociais, associadas às ideias de rede, descentralização, regionalização, territorialização, interdisciplinaridade e integralidade. Tais conceitos não estão imunes a questionamentos e podem apresentar direcionamentos distintos, na medida em que são materializados em uma realidade permeada por disputas de interesses políticos, sociais e econômicos.

Em síntese, buscou-se traçar um caminho de análise que permitisse compreender a fragmentação das ações institucionais relacionadas ao padrão estrutural da política social no capitalismo, assim como a presença da noção de redes apropriada pelo discurso neoliberal para

justificar o enxugamento do Estado e a reconfiguração do padrão de respostas à questão social sob moldes privatistas, assistencialistas e mercadológicos. Em direção oposta, a intersectorialidade pode confrontar as formas de vida neoliberal, que incluem a fragmentação, a descontinuidade e a desarticulação das políticas sociais, por isso, aparece como um desafio para a defesa da coisa pública neste ciclo agressivo do neoliberalismo vivenciado na atualidade. A sociedade atual, marcada por intensas desigualdades, exige uma proteção social ampla, e não fragmentada, o que coloca a intersectorialidade como um compromisso inadiável.

3 A INTERSETORIALIDADE NA SEGURIDADE SOCIAL: a política de saúde e assistência social em foco

A Constituição Federal de 1988 consagrou a expressão Seguridade Social, até então oficialmente inexistente no Brasil, de forma a consignar um sistema de proteção social amplo ao cidadão, composto pelas políticas de saúde, previdência e assistência social. Desde então, o texto constitucional e as legislações organizativas das políticas de seguridade social incitam a necessidade da articulação intersetorial, tanto no campo da gestão quanto nas suas ações e práticas.

Entende-se a necessidade de integração entre essas três políticas sociais para que seja possível construir uma unidade no âmbito da Seguridade Social. Apesar disso, este estudo tem como foco de análise a política de saúde, sobretudo de saúde mental, e sua articulação com a política de assistência social, por isso o debate em torno da previdência social não será aprofundado no decorrer do texto, mas se faz presente em diversos momentos, quando se trata da discussão da Seguridade Social de forma geral.

Nessa direção, este capítulo tem como objetivo discutir acerca da intersetorialidade na Seguridade Social, especificamente nas políticas de saúde e assistência social. Em um primeiro momento, o debate se voltará sobre a intersetorialidade na Política de Saúde no Brasil, refletindo sobre seus desafios no âmbito do SUS e, em seguida, sobre a intersetorialidade na Política de Assistência Social, no SUAS e na rede socioassistencial.

3.1 A intersetorialidade na Política de Saúde e seus desafios no âmbito do SUS

Para compreender sobre a intersetorialidade na política de saúde é necessário refletir sobre o conjunto das determinações e relações que influenciam tanto em sua trajetória histórica quanto nas suas relações com as estruturas econômicas, políticas e sociais. Destarte, é imperioso situar a saúde no campo das políticas sociais, como fruto da relação dialética entre Estado e sociedade e, portanto, inserida na dinâmica do capitalismo e permeada pelo confronto de interesses distintos.

A análise da trajetória da saúde no Brasil aponta para sua profunda relação com as condições de vida e trabalho da sociedade e que, portanto, sofre com as determinações e transformações da estrutura social do país (BRAVO, 2013). Desse modo, a construção e a consolidação da política de saúde no cenário brasileiro resultam das necessidades sociais determinadas pelo padrão de acumulação da economia e, ao mesmo tempo, produto de um

processo de lutas, resistências e movimentos sociais, conforme será discutido ao longo deste tópico.

O percurso histórico da assistência à saúde no Brasil demonstra uma tradição de omissão do poder público, sobretudo até o final da República Velha, quando prevalecia a concepção de Estado liberal, que via a saúde como um problema de responsabilidade do indivíduo, consolidando o que Paim (2009, p. 27) denomina de um “não-sistema de saúde”.

No período Colonial, no século XVIII, em que predominava a economia agroexportadora articulada ao regime escravista, e a maior parte da sociedade vivia no espaço rural, a assistência à saúde era feita através da filantropia, principalmente por meio das Santas Casas de Misericórdia, que tinham caráter religioso e voltavam-se para o atendimento da população pobre (BRAVO, 2013).

No Brasil Imperial, a assistência à saúde permanecia sob responsabilidade privada e era dividida entre aqueles que podiam pagar por assistência médica privada, e aos demais restava o atendimento pela caridade e filantropia. Ao mesmo tempo, a população vivia uma precária situação de saúde, com altos índices de mortalidade, proliferação de diversos tipos de doenças e epidemias que, aos poucos, foi comprometendo a economia agroexportadora, impondo ao poder público a necessidade de realizar o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória, o que passa a ocorrer, sobretudo, no final do século XIX e início do século XX, no início da República Velha (PAIM, 2009). Assim, “um dos problemas cruciais para o atendimento à saúde era o saneamento dos portos e núcleos urbanos, a fim de criar condições mínimas para as relações comerciais com o exterior” (BRAVO, 2013, p. 118).

Foi nesse contexto, com o avanço da economia capitalista exportadora cafeeira no país, que “a saúde despontava como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público” (PAIM, 2009, p. 27). No entanto, o tratamento dado pelo Estado, naquele momento, era como “caso de polícia”, nas palavras de Cerqueira Filho (1989), ou seja, pelos aparelhos repressivos do Estado, na medida em que se restringia a realização de ações inspiradas na chamada “polícia sanitária”, com campanhas que mais lembravam operações militares.

Sobre isso, Bravo (2013, p. 118-119) reforça:

As medidas de saúde pública reduziram-se a soluções imediatistas para os agudos problemas, que poderiam comprometer o processo de acumulação na cafeicultura, ou tentativas de respostas aos quadros calamitosos de epidemias, que ameaçavam a população em geral e provocavam pressões políticas. Entre estas medidas,

destacavam-se as campanhas (contra febre amarela, peste bubônica, varíola), a notificação obrigatória e a vigilância epidemiológica.

Dessa forma, as primeiras ações públicas em saúde no país eram majoritariamente relacionadas a endemias e problemas de saneamento nos núcleos urbanos – questões diretamente ligadas aos interesses da economia naquele momento.

A partir de 1920, com a crise do padrão agroexportador e a emergência da industrialização e do trabalho assalariado, passam a serem exigidas respostas mais sofisticadas do Estado frente à questão social, assim como às demandas da população voltadas à assistência em saúde, uma vez que há eclosão dos primeiros movimentos sociais organizados por trabalhadores, que ameaçavam a ordem vigente.

Em 1923 é realizada a reforma Carlos Chagas³⁰, considerada um marco ao tentar ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União para ampliar o poder nacional no interior da crise política que se dava naquele momento (BRAVO, 2013).

Nesse período, foram tomadas medidas que constituíram o início do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a Lei Elói Chaves, com a criação do sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias, também no ano de 1923 (BRAVO, 2009), que trouxeram uma tradição que se torna uma marca da política de saúde no país: a subordinação do direito à assistência médica a um sistema previdenciário.

A chamada medicina previdenciária era restrita aos trabalhadores das grandes empresas e a determinadas categorias profissionais, de forma que aos demais restavam duas opções: “pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas” (PAIM, 2009, p. 33). Dessa maneira, a saúde ainda não era considerada um direito e não estava vinculada à condição da cidadania, cabendo aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes.

Na Era Vargas, a partir de 1930, a questão social emergente na década de 1920 se intensifica, com a aceleração da industrialização e ampliação da massa trabalhadora urbana, exigindo seu reconhecimento como questão política, o que implicou na redefinição do papel do Estado e a emergência de políticas sociais, associadas também ao padrão de acumulação capitalista que avançava na época.

³⁰ A Reforma Carlos Chagas previu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, que era o principal órgão federal da área da saúde no país, estabelecendo como atribuições federais: o saneamento rural e urbano, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais (BRAVO, 2013).

De tal modo, o governo de Vargas é marcado pelo reconhecimento de direitos sociais, agregados ao conjunto de leis trabalhistas que, segundo Vianna (2011), fazem parte de um projeto de reorganização do processo de acumulação, de forma a encaminhar preventivamente o conflito entre capital e trabalho.

Nesse contexto, segundo Bravo (2013), é possível identificar a emergência de uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública se centraliza na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, pautado no modelo sanitarista campanhista³¹.

Em relação à medicina previdenciária, verifica-se sua expansão com a transformação das CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1933, que pretendeu “estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla” (BRAVO, 2009, p. 92). Destarte, embora houvesse uma ampliação do acesso à assistência à saúde, ainda era restrita a trabalhadores formais, vinculada à previdência social, em uma lógica do seguro social, dando origem à chamada “cidadania regulada”, nas palavras de Santos (1979).

Nessa direção, Conh (2012, p. 239) afirma que nesse período há uma intensificação da dualidade do sistema de saúde brasileiro: “um, para os assalariados do mercado formal de trabalho, e outro para os não assalariados; afora o liberal, para aqueles que têm acesso a assistência médica pelo mercado”. Compreende-se que a vinculação do direito à saúde ao mercado de trabalho formal é funcional ao capitalismo e ao modelo de acumulação industrial da época.

A partir de 1950, passa-se a estruturar um atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, apontando para a formação de empresas médicas. Nesse contexto, a corporação médica, ligada aos interesses capitalistas, pressiona o financiamento da produção privada através do Estado, defendendo a privatização da saúde. Mas é no período da Ditadura Militar que o modelo privado de saúde ganha força, articulando o Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas; enfatizando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; criando um complexo médico-industrial responsável pela elevação das taxas de acumulação de capital das grandes empresas internacionais na área

31 O modelo sanitarista campanhista, como o próprio nome indica, era baseado nas campanhas sanitárias para combate de epidemias, tais como febre amarela, peste bubônica e varíola, realizando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiam, no geral, as camadas mais empobrecidas da população.

de produção de medicamentos; e incentivando uma prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde (BRAVO, 2009).

Nesse momento, ocorreu a imposição da medicalização da vida social, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor de saúde precisava assumir as características capitalistas, devido à incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior (BRAVO, 2009). Assim, ocorre uma diminuição do subsetor da saúde pública e uma expansão da medicina previdenciária, principalmente em 1966, com a unificação dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que irá intensificar, também, o processo de privatização da saúde no país (ROSA, 2008).

Esse cenário, acentuado no início da década de 1970, evidencia o alinhamento da saúde aos interesses do capital, por meio da implementação de um complexo médico-industrial que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos, e através da compra de serviços médicos privados que proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas (TEIXEIRA, 1995a).

Com efeito, verifica-se que, tradicionalmente, o modelo de saúde privilegiado no país demonstra estreita conexão com a previdência social, na chamada medicina previdenciária, que gerou a exclusão de grande parte da população aos serviços de saúde, não sendo visto como um direito universal. Além disso, esse modelo prioriza uma prática médica curativa em detrimento de ações de prevenção e promoção, adotando uma concepção de saúde apenas como ausência de doenças.

No final da década de 1970 e meados de 1980, mesmo sob forte repressão no contexto ditatorial, passa a haver questionamentos acerca do modelo de saúde hegemônico, emergindo o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que, em articulação ao movimento popular pela redemocratização do país, aparecia como uma das principais forças organizadas naquele momento em prol da luta pela ampliação dos direitos sociais, tendo como objeto central o direito à saúde. “A preocupação central da proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2011, p. 14). Dessa forma, o MRS atrelava a luta pelo direito à saúde à própria redemocratização da sociedade brasileira e à contestação das desigualdades sociais, pois, conforme destaca Bravo (2009), a construção democrática é a única via para se concretizar os princípios reformistas.

Em linhas gerais, Costa (2010) afirma que a proposta da Reforma Sanitária brasileira significou o alinhamento do movimento sanitário à luta pela construção de um projeto societário contra-hegemônico. A Reforma tinha como principais propostas a universalização do acesso à

saúde e sua concepção enquanto direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), visando a um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; e descentralização e participação através da criação de novos mecanismos de gestão.

Paim (2009) corrobora com esse pensamento ao afirmar que as bandeiras do MRS brasileiro não se restringiam a uma reforma do setor de saúde, pois lutavam por uma reforma social mais ampla, que defendia a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura.

É partindo dessa compreensão que se pode refletir acerca da presença da intersetorialidade nos ideais da Reforma Sanitária, na medida em que essa luta por transformações que não podem ficar restritas à dimensão setorial da saúde, mas necessitam estar alinhadas a uma reforma social, demandando transformações nos diversos níveis econômicos, sociais e culturais.

As principais bandeiras de luta desse movimento se apresentam nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, que representou um marco para o debate do tema no Brasil, ao contar com grande participação não só de trabalhadores e estudiosos da área, mas também de entidades representativas da população, como sindicatos, partidos políticos, associações de professores e parlamento. Para Bravo (2009), isso significou que a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo.

Nessa conferência, foi proposta a ampliação do conceito de saúde, nos moldes refletidos anteriormente:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Passa-se a defender um conceito de saúde que vai além da recuperação da doença, resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ESCOREL, 1995).

Ao trazer a saúde como decorrente de fatores que vão além dos aspectos biológicos, compreende-se que a sua conquista extrapola a própria política de saúde, sendo necessária uma atuação intersetorial ampla, dirigida ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população brasileira. A VIII CNS reforça ainda que o direito à saúde não se materializará apenas pela sua formalização legal, sendo imperativo que o Estado assumira “uma

política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las” (BRASIL, 1986, p. 4).

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira conquistou um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado, que culminou na Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã” (PAIM, 2008). A referida Carta Magna sintetizou as ideias e lutas do MRS, ao assegurar a saúde como um direito social e trazer em seus princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a gestão democrática e participativa das políticas sociais.

Nesse cenário, a saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, passa a integrar a Seguridade Social, entendida como um sistema de proteção social amplo, centrado na ideia de cidadania, garantida como direito sob o princípio de justiça, e no financiamento do orçamento público.

Paim (2008) pontua que o reconhecimento do direito universal à saúde, associado à ideia de cidadania, assim como sua vinculação ao conceito de seguridade social, consagrado a partir da Constituição de 1988, são ganhos significativos da Reforma Sanitária, representando sua profunda associação com um projeto de transformação social mais amplo, de Reforma Democrática do Estado brasileiro.

Além disso, a Constituição incorporou a concepção ampliada de saúde, conforme é possível verificar no artigo 198:

Art. 198. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Observa-se que algumas das categorias discutidas no capítulo anterior, vinculadas à intersectorialidade, fazem-se presentes na Carta Magna, como os termos: rede, regionalização, descentralização, integralidade e participação. Isso demonstra que o caráter intersectorial da saúde é acentuado com a promulgação do Sistema Único de Saúde, pós-Constituição.

Enquanto diretriz do SUS, a descentralização busca adequar a política de saúde à diversidade regional de um país com dimensões continentais, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Dessa forma, aponta para a necessidade de resolver os problemas de saúde a partir do âmbito local, aparecendo como um dos maiores avanços da política de saúde brasileira, segundo Paim (2009).

A diretriz que se refere à participação da comunidade aparece diretamente ligada com os princípios de luta do MRS, que fomenta a democratização dos serviços e decisões em relação à saúde e à construção de uma política pública com a participação direta e indireta dos cidadãos. Remete também ao pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática.

Já o atendimento integral se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando compatibilizar as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas. Para Paim (2009), essa diretriz do SUS representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas, a partir do atendimento integral de suas necessidades.

Nessa direção, a intersetorialidade cumpre uma função estratégica para efetivação da integralidade da atenção e para o acesso ao direito à saúde, pautando-se em uma visão de totalidade na leitura da realidade e no planejamento e gestão das políticas sociais, fundamentada no conceito ampliado de saúde (COSTA, 2010).

Os princípios de integralidade e articulação entre serviços e políticas, associados à noção de intersetorialidade e conformação de redes de atenção e cuidado são reiterados na Lei Orgânica de Saúde (LOS), de nº 8.080/90, em seu artigo 7º, inciso II, que aponta a necessidade da integralidade de assistência à saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos. Ressalta-se, ainda, o artigo 3º da LOS, acerca dos determinantes e condicionantes de saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Compreende-se que a efetivação do direito à saúde envolve mais do que o acesso aos serviços do SUS, remetendo ao dever do Estado de assegurar ao cidadão as condições necessárias para que esse usufrua, de forma ampla, tanto das garantias estabelecidas na LOS como dos demais direitos sociais que conformam o conjunto dos determinantes e condicionantes da saúde, de forma a assegurar o atendimento das necessidades integrais da saúde do cidadão. Dessa forma:

Grande parte da garantia do direito à saúde requer a existência de planos e programas governamentais que assegurem ao indivíduo e à coletividade tudo aquilo que possa ser considerado essencial para satisfação de sua saúde em sentido ampliado: moradia, salário e alimentação dignos, lazer, etc (COSTA, 2010, p. 52).

É nesse sentido que o artigo nº 12 da Lei nº 8.080/90 preconiza a criação de comissões intersetoriais com finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, que a execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

Com efeito, é possível verificar que a intersetorialidade aparece, direta ou indiretamente, em diversos momentos, em normativas, portarias, decretos e legislações referentes à saúde pública brasileira.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, é evidenciada a necessidade de se fortalecer a lógica intersetorial do SUS com as demais políticas públicas, serviços sociais e instituições de uma forma geral. Em seu relatório, avalia-se a intersetorialidade enquanto essencial para o enfrentamento das desigualdades sociais que impactam a saúde enquanto determinantes/condicionantes, exigindo do poder público:

Assegurar políticas sociais amplas e intersetoriais de integração e desenvolvimento, que garantam emprego, moradia, saneamento básico, segurança, transporte, alimentação saudável e adequada, cultura, educação, lazer, saúde, meio ambiente preservado e saudável, etc., auxiliando na redução da iniquidade e da desigualdade social (BRASIL, 2008a, p. 60).

Assegurar a seguridade social (assistência social, saúde e previdência social) como política de estado de proteção social, nas três esferas de governo, mediante a implementação de políticas públicas e de ações intersetoriais como ações estratégicas voltadas para a redução das desigualdades sociais, como promotoras de inclusão social, de qualidade de vida e saúde (BRASIL 2008a, p. 72).

Cumprir e fazer cumprir os preceitos constitucionais e os princípios do SUS, implementando a atenção integral à saúde com ações intersetoriais baseadas na integralidade, na equidade, na universalidade, na descentralização e na participação social para a promoção, proteção e recuperação da saúde a partir das necessidades (BRASIL, 2008a, p. 79).

Destarte, embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS, a forma organizacional da atenção e gestão da saúde ainda é caracterizada por intensa fragmentação de serviços, programas e ações. Isso, pois, tradicionalmente, as políticas sociais brasileiras são marcadas pela segmentação, colocando como desafio o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações intra e intersetorial, e assim também acontece com a política de saúde.

Como estratégia para superar essas dificuldades, a Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, além de objetivar aperfeiçoar o funcionamento político-institucional da Política de Saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. A referida Portaria foi resultado de um grande acordo

tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e os Conselhos Municipais de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Essa Portaria alerta para a necessidade de inovar o processo de organização dos serviços de saúde no país, redirecionando suas ações através do formato de redes – modelo esse reconhecido como mais eficaz quanto a sua capacidade de fazer face aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, além de se apresentar como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. Propõe a organização do SUS no formato de redes, argumentando que:

A organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010a, p. 3).

Nessa perspectiva, segundo Paim (2009), a ideia de rede na saúde supõe interligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si. Ressalta, ainda, que no âmbito do SUS, as redes são pensadas na lógica da regionalização, o que significa que as ações e dispositivos de saúde são descentralizados e organizados a partir de um dado território, visando à garantia do acesso, integralidade e resolutividade da atenção à saúde da população.

No esforço de implantação das redes temáticas de atenção à saúde, a gestão do Ministério da Saúde, de 2011 a 2013, investe na RAS, defendendo-a enquanto potencializadora da integralidade, representando uma melhora na organização do SUS e a possibilidade de atingir o princípio constitucional de integralidade (BRASIL, 2014).

Com efeito, a organização do SUS em regiões e redes de saúde é reforçada pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que define região de saúde como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No interior das regiões de saúde se encontram as RAS, conceituadas, segundo o referido Decreto, como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a).

Verifica-se que ao longo dos anos houve uma crescente apropriação da intersectorialidade pela política de saúde brasileira, principalmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS e, com ele, trouxe um conceito ampliado de saúde. Nesse âmbito, a noção de intersectorialidade se associa aos princípios de descentralização, integralidade, regionalização, participação, universalidade – defendidos pela Reforma Sanitária e garantidos pelas diversas legislações que tratam do SUS.

Todavia, grande parte desses princípios não foi materializado efetivamente, havendo o descumprimento de muitos dispositivos constitucionais e legais, devido à crescente diminuição das ações do Estado frente ao setor social e, especificamente, na política de saúde, que vem desconstruindo o projeto de saúde construído com a Reforma Sanitária, e provocando uma distância entre o “SUS real” e o “SUS constitucional”.

Nesse cenário, dois projetos convivem em tensão: o projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição de 1988; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista que, tradicionalmente, prevaleceu na trajetória da saúde do país e é retomado a partir da década de 1990, incentivado pelo ideário neoliberal (BRAVO, 2011), conforme sintetizado no quadro a seguir:

Quadro 3 - Projetos em disputa na saúde

Itens	Reforma Sanitária	Privatista
Base	Estado democrático de direito	Estado mínimo
Premissas	Saúde como direito social e dever do Estado	Parcerias e privatização
Temas	Ampliação das conquistas sociais Democratização do acesso Déficit social Financiamento efetivo	Crise financeira Dicotomia entre universalização e focalização Déficit público Diminuição dos gastos sociais
Estratégias de ação	Descentralização com controle social	Refilantropização

Fonte: Bravo (2011, p. 16).

O projeto privatista, justificado pelo neoliberalismo, tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2011), o que coloca em xeque, também, as possibilidades de efetivação da saúde pautada na perspectiva da intersectorialidade. “A Proposta do SUS requeria um Estado democrático de direito, e se tornou incompatível com a lógica neoliberal produtivista e excludente que se sucedeu na sociedade brasileira” (TEIXEIRA; CRUZ; AZEVEDO, 2016, p. 204).

Assim, como visto no capítulo anterior, apesar dos avanços em termos de reconhecimentos de direitos, a ofensiva neoliberal avança como uma estratégia do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, desconstruindo a proposta de Política de Saúde arquitetada a partir dos finais da década de 1980, que tinha como base os ideais da Reforma Sanitária. É importante lembrar que esse contexto faz parte da conjuntura mundial de enfrentamento da crise econômica iniciada na década de 1970, e que impacta no Brasil a partir de 1990. Destarte, “não há dúvidas de que as respostas à crise contemporânea do capital sob égide da financeirização, neoliberalismo e ajuste estrutural influenciam decisivamente os rumos da política de saúde” (PAIVA; COSTA, 2016, p. 56). O trecho a seguir explicita tal análise:

No contexto de crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11).

Dessa forma, “as medidas adotadas para superação da crise do capital caminham em sentido oposto à efetivação da garantia legal do direito universal à saúde (PAIVA; COSTA, 2016, p. 54). Como consequência, a política de saúde brasileira sofre profundos rebatimentos, que colocam em risco a materialização dos ideários do projeto de Reforma Sanitária conquistados com o SUS, principalmente no que diz respeito à democratização do acesso à saúde, tomando em seu lugar uma saúde privatista, em uma perspectiva mercadológica, defendida pelo ideário neoliberal.

O projeto ‘mercantilista’ assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos, com base no valor ‘utilidade’. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de ‘planos de saúde’, indústrias de medicamentos e de equipamentos, parte de entidades médicas e de profissionais da saúde, além da mídia e de empresas de publicidade. Defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar àqueles que não podem fazê-lo (PAIM, 2008, p. 112).

Nesse contexto, o neoliberalismo utiliza também de estratégias ideológicas para alcançar seus objetivos, o que, na política de saúde, é feito através da disseminação de discursos que satanizam o Estado e desacreditam o serviço público e, ao mesmo tempo, há uma “*exaltação e santificação do mercado e da iniciativa privada*, vista como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade, justificando a política de privatizações” (IAMAMOTO, 2015, p. 35). Por conseguinte, segundo Fleury (2008), tem-se um retrocesso na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público, passando a ser vista como um bem de consumo, mercantilizada.

Com efeito, a ideia de saúde como um bem público e direito universal vem sendo gradativamente substituída pela da saúde privada e da mercantilização da vida, fortalecendo a perspectiva que historicamente predominou no país, sobretudo no período da Ditadura Militar. Tais transformações são arquitetadas pelo capital para expansão dos seus interesses na área da saúde, desmontando o SUS e fragilizando ainda mais o projeto da Reforma Sanitária (CORREIA, 2015).

Para Vianna (2011, p. 12), “a universalização dos serviços de saúde, na prática, resultou na redução do sistema público a um atendimento para os pobres”, o que resultou na substituição do direito universal a saúde por uma universalidade excludente, uma vez que os assalariados de poder aquisitivo estável passam a aderir a planos de saúde privados. Dessa forma, “o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar” (BEHRING, 2008, p. 268). Em decorrência disso, observa-se que “o sistema público vem se ‘especializando’ cada vez mais no (mau) atendimento aos muito pobres” (VIANNA, 2011, p. 151).

É importante lembrar que a iniciativa privada está prevista na Lei Orgânica de Saúde, como complementar ao SUS. No entanto, para Correia (2015), o que ocorre é uma “complementaridade invertida”, com a diminuição e o sucateamento dos serviços públicos de saúde e, como consequência, o crescimento e a expansão da saúde privada, ligada à lógica do mercado e do lucro. Assim, “o neoliberalismo avança na tentativa de transformar a atenção à saúde em uma mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital” (SILVA; MOURA, 2015, p. 110).

Sobre isso, destaca-se a crescente adesão da população aos planos privados de saúde, que nos anos 2000 contava com 30,9 milhões de beneficiários no país e, em 2017, dez anos depois, esse número aumenta para 47,6 milhões, o que representa, em média, 23% da população (AGÊNCIA NACIONAL SUPLEMENTAR DE SAÚDE, 2017). Isso revela que os planos de saúde têm um significativo papel na oferta de serviços de saúde, no entanto, a maioria da população ainda depende e utiliza o SUS. Ademais, a privatização da saúde, por meio de planos de saúde e convênios, tende a torná-la um problema de direito do consumidor, e não um problema de direito social e responsabilidade do Estado (BEHRING, 2008), transmutando a ideia de cidadania universal para a de cidadão-consumidor (VIANNA, 2011).

Tal cenário se intensifica no país a partir de 2016, com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, passando o seu vice, Michel Temer, a assumir o cargo. Desde então, o governo presidido por Temer vem implementando uma agenda de reformas neoconservadoras, com a aplicação do receituário neoliberal e programas de austeridade – ou “austericídio”, nas palavras

de Bastos (2017) – como saída para a crise econômica vivenciada no Brasil, radicalizando o desmonte do Estado como provedor de bem-estar social e reduzindo os direitos sociais conquistados na Constituição democrática.

A exemplo disso, destaca-se a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 55/2016, conhecido como “PEC dos Gastos Públicos” ou mesmo “PEC da Morte”, que propunha um “Novo Regime Fiscal”, estabelecendo um teto para as despesas primárias, baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos (IPEA, 2016). Mesmo com resistência popular, a PEC foi aprovada em segundo turno no Plenário do Senado no dia 12 de dezembro de 2016.

Especificamente em relação à política de saúde, em Nota Técnica o IPEA aponta como consequência da aprovação dessa PEC o aprofundamento das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, que serão cada vez mais restritos, focalizados e precarizados, sendo incoerente com a lógica de um SUS universal (IPEA, 2016). Além disso, Reis et al. (2016, p. 130) aponta outras questões nocivas da PEC em relação à saúde:

A PEC desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, da transição demográfica e do envelhecimento populacional (em 2030, mais de 30% da população terá mais de 65 anos), da necessária expansão da rede pública para cobrir vazios assistenciais, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e dos custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, e da própria inflação setorial, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Pior, desvincula os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Assim, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haverá investimentos nas áreas sociais.

Ainda em relação à política de saúde no cenário recente, o Ministro da Saúde nomeado por Temer, Ricardo Barros, vem se posicionando na defesa de um projeto de saúde privatista e mercadológico, como é possível verificar em uma entrevista concedida por ele à Folha de São Paulo, na qual declarou ser necessário “rever o tamanho do SUS” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Essa e outras manifestações feitas pelo Ministro afrontam os princípios Constitucionais e apontam para o desmonte do SUS (REIS et al., 2016).

Em consonância com essa análise, Soares (2018) pontua que as declarações do Ministro revelam a direção das alterações impetradas na gestão de Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e sua profunda instrumentalização em favor dos interesses do capital da saúde, deixando os interesses da classe trabalhadora em segundo plano.

Nessa direção, uma das primeiras medidas do referido Ministro de Saúde foi a instalação de uma comissão de empresas de seguro para criar “planos acessíveis” de saúde, que

desonerariam o Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população, expandindo a oferta pelo mercado por meio de “planos populares de saúde”, de forma que a população que necessite dos serviços pague por eles (REIS et al., 2016). Observa-se, portanto, que o gestor da saúde em âmbito federal vem propondo medidas que estão na contramão dos grandes pilares do SUS: a universalidade e a gratuidade.

Em síntese, verifica-se que “o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13). Em tal contexto, a saúde é vista como um dos nichos de lucro a ser explorado pelo capital e, para tal, passa a contar, mais do que nunca, com o apoio do Estado. Conforme assinala Teixeira (2018, p. 42): “na área da saúde, o projeto do capital está bem articulado e tem o Estado como seu parceiro fiel para aprovação de suas propostas”.

É importante enfatizar que os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde não começam no governo Temer, mas avançam no país desde a década de 1990, incentivados pelo ideário neoliberal, conforme discutido anteriormente. Apesar de alguns recuos, verifica-se que há uma continuidade, aceleração e aprofundamento desse processo a partir do ano de 2016. Na fase de contrarreforma vivenciada sob a gestão de Temer há a maior e mais grave ofensiva sofrida pela política de saúde brasileira desde a Constituição de 1988 (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Evidencia-se o abandono da concepção de Reforma Sanitária e do próprio SUS pela gestão pública que anuncia a sua inviabilidade e a necessidade de sua reformulação, o que leva à desconstrução da lógica da saúde enquanto direito social (SOARES, 2018).

A Política de Saúde, em sua perspectiva universalista, consagrada no SUS e integrante do sistema de Seguridade Social, é uma conquista da sociedade brasileira e se encontra em constante ameaça de desmonte, principalmente a partir do ano de 2016, sob a gestão de Temer, alinhado a grandes interesses do capital. Em tal contexto, coloca-se como exigência a retomada das bases da Reforma Sanitária a partir dos movimentos populares, articulando forças e construindo alianças estratégicas com outros movimentos e lutas sociais, como única alternativa para concretizar não só saúde como um direito universal, mas para defesa da vida, da democracia e da cidadania, em contraposição à ofensiva neoliberal e neoconservadora que avança no país.

Nesse contexto de desmonte da Seguridade Social e ameaças ao próprio Estado democrático de direito, a intersectorialidade pode ser uma estratégia importante para garantia de

proteção social integral à população, e também para o fortalecimento da cidadania, se pensada como parte do projeto político democrático.

3.2 A intersectorialidade na Política de Assistência social e a rede socioassistencial

A Carta Magna de 1988 traz uma nova concepção para a assistência social brasileira, passando a incluí-la no âmbito da Seguridade Social, juntamente com a saúde e a previdência social, passando a se configurar como uma política social pública, direito do cidadão e de responsabilidade do Estado.

Assim, com a referida Constituição, o sistema de proteção social brasileiro passa a ser estruturado na lógica de Seguridade Social, em que a previdência social é de caráter contributivo, a saúde é de acesso universal e a assistência social é prestada “a quem dela necessitar” – expressão que é, segundo Fontenele (2016), ao mesmo tempo restritiva e elástica, uma vez que não define exatamente o que representa esse “necessitar” e nem os critérios que dão acesso a essa política. Apesar disso, as normativas legais da assistência social deixam evidente que o seu público-alvo são os pobres, os carentes, os necessitados e os vulneráveis (FONTENELE, 2016).

Essa tradição de atendimento aos segmentos empobrecidos da população faz parte da trajetória da assistência social no Brasil, marcada por práticas de caráter filantrópico, benemerente, assistencialista, clientelista, pontual, destinadas àqueles considerados incapazes para o trabalho, em uma lógica de tutela e favor em torno das ações governamentais (PEREIRA, 2016).

Em uma perspectiva de controle dos pobres, moralização da pobreza e ajustamentos dos improdutivos e incapacitados para o trabalho (SILVEIRA, 2017), a assistência social predominantemente marca seu atendimento aos indivíduos não inseridos no mercado de trabalho formal e que, portando, estão à margem do sistema de produção capitalista. Nesse sentido, segundo Silveira (2017, p. 491), a assistência social “possui um histórico de funcionalidade à reprodução da desigualdade” e, conseqüentemente, da lógica do capital.

Promovida por agentes públicos e privados, o seu histórico foi marcado pela atenção pontual e escassa do Estado e, portanto, pelo seu não reconhecimento enquanto direito. Nesse quadro, a assistência social “era voltada para ações de ajuda aos pobres e carentes e ancorada na caridade, na filantropia ou na benemerência, desresponsabilizava o Estado face aos serviços e atenções” (COLIN; JACCOUD, 2013, p. 43).

Dessa forma, era considerada uma “não política social”, pois “era símbolo de uma ação a ser negada, por significar tutela, favor, voluntarismo, clientelismo, assistencialismo, ação pontual, e nunca campo de estudo e muito menos política social” (SPOSATI, 2004, p. 34), o que lhe dava a configuração de espaço marginal e compensatório de atendimento aos excluídos (YASBEK, 2006).

A sua consagração como direito do cidadão, dever do Estado e integrante da Seguridade Social na Constituição de 1988 foi fruto da luta política dos trabalhadores, profissionais e movimentos sociais da década de 1980 e 1990, que queriam seu reconhecimento como política de Estado. Tal contexto coloca como desafio a constituição de uma nova concepção de assistência social capaz de romper com os ranços conservadores que marcam o seu histórico no país.

Nessa direção, a assistência social passa a ser um espaço legítimo de defesa dos interesses e necessidades sociais dos segmentos mais empobrecidos e vulneráveis da sociedade, configurando-se também como estratégia fundamental no combate à pobreza, à discriminação e à subalternidade econômica, cultural e política em que vive parte significativa da população brasileira (YASBEK, 2004).

Situada com primazia no espaço estatal e firmada enquanto política pública a partir da Carta Magna de 1988, a assistência social tem por principais bases legais a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de nº 8.742/1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), as Normas Operacionais Básicas da Assistência Social (NOB/SUAS), estruturada a partir de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando prover os mínimos sociais e a garantia do atendimento das necessidades básicas (BRASIL, 1993).

A LOAS estabelece uma nova matriz para a assistência social brasileira, iniciando um processo que tem como perspectiva torná-la visível como política pública e direito dos que dela necessitam. Nesse sentido, a referida lei exige que as provisões assistenciais sejam prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob a vigilância do Estado.

São objetivos da assistência social, segundo o art. 2º da LOAS (BRASIL, 1993):

- I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
 - a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 - d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
 - e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Os objetivos descritos demonstram a vinculação da assistência social à lógica dos direitos e da garantia de proteção social pelo Estado aos segmentos populacionais considerados vulneráveis, assinalando uma ruptura com o modelo que tradicionalmente prevaleceu para o atendimento a esse público.

Outro marco importante foi a criação de um regime próprio de gestão, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamentado pela NOB/SUAS no ano de 2005, que institui um novo sistema político, não contributivo, descentralizado e participativo, cuja função é realizar a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira.

Segundo Veroneze (2017), a organização da assistência social, na perspectiva de um Sistema Único, buscou romper com a forte tendência de ofertar serviços socioassistenciais segmentados e desarticulados, sem definição de referências e contrarreferências, fluxos e procedimentos de recepção, de intervenção social, gerados, sobremaneira, pela superposição e paralelismo de serviços.

A assistência social passa a ser organizada em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) – essa última pode ser ainda de média ou alta complexidade. A PSB tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e é destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização dos vínculos afetivos (BRASIL, 2005a). Já a PSE é destinada ao público que se encontra em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, dentre outras. No âmbito da PSB, destaca-se o papel do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), e na PSE, do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2005a).

A PSE de Média Complexidade visa oferecer atendimento a indivíduos e/ou famílias que têm seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e/ou comunitários não foram rompidos. A PSE de Alta Complexidade objetiva garantir proteção integral para pessoas e/ou famílias que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando serem retiradas do seu núcleo familiar e/ou comunitário (BRASIL, 2005a).

A definição dos campos de Proteção Social (Básica e Especial) que compete à assistência social e às demais políticas sociais é fundamental, ao se compreender que a Proteção Social extrapola a possibilidade de uma única política social e requer o estabelecimento de um conjunto de políticas públicas que garantam direitos e respondam a diversas e complexas necessidades sociais. Nessa direção, não se pode atribuir à assistência social a tarefa de realizar, sozinha, a Proteção Social, pois para isso se exige uma articulação com as demais políticas, serviços e atores sociais (BOSCHETTI, 2005). O trecho a seguir reforça essa perspectiva:

Sua efetivação como um sistema que busca consolidar uma política integrante da seguridade social pressupõe a integração e articulação da assistência social à seguridade social. [...] Ou seja, a assistência social não pode ser entendida como uma política exclusiva de proteção social, mas articular seus serviços e benefícios aos direitos assegurados pelas demais políticas sociais, a fim de estabelecer, no âmbito da seguridade social, um amplo sistema de proteção social (BOSCHETTI, 2005, p. 12).

Dessa forma, essa necessária articulação no âmbito da proteção social e defesa de direitos possibilita à Política de Assistência Social mobilizar um rol de serviços, ações e de atenções de diferentes órgãos públicos e setores técnico-administrativos, de áreas como educação, cultura, habitação, trabalho, esporte e justiça, em uma relação de complementaridade e/ou desenvolvimento de ações que conjuguem esforços e recursos (BRASIL, 2008b).

Dito isso, as características de vulnerabilidade que marcam os usuários da assistência social impõem a ela a busca por parcerias intersetoriais, na medida em que precisa atuar sobre os fatores objetivos e subjetivos complexos que envolvem a situação de pobreza (MONNERAT; SOUZA, 2011). Ademais, grande parte das vulnerabilidades e dos riscos que se destina ao atendimento da assistência social se concentra no âmbito social e no econômico, o que exige ações intersetoriais e de integração territorial (BRASIL, 2005b).

Por isso, é necessário complementaridade entre os serviços das diversas políticas sociais, através da intersetorialidade e a constituição de uma rede socioassistencial. Isso, pois a complexidade das necessidades e dos problemas trazidos pelas situações de pobreza e desigualdade social da população impõe à assistência social uma abrangência nas respostas, havendo a necessidade de integração não só dos serviços socioassistenciais, mas também do conjunto de serviços e programas das várias políticas específicas (BRASIL, 2008a).

Seguindo essa direção, a NOB/SUAS-2012 aponta como princípio organizativo do SUAS a intersetorialidade, devido à necessidade de integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais, entendendo por rede socioassistencial “o conjunto integrado da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios

de assistência social mediante articulação entre todas as unidades de provisão do SUAS” (BRASIL, 2012, p. 19).

Nessa direção, a formação de uma rede socioassistencial é essencial para o alcance de efetividade e completude da Política de Assistência Social, “com vistas a conferir maior eficiência, eficácia e efetividade em sua atuação específica e na atuação intersetorial” (BRASIL, 2005a, p. 14), de forma a oferecer respostas mais amplas e diversificadas às complexas problemáticas sociais.

Com efeito, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004):

A operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política. Trabalhar em rede, nessa concepção territorial, significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada (BRASIL, 2005a, p. 44).

Verifica-se que as noções de intersetorialidade, associada à rede, ao território e à descentralização, conforme estudadas no capítulo anterior, estão presentes, direta e indiretamente, nas normativas legais da Política de Assistência Social, que assinalam a necessidade da sua presença nas ações concretas da rede socioassistencial.

Nessa direção, a LOAS coloca como responsabilidade, em âmbito federal, da administração pública responsável pela coordenação da PNAS, a articulação com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com as demais políticas socioeconômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

No nível dos municípios, a intersetorialidade é pensada nos microterritórios, sendo de responsabilidade principalmente dos CRAS, visando dimensionar um sistema de conexões fundamentais para o enfrentamento da diversidade de necessidades sociais detectadas nos territórios, de forma a conferir completude e integralidade às atenções dirigidas à população (BRASIL, 2008b).

De tal modo, a assistência social está necessariamente pautada em uma perspectiva territorial, pois é uma política que se desloca para o território, devendo estar ligada ao formato de vida das pessoas, sua moradia e convívio. Por isso, é considerada uma política capilar, que “penetra com seus serviços, benefícios e trabalho social, concretizando os direitos sociais no cotidiano” (SPOSATI, 2004, p. 52), devendo, seus serviços, serem ofertados em proximidade

com a população, dentre os quais se destaca o CRAS como espaço territorializado da Proteção Social Básica nos municípios.

Assim, a Política de Assistência Social está necessariamente pautada em uma lógica de territorialização, que se refere à centralidade do território como fator determinante para compreensão das situações de vulnerabilidade e risco sociais em que se encontram os sujeitos, assim como para pensar estratégias para o seu enfrentamento. Nessa direção:

A adoção da perspectiva da territorialização se materializa a partir da descentralização da política de assistência social e consequente oferta dos serviços socioassistenciais em locais próximos aos seus usuários. Isso aumenta sua eficácia e efetividade, criando condições favoráveis à ação de prevenção ou enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social, bem como de identificação e estímulo das potencialidades presentes no território (BRASIL, 2009a, p. 13).

É importante demarcar que a noção de território empreendida nessa política não se restringe à delimitação espacial, mas abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre pessoas que compartilham a vida em determinada localidade, que são influenciadas pelos contextos social, cultural e econômico local e que, portanto, evidenciam conflitos e desigualdades que perpassam e ressignificam as relações familiares e comunitárias. Assim, é no território que se encontram as situações de vulnerabilidade e riscos sociais, mas também, é nele que se encontram as potencialidades para o enfrentamento dessas situações (BRASIL, 2009a).

Nessa perspectiva, o SUAS tem como um dos eixos estruturantes a territorialização, ao reconhecer que a mobilização das formas no território e a integração de políticas públicas é essencial para o acesso aos direitos sociais (BRASIL, 2009a). Assim, reitera-se que os aspectos relacionados à intersectorialidade, tais como territorialização, rede e descentralização estão presentes em diversos momentos das normativas federais oficiais da Política de Assistência Social.

A NOB-SUAS considera “rede socioassistencial o conjunto integrado da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social mediante articulação entre todas as unidades de provisão do SUAS” (BRASIL, 2012, p. 19). Assim, entende que a formação de redes socioassistenciais deve buscar, além do sistema institucional e formal, a mobilização de redes da sociedade civil, que são espaços privilegiados de sociabilidade, e propiciam a construção de vínculos de proximidade e de pertencimento (BRASIL, 2008b). “Precisamente pela precariedade da vida em muitas localidades, pertencer a um território passa a ser referência concreta, visível e estável, facilitando a ação compartilhada por diversos atores sociais e sujeitos políticos” (BRASIL, 2008b, p. 45). É nesse cenário que o CRAS tem um papel estratégico na

articulação das redes socioassistenciais e ao buscar o fortalecimento das relações de sinergia entre os integrantes das redes, incentivando a participação, cooperação e coprodução democrática.

Essa noção de rede incorporada pela PNAS aponta para a necessidade de novas formas de organização e de relacionamento interorganizacional entre agências estatais e, sobretudo, entre o Estado e a sociedade civil. Dessa forma, por mais que o Estado assuma a primazia da responsabilidade na condução da política, propõe-se que a sociedade civil participe como parceira, de forma complementar, na oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de Assistência Social, além da sua importância na gestão através do controle social (BRASIL, 2005a).

Destarte, fica clara a ideia de parceria entre público-privado, contudo, as normativas legais que tratam da política de assistência social enfatizam, em diversos momentos, a primazia de responsabilidade do Estado sob essa política. “No caso da assistência social, a constituição de rede pressupõe a presença do Estado como referência global para sua consolidação como política pública” (BRASIL, 2005a, p. 48).

Nessa direção, os instrumentos legais da assistência social no país apontam que é condição necessária para o trabalho em rede que o Estado seja o coordenador do processo de articulação e integração entre os diversos serviços sociais públicos, organizações não governamentais, segmentos empresariais, entidades sociais etc., dentro de um determinado território, discutindo questões que dizem respeito à vida da população em todos os seus aspectos e que, portanto, são do interesse da Política de Assistência Social. Trata-se de uma estratégia de articulação política que resulta na integralidade do atendimento (BRASIL, 2005a).

Todavia, é importante enfatizar que a assistência social, enquanto política social, está inserida em uma arena contraditória de interesses que colocam a ela diferentes demandas e direcionamentos. Deste modo, em que pesem os avanços da política de assistência social brasileira, ela está inserida em um campo de disputas políticas que desafia a concretização da sua perspectiva enquanto política pública de direito, de forma que muitas das suas previsões legais não se materializem.

Isto, pois, como as demais políticas do campo social, a assistência social é expressão das relações sociais que reproduzem os interesses em confronto na sociedade (YASBEK, 2006) e, portanto, convive com projetos em conflito permanente, disputando espaço e poder político, de acordo com as forças conjunturais que marcam o sistema capitalista. Dessa forma, tem-se, de um lado, a assistência social consagrada na Constituição de 1988, na LOAS e nas demais normativas legais, como direito social e dever do Estado e, de outro, a retomada do seu viés

assistencialista, filantrópico, benemerente, focalizado e pontual, que faz parte da trajetória histórica da assistência social e passa a ser incentivado pelo ideário neoliberal no país.

A inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica neoliberal a partir da década de 1990, em resposta à crise econômica vivenciada em âmbito mundial, faz com que a intenção Constitucional de estruturar a assistência social como política pública, direito do cidadão e responsabilidade do Estado, seja capturada pelos interesses do capital. Como consequência, segundo Yasbek (2004), constitui-se uma assistência social distante da pensada nas legislações, com um perfil desarticulado, seletivo e focalista, com intervenções voltadas, principalmente, para medidas compensatórias e para o público em situação de extrema pobreza, face aos efeitos dos ajustes estruturais da economia.

Nesse contexto, como alternativa à crise, o neoliberalismo propõe uma agenda de reformas e ajustes fiscais que tem rebatimentos diretos nas políticas sociais – com destaque aqui a assistência social – que são reduzidas, sobretudo, ao atendimento dos “mais pobres dentre os pobres – os mais “vulneráveis”, excluídos ou em situação de risco” (BEHRING, 2011, p. 88). Ademais, a trajetória de não conformação da assistência social como política pública abre espaço para a baixa prioridade dada pelos governos a essa área, principalmente no que se refere ao orçamento público, o que faz com que essa assuma, cada vez mais, um perfil de extrema focalização e seletividade.

Nessa direção, a agenda de reformas neoliberais determina que a assistência social deixe de ser uma política pública com obrigações perante cidadãos, para ser uma medida residual, isolada, paliativa e desvinculada das demais políticas sociais e econômicas (PEREIRA, 2004). Isso faz com que ocorra a “permanência de uma perspectiva fragmentada e seletiva dos usuários das políticas assistenciais, focalizadas nos mais pobres entre os pobres” (YASBEK, 2004, p. 19), de forma que há, cada vez mais, o distanciamento entre a assistência social e a lógica dos direitos. Em tal direção, segundo Sposati (1995), a assistência social se consolida como “vala comum” dos destituídos e espoliados.

Como consequência, se conforma uma concepção de assistência social que mais se identifica com o seu oposto, isto é, com a “desassistência social”, estigmatizando os usuários dos serviços e benefícios assistenciais, com “as ações voltadas apenas para a pobreza absoluta tendem a enclausurar os pobres na pobreza, estigmatizando-os com seus mecanismos controladores e rebaixando o seu status de cidadania” (PEREIRA, 2004, p. 56). Isso leva ao que Teixeira (1995b) denomina de “cidadania invertida”, de forma que o sujeito tem que reconhecer sua condição de pobreza e incapacidade, na categoria de “não-cidadão”, para ter acesso à assistência social.

Ao lado do desmonte da assistência social enquanto política pública há a reatualização de suas marcas históricas – sobretudo no que se refere ao seu caráter filantrópico e voluntarista. Utilizando-se da previsão legal de “parceria” entre os setores público e privado, o Estado justifica, no geral, a sua desresponsabilização frente à proteção social, com o discurso da “solidariedade” frente ao atendimento das necessidades sociais, na denominada “refilantropização”³² da questão social. Dessa forma:

A retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social manifesta-se na compressão das verbas orçamentárias e no deterioramento da prestação de serviços sociais públicos. Vem implicando uma transferência, para a sociedade civil, de parcela das iniciativas para o atendimento das sequelas da questão social (IAMAMOTO, 2015, p. 42-43).

Assim, o projeto neoliberal desobriga o Estado do seu “dever social”, entendendo tal dever, mais do que nunca, como obrigação do cidadão, da família, da comunidade e da sociedade, fazendo avançar, com nova ênfase, os paradigmas da solidariedade, da filantropia e da benemerência (MESTRINER, 2001).

Em tal contexto, ocorre a ampliação significativa da participação de Organizações Não Governamentais e entidades filantrópicas na prestação dos serviços de assistência social mediante repasses de recursos públicos, em uma clara regulamentação do Terceiro Setor pela execução de políticas públicas (NUNES; TEIXEIRA, 2014). Dessa forma:

Propaga-se uma outra modalidade de ação social, nem estatal, nem privada, mas pública, porquanto operada por um setor social comunitário considerado sem fins lucrativos e, portanto, paralelo ao mercado e parceiro ao Estado. Assim, esta nova forma desenhada como modernidade coincide no Brasil com aquilo que sempre foram as práticas de assistência social favorecidas pelos mecanismos do Estado. Confronta-se o princípio constitucional de geração de responsabilidades públicas e de dever do Estado na assistência social com a reiteração das práticas históricas (MESTRINER, 2001, p. 23).

Nesse cenário de crescimento do Terceiro Setor, segundo Yasbek (2004), ocorre a despolitização e naturalização da abordagem da desigualdade social e, particularmente, da pobreza, o que gera um confronto entre práticas no âmbito da assistência social, assentadas em um misto de reconhecimento de direitos e práticas de favor.

Em consonância com essa análise, Behring e Boschetti (2001) afirmam que o apelo para o Terceiro Setor se constitui não como uma rede complementar, mas como “alternativa eficaz”

³² Segundo Iamamoto (2015), a refilantropização social, diferente da velha filantropia do século XIX, cresce sob novas bases, assumida pelo capital por meio de sua máscara humanitária, evocando a “solidariedade social” na parceria entre sociedade civil e o Estado, consequência de um amplo processo de privatização dos serviços públicos e, portanto, sendo incapaz de deter a reprodução ampliada da pauperização gerada pela redução do papel do Estado na proteção social.

para viabilizar o atendimento das necessidades sociais, configurando-se como um verdadeiro retrocesso histórico. A partir de tais bases, o Estado justifica a perda de primazia na responsabilidade da questão social.

É importante lembrar que o SUAS preconiza uma gestão participativa, ou seja, com a presença da sociedade civil, principalmente exercendo a função de controle social. Todavia, isso difere muito da noção de “parceria” entre esfera pública e privada utilizada pelo neoliberalismo, de forma que a própria sociedade assuma a função protetora que é dever do Estado.

Com efeito, o dito “compartilhamento” de responsabilidades sociais entre Estado e sociedade, na realidade, conduz à negação, sobretudo, dos deveres do poder público frente à proteção social, colocando para a política de assistência social o desafio de se afirmar enquanto direito social sem a garantia do Estado. Pois, conforme afirma Mota (2009, p. 45), “é impossível falar de cidadania quando o contrato social que referenda direitos e deveres entre os cidadãos e o Estado é rompido”.

Por isso, reafirma-se a primazia da responsabilidade pública na regulação, coordenação e oferta de serviços, programas e benefícios no âmbito da assistência social como exigência para que esses não retornem à lógica da benesse e do clientelismo.

Ademais, os desafios enfrentados pela Política de Assistência Social não são exclusivos a ela, mas a todas as políticas sociais do país, principalmente às que compõem a Seguridade Social – como foi possível verificar também no tópico anterior, em relação à política de saúde, que também se encontra inserida em um cenário de desmonte, com o avanço do neoliberalismo.

Tal contexto se desenvolve no Brasil desde a década de 1990, no entanto, como dito anteriormente, a partir de 2016, ocorre o seu agravamento, sob a presidência de Michel Temer, implementando um projeto de governo profundamente alinhado com interesses do capital. Desde então, o país vivencia uma nova fase de contrarreformas neoliberais e neoconservadoras, que impactam principalmente as políticas sociais e os direitos dos trabalhadores, justificadas pelo discurso de crise econômica, no que Mota (1995) já denominava, em momentos anteriores, de “cultura da crise”.

Sob esse quadro, são graves as ameaças às conquistas Constitucionais, sobretudo em relação às políticas que compõem a Seguridade Social, que vêm sofrendo desmontes sem precedentes na sua trajetória.

No âmbito da assistência social, a gestão de Temer trouxe significativos retrocessos, principalmente no que se refere à redução do financiamento público, que sofreu um corte de 50% do seu orçamento no ano de 2017. Este cenário de regressão vem sendo implementado

também por meio de cortes das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), através de fiscalizações e perseguições à população mais empobrecida. De outro lado, há a ampliação do orçamento para programas com caráter focalizado e fragmentado, que desrespeitam a lógica do SUAS, como é o caso do Criança Feliz³³, que representa a intensificação do primeiro-damismo, do voluntariado e da negação dos direitos sociais (CFESS, 2017a).

Como analisado anteriormente, o avanço da ofensiva neoliberal provocou o paulatino desmonte da Seguridade Social brasileira desde a década de 1990, e a partir de 2016 se vivencia uma nova e mais intensa fase de sua desconstrução, o que impacta severamente na garantia de direitos de cidadania à população.

Em tal quadro, a privatização, focalização e precarização das políticas sociais, ao lado dos elevados índices de desemprego e subemprego têm gerado um crescimento da desigualdade social e da pobreza no país, fazendo com que haja uma ampliação da demanda pelo acesso às necessidades sociais básicas, cujo atendimento recai na Política de Assistência Social – apesar de se compreender que esse atendimento é responsabilidade do conjunto de políticas que compõe o sistema de proteção social brasileiro, e não exclusivamente da assistência social. Não obstante, Mota (2010, p. 144) afirma que a política de assistência social passa a assumir “a tarefa de ser a política de proteção social, e não parte da política de proteção social”.

Observa-se que as contrarreformas neoliberais geram um aumento de demanda para os serviços e benefícios socioassistenciais, contraditoriamente, em um cenário de ataques e desmontes ao SUAS. Para Pereira (2011b), esse quadro faz com que a assistência social deixe de ser uma política de atendimento das necessidades sociais básicas para ser uma política de mínimos sociais.

33 O Programa Criança Feliz foi lançado no governo de Michel Temer, em outubro de 2016, por meio do Decreto Federal nº 8.869, concebido e coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA), de responsabilidade de execução da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), e nomeou a primeira-dama, Marcela Temer, como sua embaixadora. Segundo esse Decreto, o Programa tem como objetivos: promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade; mediar o acesso da gestante, de crianças na primeira infância e de suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem (BRASIL, 2016a). Contudo, o referido Programa tem sofrido inúmeras críticas, das quais se destacam: o retorno do primeiro-damismo na Política de Assistência Social; a falta de diálogo do Governo Federal com a sociedade civil e com os conselhos das políticas da intersetorialidade do Programa (como Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, Direitos Humanos, Direitos das Crianças e Adolescentes, entre outros), na medida em que o Programa foi aprovado sem diálogo ou participação da sociedade civil; a priorização do “terceiro setor”, indo na contramão da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que priorizam a execução direta do Estado nos serviços, programas e projetos, e a desresponsabilização do Estado pela oferta de serviços públicos de saúde e de educação com qualidade desde a primeira infância (CFESS, 2017b).

Iamamoto (2015) reitera essa análise, afirmando que o crescimento da demanda por serviços por parte da população ocorre em decorrência do aumento de sua pauperização, contudo, essa é inversamente proporcional à garantia de recursos públicos, que é expressão da redução dos gastos sociais recomendada pela política de ajuste fiscal incentivada pelo neoliberalismo. “Em consequência, amplia-se, cada vez mais, a seletividade dos atendimentos, fazendo com que a proclamada universalização dos direitos sociais se torne letra morta” (IAMAMOTO, 2015, p. 160).

Nesse ínterim, Mota (2010) assevera que a Seguridade Social, longe de formar um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquire a perversa posição de conformar uma unidade contraditória: as políticas de saúde e previdência restringem seu acesso e avançam na direção da mercantilização e privatização, enquanto a assistência social se amplia como condição única para o enfrentamento da desigualdade social. Assim, para a autora, a Seguridade Social vem se firmando em dois polos: a privatização e a assistencialização da proteção social, instituindo, de um lado, a figura do cidadão-consumidor e, de outro, do cidadão-pobre – esse último objeto da assistência social.

Dessa forma, no lugar de atender universalmente as necessidades coletivas dos trabalhadores, a Seguridade Social cria condições para sua fragmentação, desconstruindo os princípios em que se ancoram essas políticas: “a previdência social transforma-se numa modalidade de seguro social, a saúde numa mercadoria a ser comprada no mercado dos seguros de saúde e a assistência social, que se expande, adquire o estatuto de política estruturadora” (MOTA, 2009, p. 44).

Assim, em vez de avançar no caminho da intersetorialidade, de forma a atender integralmente as necessidades da população, construindo redes de segurança social e garantindo uma proteção social ampla, ao contrário, a Política de Assistência Social tem se constituído em uma base seletiva, focalizada, fragmentada e desarticulada às demais políticas de Seguridade Social, segmentando o seu público-alvo por sexo, idade e grau de vulnerabilidade.

A desarticulação da Assistência Social com as demais políticas de Seguridade Social, assim como com as políticas de educação, habitação etc. faz com que ocorra o seu superdimensionamento e ela passe a assumir funções e tarefas que competem ao conjunto das políticas sociais. Além disso, corre-se o risco de restringir o conceito de proteção social ao acesso aos serviços socioassistenciais, fazendo com que seja perdida a concepção ampla de garantia ao conjunto de direitos sociais (CFESS, 2013a).

Nesse cenário vivenciado no Brasil, de profundo alinhamento da agenda governamental aos interesses do capital, que tem gerado a intensificação das desigualdades sociais e a

precarização das condições de vida da população, reforça-se a necessidade de inclusão da Assistência Social na agenda de lutas por uma Seguridade Social pública, redistributiva, universal e assentada em uma perspectiva democrática, que deve se articular aos demais movimentos da sociedade civil para pensar, coletivamente, estratégias de enfrentamento e alternativas ao projeto neoconservador e neoliberal que avança no país e no mundo.

4 A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: desconstruindo os muros manicomiais e tecendo a Rede de Atenção Psicossocial

O debate sobre a intersetorialidade na Política de Saúde Mental adquire importância no âmbito da Reforma Psiquiátrica e na busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas, que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Assim, faz-se necessária a construção não apenas de uma rede de cuidados à pessoa com transtorno mental, mas a sua articulação com diferentes setores, políticas e sujeitos sociais.

Nesse sentido, este capítulo realiza uma análise da política de saúde mental no Brasil e no Piauí, discutindo desde a trajetória de desconstrução do modelo manicomial aos desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, colocando no centro do debate a questão da intersetorialidade e da Rede de Atenção Psicossocial. Para tal, está dividido em dois momentos: em um primeiro tópico, analisa a Política de Saúde Mental no cenário brasileiro e, em um segundo, apresenta um panorama dessa política no contexto piauiense e em Teresina.

4.1 A intersetorialidade na Política de Saúde Mental no Brasil: trajetória e desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica

No mundo ocidental, a partir da sociedade burguesa moderna, o modelo de tratamento para os sujeitos com transtornos mentais esteve, historicamente, circunscrito pela segregação social, enclausuramento e exclusão, marcado pelo formato hospitalocêntrico/manicomial, que impedia o convívio dessas pessoas no meio familiar e comunitário, suprimindo sua liberdade e sua condição de cidadã.

Nesse cenário, o tratamento dado ao “louco” o destituía dos seus direitos civis e políticos, ao compreendê-lo como indivíduo destituído de razão e que, portanto, não teria capacidade para exercer sua vontade e discernimento. Nessa lógica, era papel do Estado e da medicina serem responsáveis pelo cuidado desses sujeitos, o que era feito através do isolamento e exclusão no interior dos muros do hospital psiquiátrico (VASCONCELOS, 2010).

As críticas ao modelo manicomial não tardaram a se produzir, mas, segundo Desviat (2015), foi após a Segunda Guerra Mundial, em um cenário de crescimento econômico, de desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e minorias – devido, principalmente, à busca pela reconstrução social em nível mundial, após as ruínas deixadas pela guerra e, especificamente, pelo holocausto – que a

comunidade profissional e cultural chegou à conclusão, por caminhos diversos, de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou extinguido.

Nesse sentido, vários movimentos, orientados por diferentes correntes teórico-políticas³⁴, emergem na Europa, nos Estados Unidos e na América Latina, questionando o modelo asilar/manicomial no tratamento à pessoa com transtorno mental. Uma das referências norteadoras mais importantes desses movimentos é a noção de desinstitucionalização – que pode ser entendida, tanto prática quanto teoricamente, de formas diferentes.

Amarante (1996) analisa a desinstitucionalização a partir de três noções: como desospitalização, como desassistência e como desconstrução. A primeira concepção analisada pelo autor entende a desinstitucionalização basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização. Embora calcada numa crítica conceitual ao modelo da organização psiquiátrica, essa tradição não coloca em questão o manicômio ou a real transformação da natureza da assistência às pessoas com transtorno mental, voltando-se principalmente para os pontos administrativos do hospital, ou a sua humanização. Dessa forma, o saber e as práticas psiquiátricas adotadas seriam exatamente as mesmas da psiquiatria tradicional, sendo apenas adequadas a novos propósitos.

A segunda tendência apontada é a desinstitucionalização como desassistência. Nesse caso, o fechamento dos hospitais psiquiátricos não ocorre gradativo a sua substituição por outras modalidades de assistência e cuidado, significando, portanto, nos dizeres de Amarante (1996, p. 21), “abandonar os doentes à própria sorte”.

A terceira perspectiva apontada pelo autor é a desinstitucionalização como desconstrução, caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, na busca de desconstrução da realidade manicomial – para além da “queda dos muros manicomiais” em sentido físico. Busca, portanto, a construção de novas realidades, operando transformações, inclusive culturais, no sentido de uma mudança em torno do olhar que a sociedade tem do “louco” e da “loucura”, como pessoas perigosas e que devem viver isoladas.

³⁴ Os movimentos de críticas ao modelo manicomial que emergiram nesse contexto não são homogêneos, desenvolvendo-se, a depender do tempo e espaço, de forma diversificada, balizados por correntes teóricas distintas e que, portanto, tinham objetivos diferenciados. O movimento que tem mais forte impacto no Brasil e que baliza as análises dessa pesquisa é o pautado na perspectiva basagliana da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Psiquiatria Democrática Italiana. Na dissertação de mestrado da autora, publicada como livro sobre o título de “O processo de trabalho do serviço social na saúde mental” (PEREIRA, 2017) foi feita uma análise mais aprofundada sobre isso.

Essa última tendência se identifica com a trajetória desenvolvida por Franco Basaglia³⁵, guia da Reforma Psiquiátrica na Itália, que tem fortes repercussões no Brasil, e se torna referência ao operar o estudo da loucura “dilatando este campo ou, num certo sentido, *desterritorializando-o* dos limites psiquiátricos” (AMARANTE, 1996, p. 25).

Basaglia (1985) aponta o manicômio como uma “instituição da violência”, devido à relação de opressão entre aqueles que detêm poder – os médicos e demais profissionais e trabalhadores do hospital – e aqueles que não o têm – os pacientes internados. Essa violência, no entanto, passou muito tempo sendo camuflada, percebida como um ato terapêutico de cuidado e tratamento à pessoa com transtorno mental. Dessa forma, o manicômio detinha o mandato e apoio social para realizar atos de violência e exclusão, revelando seu profundo caráter coercitivo-autoritário.

Tendo por base tais análises, a perspectiva basagliana defende a negação da instituição manicomial, o que só podia ser feita com a destruição e superação não apenas dos “muros hospitalares” em si, mas do sistema ideológico em que se sustenta a violência e exclusão a que a psiquiatria se baseou em todo esse processo. Fazia-se necessária, portanto, a reconstrução dos valores que sustentam a realidade do manicômio (BASAGLIA, 1985).

Esta concepção de desinstitucionalização como desconstrução, tanto do paradigma e do saber médico psiquiátrico tradicional como da instituição hospitalar manicomial como centro de tutela e isolamento das pessoas com transtornos mentais, é referência do projeto de Reforma Psiquiátrica Italiano, que tem fortes repercussões no Brasil.

Amarante (1999) defende uma perspectiva de Reforma Psiquiátrica pautada na concepção basagliada como um processo social complexo, que abrange, segundo quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A primeira dimensão se refere às bases teóricas e conceituais sobre as quais esse campo definiu seus objetos de conhecimento e suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade, que envolveu, durante muito tempo, apenas o saber médico-psiquiátrico. Portanto, a dimensão teórico-conceitual alude à desconstrução e à reconstrução do entendimento sobre saúde mental, transtorno mental, normalidade, dentre outros. A dimensão técnico-assistencial

³⁵ Franco Basaglia foi o psiquiatra que liderou o mais importante processo de Reforma Psiquiátrica e de saúde mental, constituindo a Psiquiatria Democrática Italiana, que é referência internacional e base para movimentos sociais em diversos países, com o intuito de colocar em xeque a instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Foi nesse cenário que foi aprovada, em 13 de maio de 1978, na Itália, a lei 180, primeira lei que prevê a extinção dos manicômios, consolidando o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental, conhecida como Lei Basaglia (AMARANTE, 2017).

faz alusão à construção de uma nova rede de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico tradicional, de forma a construir possibilidades materiais de tratamento e sociabilidade para os sujeitos com transtorno mental. A dimensão jurídico-política se refere à criação e revisão das legislações que se referem às pessoas com transtornos mentais, de forma a dar bases legais para a criação desses serviços e para a defesa de direitos desses sujeitos. A última dimensão é a sociocultural, que é a mais difícil de ser alcançada, que busca uma mudança no imaginário social relacionado à loucura (AMARANTE, 1999).

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) surge no cerne do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), da década de 1970, no contexto de redemocratização política do país, também se voltando para a defesa do direito à saúde pública e universal. Os princípios do MRP corroboram com os da MRS na reafirmação de uma saúde como direito de todos e dever do Estado, articulando-se com outros movimentos sociais e com a luta pela reconstrução da democracia brasileira, de forma a levar seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcenda a questão específica da saúde mental (YASUI, 2006). Entretanto, a Reforma Psiquiátrica adquire uma identidade singular em relação à MRS, no que se refere à luta por direitos das pessoas com transtornos mentais que, historicamente, conviveram com a exclusão, a segregação social e a negação da condição de cidadã (VASCONCELOS, 2010).

Nessa direção:

A Reforma Psiquiátrica, assim como a Reforma Sanitária, é um projeto civilizatório. Projeto que implica na afirmação de princípios e valores que tensionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase barbárie. É um processo que aponta para a construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade (YASUI, 2006, p. 157-158).

Assim, com a Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental se torna um espaço de conflitos e disputas políticas e ideológicas, entre as ideias de liberdade, autonomia, solidariedade e cidadania *versus* segregação social, estigma e negação dos direitos humanos. Assim, propõe mudanças nas relações de poder e saber, sendo um movimento ideo-político que se vincula com a luta pela transformação da sociedade (COE; DUARTE, 2017). Logo, os princípios defendidos pela Reforma Psiquiátrica se coadunam com os de luta de projetos societários contra-hegemônicos, de forma que só pode se materializar, de fato, em uma ordem societária verdadeiramente democrática e emancipatória.

Na esteira das lutas no âmbito da saúde mental, destaca-se o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que deu origem ao movimento de luta

antimanicomial e estabeleceu uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

No cenário pós Constituição de 1988, o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, em 1989, é uma das primeiras iniciativas oficiais do movimento de Luta Antimanicomial. Tal Projeto de Lei defendia a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, delegando ao Estado a responsabilidade pela criação de serviços alternativos e extra-hospitalares. Esse Projeto de Lei gerou grandes debates na mídia nacional, de forma que tal lei só foi aprovada no ano de 2001, com algumas alterações. Mas nesses 12 anos os debates em torno da luta antimanicomial se intensificaram; foram aprovadas leis estaduais que tratavam dos direitos das pessoas com transtornos mentais e portarias do Ministério da Saúde que financiavam os primeiros programas e serviços de assistência à saúde mental extramuros, que é o caso dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

A Lei Federal nº 10.216/2001 é considerada um grande marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil e veio proteger os direitos desses sujeitos e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, determinando que os pacientes internados há muito tempo em hospital psiquiátrico, com uma situação de grave dependência institucional, sejam objetos de política específica e de proteção social por parte do Estado, com a devida participação da sociedade e da família.

No sentido de atender às mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, o tratamento do segmento que sofre com transtorno mental passa a se focalizar na atenção comunitária, em que ganham ênfase os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e considerados como a grande aposta reformista.

Os CAPS são serviços públicos considerados substitutivos aos hospitais psiquiátricos e comunitários, que têm como objetivo oferecer assistência psicossocial a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, visando à sua reinserção social através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário (BRASIL, 2004a). Leal e Delgado (2007) afirmam que os CAPS não são apenas dispositivos de saúde, mas devem ser entendidos como um modo de operar o cuidado em saúde mental. Assim, surgem como uma proposta ousada de transformação, ao tentar ganhar espaço em uma realidade que antes era alicerçada e restrita ao espaço hospitalar, e com o poder de resolução centralizado no profissional médico (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ser do tipo I, II, III, AD ou Infanto-juvenil, a depender do público atendido, do horário de funcionamento ou da quantidade de habitantes do município, conforme explicita a tabela a seguir:

Quadro 4 - Tipos de CAPS

Tipos de CAPS	Municípios com população	Horário de funcionamento dos CAPS	Público-alvo
CAPS I	Acima de 15.000	8h às 18h, de segunda a sexta-feira	Pessoas de todas as faixas etárias que apresentam, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
CAPS II	Acima de 60.000	8h às 18h, podendo funcionar até as 21h, de segunda a sexta-feira	Prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
CAPS III	Acima de 150.000 habitantes	24h diariamente, incluindo feriados e finais de semana	Prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
CAPS i	Acima de 60.000 habitantes	8h às 18h, de segunda a sexta-feira	Crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
CAPS ad	Acima de 70.000 habitantes	8h às 18h, podendo funcionar até as 21h, de segunda a sexta-feira	Pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS ad III	Acima de 150.000 habitantes	24h diariamente, incluindo feriados e finais de semana	Pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

Fonte: Sistematização da autora, com base na Portaria nº 3088/2011.

É pertinente evidenciar que os CAPS estão inseridos dentro de um território constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, família e instituições. A noção de território é essencial nesse contexto, pois é através dela que se organiza a rede de atenção à pessoa com transtorno mental e sua família, amigos e interessados (BRASIL, 2004a). Assim, a concepção de território é compreendida para além do

espaço geográfico, mas como a esfera da gestão da vida cotidiana da pessoa com transtorno mental, circunscrevendo os espaços construídos e reconstruídos permanentemente. Nesse cenário, cabe ao CAPS propiciar laços sociais e melhorar a vida cotidiana desses sujeitos, tecendo uma rede com outros recursos, serviços, políticas, ou mesmo com a vizinhança (ROSA, 2015).

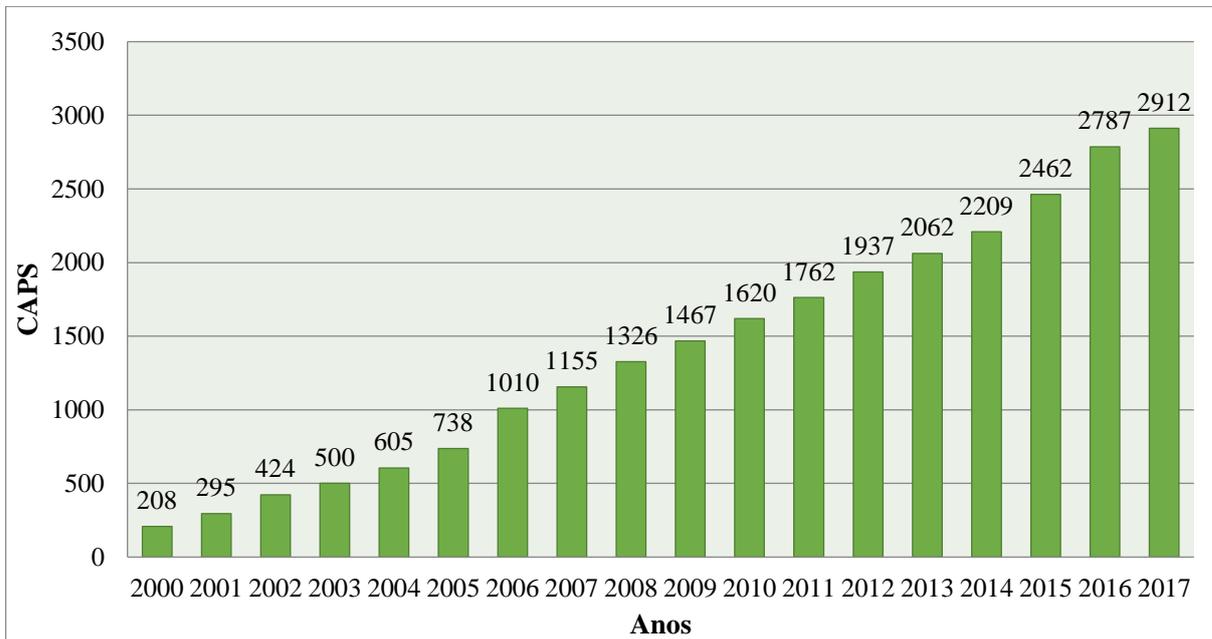
Nesses moldes, os CAPS devem assumir um papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, no cumprimento de funções de assistência direta e regulação da rede de serviços de saúde, na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e articulando os recursos existentes em outras redes: sócio sanitárias, sócio assistenciais, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, dentre outras (BRASIL, 2004a). O trecho a seguir reitera essa perspectiva:

Para constituir essa rede todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc), econômicos (dinheiro, previdência etc), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004a, p. 11).

O cuidado oferecido nesse serviço comunitário deve abarcar as relações sociais, as condições de moradia, as atividades da vida diária, a esfera da geração de emprego e renda, o lazer, etc, o que implica em recompor a complexidade que circunscribe a vivência com o transtorno mental, exigindo uma ação integral e intersetorial (ROSA, 2015).

Nessa direção, corrobora-se com o pensamento de Yasui (2007), que defende que o CAPS não é o fim, é meio, caminho, é possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças, que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços e distintos sujeitos sociais.

No gráfico abaixo, é possível observar o crescimento do número desses serviços no Brasil nos últimos anos:

Gráfico 1 - Expansão dos CAPS no Brasil de 1998 a 2015

Fonte: Elaboração da autora, a partir de dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2018).

Observa-se que no ano 2000 o Brasil contava com um total de 208 CAPS. Após 2002, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, tem-se uma expansão de serviços substitutivos e comunitários no país, principalmente no que tange aos Centros de Atenção Psicossocial: nesse ano, existiam 424 CAPS no Brasil, cobrindo apenas 21% da população em âmbito nacional. Dez anos depois, em 2012, há um aumento para 1.937 Centros de Atenção Psicossocial, abrangendo 74% das regiões brasileiras, o que reflete uma evolução na implantação de uma rede de serviços de atenção e cuidados extra-hospitalares a pessoas com transtornos mentais, fortalecendo a Política de Saúde Mental (BRASIL, 2015a). No final do ano de 2017, esse número cresce ainda mais, com um total de 2.912 CAPS na realidade do país (BRASIL, 2018).

Esse é um dado importante, que revela a expansão dos CAPS no cenário brasileiro, todavia, é necessário ressaltar que a Política de Saúde Mental no país é composta por diversos serviços – os quais serão aprofundados ao longo desse estudo. Logo, esse indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a cobertura da atenção psicossocial no país, nem significa que, automaticamente, os princípios reformistas foram consolidados, pois não expressa a qualidade da assistência à saúde mental prestada.

Assim, o aumento do número de CAPS, por si só, não significa que esses serviços estão promovendo a autonomia e a reinserção social dos seus usuários, conforme destaca o trecho a seguir:

Implantar um serviço com a “marca” CAPS não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco que ocorre é o fato do CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente. O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesta proposta (YASUI, 2006, p. 61).

Por isso, é necessária a consolidação de uma rede de atenção psicossocial territorializada, que responda não apenas pelo cuidado e a assistência às pessoas com transtornos mentais, mas que atue de forma intra e intersetorial, oportunizando novos acessos a bens e serviços, além da ampliação da interação desse público no espaço urbano, conquistando o direito à cidade (COSTA; BRASIL, 2014; DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Lancetti (2008) afirma que um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmos e sua pouca abertura para o território, o que pode levar ao que ele chama de “CAPS burocrático”, que são serviços que se limitam a realizar atividades diárias repetitivas, com poucas atividades grupais e raro envolvimento com outros serviços do território, onde os profissionais têm dificuldade de trabalhar em equipe, havendo centralização e sobreposição do saber médico sobre os demais, prevalecendo características de um modelo hospitalocêntrico.

Nessa direção, Amarante e Torre (2010) alertam para os perigos de colocar um serviço de saúde mental – no caso, o CAPS – como o “centro” da política e da assistência, o que pode levar a uma “reinstucionalização”, levando a um risco de minimizar e desvalorizar as ações múltiplas que devem extravasar o serviço.

Reafirmando tais concepções, Desviat (2015) defende que, em tais casos, ocorre uma “transinstitucionalização” dos usuários, que são retirados das grandes instituições manicomial/hospitalocêntricas e são transferidos para instituições sociais (ou serviços comunitários), mas que mantêm o “núcleo duro” da institucionalização típica do modelo manicomial anterior.

Corroborando com essa análise, no caso específico do CAPS, Queiroz (2016) afirma que há, muitas vezes, uma “CAPS-dependência” do usuário com o serviço, em que, mesmo em condição de alta, um grande número de usuários não se desliga do serviço, pois não criou vínculos com outros serviços e/ou pessoas no território, gerando a cronificação do usuário e do próprio CAPS.

Por isso, defende-se que:

A política de saúde mental deve ser planejada de forma contínua, a fim de assegurar o direito de alta nos CAPS, sem gerar desassistência, desamparo e sofrimento. Dessa forma, os municípios precisam que os serviços de saúde estejam organizados dentro de uma rede articulada de serviços (QUEIROZ, 2016, p. 17).

Dito isso, reforça-se a importância de implementar a Política de Saúde Mental pautada, necessariamente, em uma lógica intersetorial, conforme é reforçado no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010b), que coloca a intersetorialidade da atenção psicossocial como a principal estratégia de ordenação da rede, e só através dela que se pode conquistar a integralidade de atenção ao sujeito que demanda as ações dessa política. Nessa concepção, o campo da saúde mental deve ser compreendido como transversal a várias políticas sociais.

O Relatório dessa Conferência defende o papel do Estado na garantia de realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça, bem como o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva a pessoas com transtorno mental, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental. Assim, prega a promoção de uma interlocução efetiva entre as equipes profissionais que atuam nas redes de saúde mental e as que atuam nas redes intersetoriais de políticas públicas em educação, saúde e assistência social (BRASIL, 2010b).

Dentre as deliberações da Conferência, ressalta-se:

Garantir a estratégia intersetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais, compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais (BRASIL, 2010b, p. 23).

Para fortalecer essa perspectiva é lançada a Portaria de nº 3.088, do Ministério da Saúde, em 2011, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e compreende a necessidade da ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, conformando uma rede de serviços no âmbito do SUS, para além do CAPS.

Constituem-se como diretrizes de funcionamento da RAPS, de acordo com o artigo 2º da portaria citada (BRASIL, 2011b):

- I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III – combate a estigmas e preconceitos;
- IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI – diversificação das estratégias de cuidado;
- VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

- IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI – promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Dessa forma, a RAPS deve buscar a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, envolvendo tanto os equipamentos de saúde quanto a sociedade, de forma a fortalecer as ações intersetoriais e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais. Portanto, a RAPS é uma conquista que visa contribuir para o fortalecimento e a materialização dos princípios reformistas, visando à reinserção social desses indivíduos na sociedade, vislumbrando-os enquanto sujeitos de direitos e cidadãos.

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos: a ampliação do acesso de serviços de saúde mental para a população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias, aos pontos de atenção, e a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

Buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, a RAPS tem como eixos estratégicos: a ampliação do acesso e qualificação da rede de atenção integral à saúde mental, bem como a promoção de ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação (BRASIL, 2011b). Além disso, aponta para a concepção de um cuidado em saúde mental múltiplo, o que requer várias articulações envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de assegurar o suporte necessário ao indivíduo no seu território, devendo ser composta pelos pontos de atenção apresentados no Quadro 5:

Quadro 5 - Componentes da RAPS e pontos de atenção

Componentes da RAPS (eixos)	Pontos de atenção (dispositivos)
I – Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura.
II – Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, AD, Infanto-juvenil, AD III).
III – Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.
IV – Atenção Residencial em caráter transitório	Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, nas quais se destacam as Comunidades Terapêuticas.
V – Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
VI – Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa.
VII – Reabilitação Profissional	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: Pereira; Guimarães (2017, p. 55).

Com efeito, a Política de Saúde Mental é composta por diferentes serviços ou dispositivos que devem compor a rede de atenção psicossocial, visando atender a pessoa com transtorno mental grave ou persistente, e/ou dependente de álcool e outras drogas dentro de seu território integralmente, prevalecendo a lógica do cuidado comunitário.

A partir da lógica da gestão e do trabalho em rede, a RAPS provoca a urgência da articulação e do diálogo entre os diferentes serviços, o que aparece como desafio histórico nas políticas sociais, tendo em vista a sua tradição de fragmentação e ação pontual, conforme discutido em capítulos anteriores. Assim, a RAPS constrói uma nova cultura intra e intersetorial, produzindo também outro processo de trabalho, que articula políticas, realidades territoriais distintas e fortalece laços entre os sujeitos (ROSA; JOAZEIRO, 2017).

A respeito da organização da RAPS, Cardoso (2016) tece críticas acerca do termo Atenção Psicossocial Especializada, apresentada no II eixo da Portaria nº 3.088/11, afirmando que essa reforça a ideia do CAPS enquanto *locus* central das ações de saúde mental, o que é contraditório à proposta articuladora de serviços e de compartilhamento de cuidados entre diferentes dispositivos. Segundo a autora, atualmente os CAPS ainda têm como desafio a centralização em si mesmos, levando a um modelo “capscêntrico”, que tem dificuldade de

dialogar e interagir com outros serviços e setores da sociedade, o que dificulta também o olhar para o sujeito em sua integralidade, com o foco das ações voltadas para o território.

Portanto, a RAPS tem como desafio potencializar a articulação intrassetorial – via dispositivos no âmbito do SUS, de saúde e saúde mental – assim como intersetorial – dialogando também com outras políticas e redes de apoio social e territorial, de forma a ampliar a oferta de cuidado em torno desses sujeitos, fortalecendo o diálogo entre o CAPS e os demais dispositivos do território. Ao mesmo tempo, a RAPS deve apostar na promoção da saúde mental no território, via articulação com a Atenção Básica.

A importância da assistência à saúde mental na Atenção Básica é reiterada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), ao afirmar que:

60% das pessoas que vão a consultas a nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável. Outras pessoas pensam que as perturbações mentais não podem ser tratadas, mas é sabido que existem tratamentos eficazes e que estes podem ser utilizados com sucesso a nível dos cuidados primários. Alguns acreditam que as pessoas com perturbações mentais são violentas ou instáveis, e, portanto, devem ser encarceradas, quando na verdade a vasta maioria dos indivíduos afectados não são violentos e são capazes de viver produtivamente dentro das suas comunidades (OMS, 2009, p. 7).

Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde apresenta sete grandes motivos para integrar a saúde mental na Atenção Básica: 1) o transtorno mental cria uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, e leva a dificuldades econômicas e sociais significativas que afetam a sociedade no seu todo; 2) os problemas de saúde mental e físico estão interligados, de forma que muitas pessoas sofrem tanto com problemas de saúde físicos quanto mentais, e os cuidados na Atenção Básica ajudam a assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística, satisfazendo as suas diversas necessidades de saúde; 3) o déficit de tratamento em relação às pessoas com transtornos mentais é enorme, havendo uma diferença significativa entre a quantidade de sujeitos que tem algum transtorno e a quantidade que recebe algum tratamento, e o cuidado na atenção primária pode ajudar a diminuir essa diferença; 4) os cuidados primários para saúde mental otimizam o acesso, pois as pessoas podem acessar serviços mais próximos de suas casas; 5) os cuidados na atenção básica promovem o respeito pelos direitos humanos e reduzem o estigma e a discriminação, porque as pessoas com transtornos mentais são tratadas da mesma maneira que as pessoas com outras doenças; 6) os cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam um boa relação custo-benefício, sendo, necessariamente, mais baratos que as internações em hospitais psiquiátricos, tanto para os usuários e suas famílias quanto para o

Estado; 7) a maioria das pessoas com transtornos mentais, que são tratadas em cuidados primários, apresenta bons resultados (OMS, 2009).

Para que ocorra essa integração da saúde mental com a Atenção Básica, o Estado precisa incentivar não só o desenvolvimento de uma política de saúde mental que vise ao fortalecimento dessas ações, mas também através de uma política geral de saúde que enfatize a necessidade de a saúde mental ser atendida em nível de cuidado de saúde primária. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), alguns países têm avançado nesse sentido, e um deles é o Brasil, devido ao investimento do SUS no modelo de Atenção Básica.

A Portaria Ministerial nº 3.088/2011 vem fortalecer esta perspectiva de articulação da saúde mental com a Atenção Básica da saúde, ao compreendê-la como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado a pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica – o Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – se apresentam como recursos estratégicos para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública no Brasil, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de transtorno mental (BRASIL, 2005c).

Nessa direção, a Política de Saúde Mental brasileira defende a construção de estratégias que busquem fortalecer e qualificar a atenção básica para atuar com propriedade na identificação, acolhimento e cuidado às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como forma de “evitar o atendimento especializado como primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental” (BRASIL, 2015a, p. 7).

Além disso, é importante destacar que segundo a Portaria nº 3.088/2011, os municípios com parâmetro para implantação de CAPS são os que têm acima de 15 mil habitantes, portanto, em municípios pequenos a assistência à saúde mental deve ser feita através dos serviços de Atenção Básica. Contudo, as ações de saúde mental na Atenção Básica não devem se restringir a pequenos municípios, sendo fundamental a parceria das equipes da Atenção Básica com os demais pontos de atenção da RAPS também nos municípios de maior porte, fortalecendo o cuidado e a promoção da saúde mental no território.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018 a cobertura de Equipes da Saúde da Família (ESF) para a população do país é de 63,3%, o que implica que mais de 126 milhões de brasileiros estão cobertos por 42.105 ESF e 4.969 NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além das ESF e dos NASF, a Atenção Básica conta com um dispositivo relativamente novo: o Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica e pelas Portarias Ministeriais nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2011, e nº 1.238, de 09 de junho de 2014. São equipes formadas por profissionais de diversas áreas, que desempenham atividades para garantir atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de rua, possuindo habilidades e competências para atuar com usuários de substâncias psicoativas e com sofrimentos advindos de transtorno mental. Para tanto, agregam conhecimentos básicos sobre redução de danos, realizam atividades educativas e culturais, fazem a dispensação de insumos de proteção à saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e intersetorial e acompanham o cuidado das pessoas em situação de rua. Apesar disso, segundo dados do Ministério da Saúde, existem, no ano de 2018, apenas 121 equipes de Consultórios na Rua, um número ainda insuficiente para atender ao público em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nessa direção, cabe destacar acerca do matriciamento, uma importante estratégia de articulação entre CAPS e a Atenção Básica, que apesar de ser discutido no âmbito da saúde mental desde 2004, há uma expansão das ações de apoio matricial a partir de 2017, quando esse se torna um indicador obrigatório para o repasse de recursos federais a esses serviços:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004a, p. 80).

Assim, as ações de matriciamento devem proporcionar uma retaguarda especializada da assistência em saúde mental para as equipes de Atenção Básica, o que ocorre através da construção de vínculos e do apoio institucional com os profissionais do CAPS. Portanto, o apoio matricial é essencial para criar uma cultura de cuidado colaborativo entre as equipes, frente às demandas de saúde mental de um mesmo território, ultrapassando a lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência que, muitas vezes, reduz-se ao repasse de responsabilidades e contribui para a não resolutividade das demandas. Por isso, “o matriciamento se constitui numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades” (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 13).

Outro ponto estratégico da RAPS é o da Atenção Hospitalar, no qual se destacam os Serviços Hospitalares de Referência (SHR) em saúde mental, em que o Hospital Geral, em

articulação com outros pontos de atenção para a conformação de redes de cuidado, constitui-se como ponto estratégico para o fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial.

Esses são serviços que devem ser geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, incluindo a possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico. Além disso, pode contribuir para o enfrentamento do estigma e preconceito no campo da saúde mental (BRASIL, 2015).

A Portaria Ministerial nº 148, de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Além dessa Portaria, outras normativas foram criadas pelo Ministério da Saúde sobre esse ponto de atenção: Portarias de nº 349, de 1º de março de 2012; nº 1.615, de 27 de julho de 2012; e nº 953, de 13 de setembro de 2012, que abriram a possibilidade de qualificação dos Serviços Hospitalares de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad), instituídos em 2010 pelas Portarias nº 2.842 e nº 480, na direção da atenção integral, na medida em que ampliou o escopo do cuidado no contexto da atenção psicossocial. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), no ano de 2017 existiam 263 hospitais de referência com leitos de saúde mental habilitados, totalizando 1.163 leitos.

Destaca-se que a política de saúde mental, que defende um tratamento de base comunitária, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, ainda prevê situações de internações de usuários, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme o artigo 4º da Lei Federal nº 10.216/01. Entretanto, a RAPS propõe a criação de dispositivos estratégicos para atender ao usuário em situação de crise fora dos hospitais psiquiátricos, nos quais se destacam os leitos de atenção psicossocial em hospitais gerais, que oferecem suporte às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em Hospitais Gerais, por meio de internações de curta duração. Dessa forma, os leitos em hospital geral visam substituir a internação em hospitais psiquiátricos, sendo um importante serviço para o fortalecimento dos princípios reformistas, devendo estar sempre em articulação e corresponsabilização com o CAPS e demais pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2015a).

Em que pese a constatação da importância dos leitos qualificados para a atenção à saúde mental em hospitais gerais, bem como a sua expansão nos últimos anos, a sua quantidade ainda é considerada insatisfatória em todo o território nacional nos últimos anos, e isso tem como consequência a permanência do hospital psiquiátrico como espaço estratégico no tratamento à pessoa com transtorno mental em situação de crise (DIMENSTEIN et al., 2012).

Tais fatos vêm produzindo espaços lacunares na atenção ao usuário em crise, vazios para os quais a principal resposta da RAPS é o encaminhamento ao hospital psiquiátrico. Em outras palavras, as dificuldades de fechamento de hospitais psiquiátricos no país devem-se, em grande parte, à ineficiência de serviços que deem suporte à crise. Assim, os manicômios continuam ocupando um lugar central, em função da inexistência desses dispositivos e tendo sua existência justificada socialmente (DIMENSTEIN et al., 2012, p. 102).

Destaca-se, portanto, a importância da atenção à crise pelos dispositivos RAPS, pois quando essa é efetivamente viabilizada no cotidiano dos serviços, representa um ponto de amarração de diversas estratégias propostas pela política de saúde mental. “Ou seja, a garantia do manejo satisfatório da crise nos moldes psicossociais atua como fator que colabora para a mudança de itinerário dos usuários, dos hospitais psiquiátricos para os serviços territoriais, fortalecendo a política de desospitalização vigente” (SILVA; DIMENSTEIN, 2014, p. 33).

Juntamente com o componente da atenção hospitalar, o eixo da RAPS de atenção à urgência e emergência é essencial para o atendimento de usuários em situação de crise aguda, considerando que:

A resposta às crises dos portadores de sofrimento mental grave e persistente tem sido apontada como um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, na medida em que é condição essencial para dar sustentação ao conjunto de iniciativas no campo da assistência/cuidado e reabilitação psicossocial destes sujeitos, tendo em vista as suas demandas e exigências políticas de cidadania (SOUZA, 2017, p. 2).

A Portaria nº 3.088/2011 coloca como serviços responsáveis pelo atendimento à urgência e emergência à pessoa com transtorno mental e/ou usuários de substâncias psicoativas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro. Esses dispositivos devem atuar em articulação com os demais eixos da RAPS, de forma que haja uma continuidade e compartilhamento no cuidado, evitando a internação no hospital psiquiátrico. Dessa forma:

A atenção à crise se revela como um eixo estratégico do cuidado da RAPS, vez que sua viabilização, fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos, garante a permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o circuito de internações, segregações e cronificações tão conhecido. Desse modo operada, a

atenção à crise garante a função substitutiva dos serviços e ações na RAPS (SILVA; DIMENSTEIN, 2014, p. 32).

Para o enfrentamento às situações de crise, o SAMU aparece como um serviço estratégico, sendo esse responsável pelo atendimento a situações de urgências psiquiátricas, segundo a Portaria Ministerial nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, considerado por Jardim e Dimenstein (2007) como uma porta de entrada itinerante capaz de fazer potentes articulações intersetoriais:

[...] O serviço de urgência ocupa um lugar importante, mas não menos problemático. Por ser o último nível antes da internação psiquiátrica acaba se tornando um observatório do sistema de saúde, lugar privilegiado para perceber os pontos em que o fluxo da rede estanca, detectar problemas e desenvolver estratégias mais resolutivas (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 170).

Contudo, alguns estudos, como de Jardim e Dimenstein (2007), Silva e Dimenstein (2014) e Brito et al. (2015), vem apontando o espaço problemático assumido pelo SAMU no cerne da RAPS. Nos casos de usuários em situação de crise psicótica, esse serviço vem desenvolvendo, no geral, atitudes médico-repressivas, como contenções físicas e químicas, realizadas de forma errada ou em momentos em que não eram necessárias. Além disso, o SAMU prioriza a sedação e o encaminhamento para a internação hospitalar, dificilmente buscando alternativas que evitem a internação compulsória, “fortalecendo a cadeia crise/emergência/ internamento como se fosse a principal, senão única, alternativa para conter a crise” (BRITO et al., 2015, p. 2). Isso reforça atitudes contrárias às defendidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dimenstein (2012) destaca ainda, em seus estudos, que há resistência, tanto do SAMU quanto de serviços de urgência e emergência no geral, no que diz respeito ao atendimento de casos de pessoas com transtorno mental em situação de crise aguda e também no tratamento em hospitais gerais, explicado principalmente pelo preconceito e/ou despreparo dos profissionais para atender esse público.

Com efeito, em função do número insuficiente de CAPS do tipo III e da falta de leitos em hospitais gerais – espaços esses onde os usuários em situação de crise aguda poderiam ter o tratamento adequado – os serviços de urgência psiquiátrica continuam alimentando o ciclo de internações em manicômios, em vez de promover uma nova geografia na distribuição da demanda em saúde mental, consequentemente, fazendo com que o hospital psiquiátrico ainda mantenha um papel central na política de saúde mental brasileira (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Logo, verifica-se que o atendimento da crise é um dos problemas mais evidentes e de difícil manejo na RAPS na atualidade e, ao mesmo tempo, é um dos eixos estratégicos e pilar de sustentação da Reforma Psiquiátrica. É urgente e necessário um olhar mais atento e maior investimento, tanto na ampliação de serviços para o seu atendimento quanto na qualificação e educação permanentes dos profissionais que atuam nesses espaços, para que haja uma superação do ideário manicomial como local de tratamento da crise, sem que, com isso, ocorra uma desassistência a esses sujeitos.

Ainda sobre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, a Atenção Residencial de Caráter Transitório também é essencial na assistência psicossocial, principalmente para as pessoas com uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse eixo é composto por dois grandes pontos de atenção: as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial.

A Unidade de Acolhimento (UA) é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial, com funcionamento 24 horas, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e necessitem de acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, podendo permanecer nas Unidades por até seis meses. O acolhimento nesse ponto de atenção é definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência do usuário (BRASIL, 2011b). Por ser um serviço relativamente novo, regulamentado apenas em 25 de janeiro de 2012, pela Portaria Ministerial nº 121, a quantidade de UA ainda é pequena, contabilizando 57 no total, no ano de 2017 (BRASIL, 2017a).

O Serviço de Atenção em Regime Residencial é o outro componente do eixo de Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS, dentre os quais se destacam as Comunidades Terapêuticas (CT). Segundo o Observatório “Crack, é possível vencer”, do governo federal, as CT são instituições privadas, sem fins lucrativos, e financiadas, em parte, pelo poder público, que oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas, com duração de até 12 meses (BRASIL, 2016b).

As Comunidades Terapêuticas tiveram um crescimento considerável nos últimos anos no Brasil, sendo responsáveis pelo tratamento de mais da metade dos usuários de substâncias psicoativas no país, podendo chegar até a 80% em algumas regiões. Uma das maiores razões que explicam a sua expansão remete ao crescimento do consumo do crack, que demandou a ampliação de serviços voltados aos indivíduos envolvidos com essa substância, ao mesmo tempo que ainda é insuficiente a quantidade de dispositivos públicos vinculados ao SUS –

principalmente leitos hospitalares e CAPSad – para a atender a essa demanda. “Na situação atual, de precariedade de leitos psiquiátricos públicos, as CT se mostram como importantes peças dentro da rede de atenção psicossocial” (DAMAS, 2013, p. 63).

No entanto, essas Comunidades têm sido alvo de constantes críticas de militantes do movimento antimanicomial, de defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira, de pesquisadores da saúde mental, e mesmo de profissionais da área, por diversos motivos:

O Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria, por exemplo, contestaram as propostas de financiamento das CTs com recursos públicos, os quais deixam de ser investidos na ampliação da rede pública de saúde. Tais entidades destacaram também que muitas CTs substituem o tratamento médico por um programa terapêutico cuja eficácia não é comprovada cientificamente (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1237).

Assim, dentre outros argumentos, as principais críticas se referem ao fato de as CT, ao receberem financiamento público, em lugar de fortalecerem a rede pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, impactam – juntamente com outros fatores – no desmonte do SUS. Com a constante diminuição de investimento do Estado em serviços públicos de saúde, aumentam-se as dificuldades para o seu pleno funcionamento e, com isso, incrementam-se as justificativas para a terceirização e privatização de outros serviços dessa natureza (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Além disso, segundo Ribeiro e Minayo (2015), essas instituições vão na contramão da proposta do tratamento comunitário e de redução de danos, conforme defende a Política de Saúde Mental brasileira, que propõe diminuir os riscos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, e pautando-se no respeito ao indivíduo e ao seu direito de escolha.

Entretanto, em que pese as críticas, é inegável que as Comunidades Terapêuticas têm ganhado espaço, e que o próprio Estado reconhece sua presença como componente da Rede de Atenção Psicossocial, o que implica na necessidade de refletir sobre o papel que elas vem assumindo, e sobre até que ponto essas instituições podem ser consideradas parceiras do poder público na corresponsabilização pelo cuidado à saúde e tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, ou se estão, na verdade, assumindo um perfil de substitutos – precário e insuficiente – dos serviços públicos de saúde mental e de álcool e drogas no país.

Outro componente da RAPS é denominado de “Estratégias de Desinstitucionalização”, que são iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral, a promoção de autonomia, o exercício da cidadania e a progressiva inclusão social.

Duarte (2016) critica a utilização do termo “desinstitucionalização” pela referida Portaria, que o reduz a técnicas de ordenamento de pessoas em seus processos de saída de longas internações e a vinculação dos sujeitos a um determinado benefício social.

Sobre o conceito de desinstitucionalização, Amarante (1997, p. 184) destaca:

Esta não é um método ou dogma, mas uma estratégia. Não se alcança a completa e perfeita desinstitucionalização pois trata-se de um processo permanente que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades. Adotar a desinstitucionalização significa também superar a burocratização ou banalização dos novos projetos, das relações estabelecidas entre as pessoas envolvidas numa instituição. A desinstitucionalização não é sinônimo de desativação de leitos ou hospitais psiquiátricos [...] É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

Dessa forma, a desinstitucionalização, tomada como paradigma na perspectiva basagliana e na Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme discutido anteriormente, tem uma concepção muito mais ampla da apresentada como eixo estruturante da RAPS na Portaria nº 3.088/2011, ao permear todos os componentes oferecidos pela política de saúde mental e indo além, pois demanda uma mudança sociocultural.

Dentro deste eixo da rede se encontra o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), instituído pela Portaria Ministerial nº 106/2000, voltado para a reinserção social de pessoas com internações de dois anos ou mais ininterruptos em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia³⁶. Esses serviços se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, estabeleceu nova proposta de financiamento para esses serviços, que passam a receber recursos federais de custeio mensal e também para a sua implantação, existindo, no ano de 2017, um total de 489 STR habilitados pelo Ministério da Saúde no cenário brasileiro (BRASIL, 2017a).

Outro ponto estratégico da RAPS, e importante componente para a desinstitucionalização no Brasil, é o Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o pagamento de um benefício mensal no valor de R\$ 412,00 durante o período de 1 ano, podendo ser renovado, a pessoas com longo

³⁶ Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), também conhecidos como manicômios judiciários, são considerados hospitais, ou seja, instituições de tratamento a pessoas com transtornos mentais, mas são destinados apenas ao chamado “louco infrator”, ou seja, aqueles sujeitos que cometeram algum delito e ao mesmo tempo tem algum sofrimento psíquico. Dessa forma, estão situados entre o sistema penitenciário e o sistema de direitos ao tratamento adequado a saúde mental desse público (CORREIA, 2017).

processo de institucionalização em hospitais psiquiátricos, tendo como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social, favorecendo o convívio social, de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos. O dado mais recente a respeito do PVC é de 2014, quando existiam 4.300 beneficiários no país (BRASIL, 2015a)

A RAPS conta ainda com o componente denominado de Reabilitação Psicossocial, que envolve estratégias que promovam o protagonismo de usuários e familiares para o exercício da cidadania, através da criação e do desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território, nos campos do trabalho e da economia solidária, da educação, da cultura e da saúde (BRASIL, 2015a).

É importante destacar que o termo Reabilitação Psicossocial é muito abrangente, e a sua apropriação pela Portaria nº 3.088/11 sofre algumas críticas, ao ser considerada uma utilização restrita e simplista do conceito, conforme defende Duarte (2016), além das ações desenvolvidas serem voltadas, quase que exclusivamente, para habilitar o indivíduo para o mercado de trabalho.

A Reabilitação Psicossocial foi definida pela Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial (IAPSRS), no ano de 1985, como um processo para auxiliar o indivíduo com limitações, restaurando sua autonomia no exercício de funções na comunidade. Já para a Organização Mundial de Saúde, Reabilitação Psicossocial é o conjunto de atividades voltadas para maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronicização das doenças mentais, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (PITTA, 2001). Dessa forma, há uma limitação e simplificação do que vem a ser a Reabilitação Psicossocial na atual Política de Saúde Mental no Brasil, que a trata como um elemento da RAPS voltado, sobretudo, para a lógica de habilitar o indivíduo para o trabalho.

Em que pesem as críticas e os desafios, não se pode negar que a Política de Saúde Mental no Brasil, balizada na Reforma Psiquiátrica em curso no país, vem demonstrando competência na implementação de uma política pública pautada na defesa dos direitos humanos, no cuidado comunitário e na democratização do acesso à saúde. A implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial, com diversos dispositivos para atender às pessoas com transtornos mentais em sua comunidade e território, é um avanço na implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no país. Todavia, é necessário “ultrapassar as fronteiras sanitárias”, nas palavras de Dimenstein e Liberato (2009), ou seja, pensar a “loucura” e o “louco” não apenas como responsabilidade da Política de Saúde Mental, mas de toda e qualquer política social, na medida em que eles são cidadãos e têm outras necessidades que não se resumem à atenção psicossocial.

Nesse horizonte, a RAPS não pode ser o único espaço que promove a sociabilidade dos usuários, pois ela foi pensada com o intuito de libertar os sujeitos da lógica manicomial que molda suas escolhas e projetos de vida, dando chances reais de reinserção social e de construção de projetos pessoais (QUEIROZ, 2015). Logo, o estabelecimento de um trabalho intersetorial com as demais políticas sociais e com recursos da comunidade aparece como um desafio para a política de saúde mental.

A intersetorialidade na saúde mental, segundo Amarante (2013), implica em estratégias que perpassem diversos setores sociais, tanto da saúde mental e saúde em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Para o autor, a política de saúde mental deve, necessariamente, organizar-se em rede, formando uma série de “pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidades de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2013, p. 88). Dessa forma, reafirma a necessidade de articulação dos serviços de saúde mental com todos os recursos existentes no território, sejam eles serviços públicos ou comunitários, como associações de moradores, cooperativas, igrejas, etc.

Corroborando com essa perspectiva, Saraceno (1999, p. 103) destaca:

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar.

Nesse sentido, Saraceno (1999) acentua a necessidade de articulação com recursos comunitários e territoriais para potencializar os serviços de saúde mental, pois esses podem ser uma rica fonte de recursos, tanto humano quanto material, parceira da Política de Saúde Mental.

Para o autor, um bom serviço comunitário de saúde mental é aquele em que há alta integração interna e externa: por integração interna se entende o grau de coerência no uso das competências e recursos internos ao serviço, enquanto a externa se refere ao relacionamento do serviço com saberes e recursos circunstantes a ele, ou seja, “extra muros”. Isto, pois, “o muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e recursos” (SARACENO, 1999, p. 98). Destarte, para além do fim da estrutura e dos muros manicomiais, os novos serviços de saúde mental devem buscar superar as barreiras que impedem a circulação da pessoa com transtorno mental no seu território e construir pontes com outros serviços, equipamentos e grupos sociais.

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. De tal modo, tem-se o desafio complexo de

promover a intersetorialidade entre a saúde mental e as diferentes políticas e recursos sociocomunitários, pensando uma concepção de rede ampliada, ultrapassando o campo da saúde.

Outros estudos desenvolvidos vêm apontando a necessidade de uma concepção de rede ampliada, não restrita à política de saúde mental, de forma a possibilitar o atendimento integral das necessidades das pessoas com transtornos mentais. Nessa direção, Queiroz (2015, p. 80) destaca que a necessidade de promover a integração entre redes assistenciais diversificadas adquire relevância ante a constatação de que “o setor saúde não consegue responder a todas as demandas trazidas pelo usuário. É, portanto, fundamental a articulação com as demais políticas sociais, criando uma rede de cuidado que extrapole as questões de saúde”.

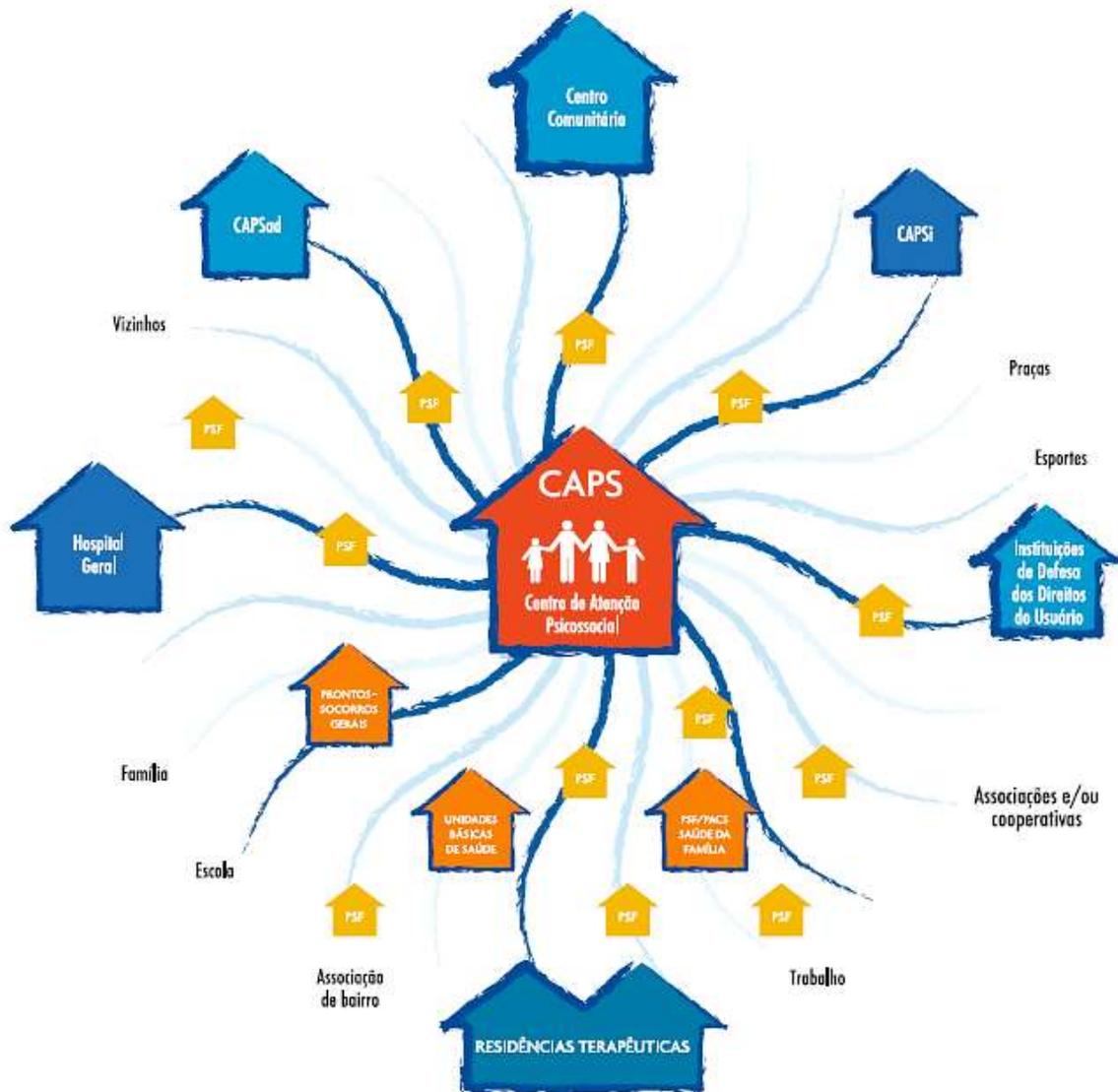
Com efeito, apesar de a atenção em saúde mental ser tarefa de uma rede articulada de serviços, notadamente públicos, essa articulação deve incluir os recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais, de forma que seja possível alcançar o defendido pela Reforma Psiquiátrica (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Assim, além da articulação entre serviços e políticas sociais, os recursos sociais – como associação, movimentos sociais, grupos de ajuda mútua, dentre outros – são essenciais para a organização, defesa de direitos e a criação de laços de apoio e solidariedade entre usuários e familiares, sendo, portanto, estratégicos tanto para o cuidado/tratamento à saúde mental quanto para o fortalecimento do protagonismo e empoderamento desses sujeitos.

Em vista disso, segundo Amarante (2013), para que ocorra a Reforma Psiquiátrica, deve haver a articulação entre todos os recursos de saúde mental com os da saúde pública, das políticas públicas em geral e também os recursos criados pela própria sociedade, passando a serem organizados em rede.

Nesse sentido, a Figura a seguir apresenta a concepção de rede de atenção à saúde mental para o Ministério da Saúde:

Figura 1 - Rede de atenção à saúde mental para o Ministério da Saúde



Fonte: Brasil (2004, p. 11).

A imagem traz uma ideia de rede que inclui tanto os serviços de saúde mental – como CAPS e Residências Terapêuticas – quanto os serviços de saúde em geral – como hospitais gerais, pronto-socorros, equipes de Saúde da Família e UBS – incluindo ainda dispositivos de outras políticas sociais – como escolas, instituições de defesa dos direitos dos usuários – e recursos sociocomunitários – como associações, cooperativas e as próprias famílias dos usuários. Entretanto, aponta-se como crítica o fato de a imagem colocar o CAPS como centro do cuidado, o que pode levar a uma sobrecarga desse serviço e uma centralização em si mesmo, conforme apontado anteriormente.

Nessa direção, este estudo defende uma compreensão de rede ampliada, conformada por recursos de diferentes setores, formais e informais. No âmbito da saúde mental, entende-se que a rede formal é composta pelos serviços e dispositivos previstos pela RAPS e demais políticas sociais/públicas a qual a pessoa com transtorno mental acessa; enquanto a rede informal são os recursos sociocomunitários, associações, cooperativas, grupos sociais, movimentos sociais, etc. Significa, portanto, compreender a rede não apenas como composta por serviços, mas construída por diversos sujeitos sociais, na qual o Estado e a sociedade exercem papéis importantes para sua constituição.

Em vista disso, é importante conhecer os diversos pontos da rede, as redes internas de cada serviço, os demais pontos intersetoriais e as redes informais que compõem o território, buscando sua constante articulação e complementariedade. Vasconcelos (2017) assinala que os próprios profissionais que atuam nos serviços de saúde mental podem mobilizar e incentivar os usuários e familiares a criarem ou participarem de grupos, associações e/ou movimentos sociais, assim como muitas dessas contam com a participação mista de técnicos, usuários, familiares, pesquisadores e outras pessoas interessadas na área da saúde mental.

Essa concepção de rede, ao levar em consideração a importância das associações, grupos sociais, movimentos sociais, dentre outros recursos sociais, no âmbito da política de saúde mental, chama a atenção para o papel que deve ser assumido pela sociedade civil nesse cenário, tanto no que se refere à participação quanto ao controle social. Entretanto, deve-se tomar cuidado para que a sociedade não assumira sozinho uma responsabilidade que não é sua, o que vem acontecendo com o avanço do projeto neoliberal, na qual o Estado vem se retraindo do seu papel protetor, sob o discurso do ajuste fiscal que “exige” a redução dos gastos no social, como também foi analisado anteriormente.

Sobre isso, Vasconcelos (2017) assinala que há, muitas vezes, uma apropriação do discurso da autonomia, independência e empoderamento dos usuários pelo projeto neoliberal, para justificar a diminuição do investimento nas políticas sociais. “Isso é realizado por meio de uma estratégia discursiva e ideológica que individualiza os problemas e culpabiliza aqueles que requerem cuidados mais intensivos e contínuos” (VASCONCELOS, 2017, p. 57). Para o autor, essa apropriação não inviabiliza a importância e necessidade das redes sociais informais na saúde mental, entretanto, deve-se ter uma vigilância e avaliação crítica permanente sobre elas.

Diante das análises feitas até aqui, chama-se a atenção para a necessidade de se compreender a saúde mental enquanto política social, isto é, situada em uma arena de disputas entre projetos societários conflituosos, conformados por distintos interesses de classe e

concepções de mundo e sociedade, sofrendo influências da conjuntura e das contradições inerentes à ordem capitalista.

A disputa de projetos no interior da política de saúde mental faz parte de sua trajetória e construção no Brasil, mas, é principalmente a partir da década de 1990, com o desenvolvimento da ofensiva neoliberal no país, que esse confronto é intensificado e vai redirecionar os rumos das políticas sociais pós Constituição Federal de 1988, especialmente aquelas vinculadas à Seguridade Social, conforme analisado em capítulos anteriores.

No âmbito da saúde mental, vivencia-se a disputa de dois projetos: de um lado, os projetos reformistas – nos quais se englobam os princípios de luta das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, inscritas na Constituição Federal, que defendem a presença obrigatória do Estado na garantia de proteção social, a partir de políticas e serviços públicos, universais, intersetoriais, integrais e de qualidade. De outro, encontram-se os projetos alinhados aos interesses do capital, com destaque para a ofensiva neoliberal – que, segundo Bravo (2009), está pautada na política de ajuste fiscal e na privatização, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização de oferta e descentralização administrativa com isenção de responsabilidade do poder central. Esses projetos estão em constante confronto, disputando espaço e poder político.

Na saúde mental, o neoliberalismo estimula a busca da medicalização, através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios – conhecidos também como a “indústria da loucura” e “medicalização da vida” – como saída para o atendimento em massa, estimulando a privatização/mercantilização da saúde e da “loucura” (BISNETO, 2010).

Ademais, Santos e Rosa (2011) afirmam que o avanço do neoliberalismo leva a um descompasso da realidade com o que está previsto nas legislações. Segundo as autoras, existe um amplo aparato normativo, jurídico e legislativo em defesa da Política de Saúde Mental no país, contudo, não há a efetiva aplicação dessas convenções sancionadas por instâncias legítimas, devido à ausência de referência cultural e dos instrumentos necessários para a exequibilidade das mesmas, sobretudo no que diz respeito aos recursos públicos empregados. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica brasileira vem sofrendo reveses na continuidade de suas propostas desde a década de 1990, dentre elas a diminuição do investimento público no setor.

É importante enfatizar que as conquistas da política de saúde mental brasileira, em sua perspectiva reformista antimanicomial, foram e são marcadas por muitas disputas e atravessadas por interesses contraditórios, não ocorrendo sem represálias, questionamentos e oposições.

Conforme aponta Passos (2017), desde a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde, as bases tradicionais e conservadoras da psiquiatria

disputam esse espaço, considerado uma das principais estratégias para viabilizar a implantação da Rede de Atenção psicossocial no país e moldar os rumos da política no âmbito da gestão pública.

Até o ano de 2015, a Coordenação Nacional foi representada por pessoas alinhadas à defesa da reforma psiquiátrica antimanicomial. Todavia, no final de 2015, assume a direção nacional da política um psiquiatra conservador e manicomial, Valencius Wurch, ex-diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, e contrário ao projeto de Lei que deu origem à Lei nº 10.216/2001.

No dia seguinte a sua nomeação, sua sala foi ocupada, durante 123 dias ininterruptos, por diversos militantes de todo o país, que pediam a sua exoneração, em um movimento denominado “Fora Valencius”. O fim da ocupação se deu em abril de 2016, e sua exoneração ocorreu no mês seguinte. Entretanto, sua saída do cargo não se deu pela pressão dos militantes, mas, sim, por interesses políticos que estavam em jogo no país naquele momento, em que ocorria o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, e quando o seu vice, Michel Temer, assume o comando (PASSOS, 2017).

A gestão de Temer se mostra profundamente aliada a interesses conservadores do grande capital, dando continuidade e agravamento ao projeto neoliberal iniciado na década de 1990, de desmonte da Seguridade Social, sob o discurso de crise econômica, conforme discutido no capítulo anterior. Em tal cenário, os impactos nas políticas sociais são diversos, não sendo diferente na saúde mental, que sofre a maior ameaça de desmonte de sua perspectiva antimanicomial desde a aprovação da Lei 10.216/2001.

Sobre isso, o coordenador-geral de saúde mental, álcool e drogas do Ministério da Saúde, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro, divulgou, no segundo semestre de 2017, um relatório apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), apontando irregularidades na condução da referida política. Para o gestor e as referidas entidades, tais irregularidades assinalam para a ineficiência dessa política, acreditando que a mesma vem apresentando resultados insatisfatórios. Assim, afirmam ser necessário repensar o modelo adotado pela política de saúde mental brasileira e, inclusive, rever a necessidade de ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

Tais posicionamentos evidenciam que a condução da Política de Saúde Mental permanece tensionada pela disputa de projetos distintos, e que sujeitos diversos, como a ABP, o CFM, a Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes Mentais e o próprio gestor federal

da política questionam a continuidade da saúde mental sob a égide da RAPS e se colocam na contramão da defesa de princípios da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial.

Em sintonia com o contexto vivenciado no país, de redução dos direitos constitucionais em benefício de interesses mercadológicos e da redução da responsabilidade do Estado na promoção de justiça social, em 14 de dezembro de 2017 houve a aprovação de novas diretrizes para a política de saúde mental, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde.

Essa aprovação ocorreu de forma verticalizada, sem a realização de debates com movimentos sociais, trabalhadores, usuários, entidades ligadas à saúde mental e pesquisadores da área. Ao próprio presidente do Conselho Nacional de Saúde foi negada a palavra no dia da referida reunião. De lado oposto, houve apoio da indústria farmacêutica, do complexo empresarial hospitalar, da ABP, da Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, entre outras entidades ligadas a interesses econômicos e/ou manicomiais.

Instituída pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a denominada “nova política de saúde mental” traz em seu bojo uma série de retrocessos que sinalizam para a desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial, com destaque para a ampliação do financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, assim como sua inclusão na RAPS, além do direcionamento de parte significativa do financiamento da política de saúde mental para as Comunidades Terapêuticas (CTs).

Para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2018), no cenário brasileiro vivenciado, que é o de congelamento dos recursos destinados à saúde por 20 anos, conforme preconiza a PEC 55/2016, aprovada em dezembro de 2016, decretar o aumento de repasses financeiros aos hospitais psiquiátricos e às CTs significa, necessariamente, retirar recursos dos serviços de saúde mental que já existem, colocando em risco os avanços obtidos pela RAPS.

Nessa direção, os dados sobre o orçamento demonstram a priorização de recursos públicos do Ministério da Saúde direcionados à política de saúde mental para instituições asilares: com previsão de R\$ 100 milhões para as CTs, R\$ 60 milhões para os hospitais psiquiátricos, enquanto a RAPS receberá 70 milhões, a serem distribuídos para todos os seus serviços, segundo informações de Pinho (2018).

É importante demarcar que há uma batalha de discursos em torno da “nova política de saúde mental”. Na narrativa do Ministério da Saúde e de defensores das mudanças, tais ações são elencadas como necessárias para a melhora da RAPS (PINHO, 2018), assim como autores alinhados aos interesses da psiquiatria tradicional apontam a ocorrência de uma “segunda

Reforma Psiquiátrica” brasileira, consequência dessas transformações na política, vistas como necessárias para corrigir “falhas” na assistência à saúde mental (LARANJEIRA, 2017).

Do lado oposto, diversas entidades têm se posicionado contrárias à “nova política de saúde mental”, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), dentre outras alinhadas à defesa da Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, que afirmam que a proposta é um retorno ao modelo asilar e demonstram claros interesses mercadológicos.

Com efeito, no ano de 2017, quando se comemorava 30 anos do Encontro de Bauru e da luta antimanicomial no país, também foi o momento de aprovação de novas diretrizes para a política de saúde mental que sinalizam para o retorno de um modelo manicomial e excludente.

Em tal cenário, defende-se que a luta pela Reforma Psiquiátrica deve se somar às lutas por uma sociedade verdadeiramente democrática, que colide nos desafios impostos pela atual conjuntura. Em tal contexto, a defesa da saúde mental, enquanto política social inserida na lógica do SUS e em sua perspectiva antimanicomial, faz parte da luta coletiva por um projeto societário democrático e emancipatório, demandando aos movimentos de Reforma Psiquiátrica, Sanitária e de luta antimanicomial a articulação com outros movimentos sociais e amplos setores da sociedade, como estratégia de resistência popular aos desmontes Constitucionais e às enxurradas neoliberais. Portanto, retomar as bases desses movimentos e buscar seu fortalecimento aparece como exigência não apenas para a defesa da saúde mental enquanto política pública, mas para avançar na direção de uma transformação societária.

4.2 Panorama da Política de Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial no cenário do Piauí e de Teresina

O Piauí se localiza a noroeste da região nordeste do Brasil. Limita-se com cinco Estados da federação: Ceará e Pernambuco, a leste; Bahia, a sul e sudeste; Tocantins, a sudoeste; e Maranhão, a oeste. Delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte, o Piauí tem o menor litoral do Brasil, com 66 km. Sua área é de 251.529 km², com clima tropical e clima semiárido. É um dos estados mais pobres do país, com 20,91% da população em situação de extrema pobreza, em uma população estimada de 3.219.257 habitantes em 2017 e densidade demográfica de 12,40 hab/km² (IBGE, 2018a).

Encontra-se dividido em 224 municípios, distribuídos em 12 Regiões de Saúde/Território de Desenvolvimento, a saber: Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Chapada Vale do Rio Itaim, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Alto Parnaíba, Serra da Capivara e Chapada das Mangabeiras (PIAÚÍ, 2007). Teresina, localizada no território Entre Rios, é a capital do Estado e o município com o maior número de habitantes, seguido de Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano, que têm população superior a cinquenta mil habitantes.

Historicamente, a atenção à saúde mental no Piauí, acompanhando a tendência nacional, foi marcada pelo modelo manicomial/hospitalocêntrico, centrado na capital do Estado, através dos hospitais psiquiátricos Areolino de Abreu e Sanatório Meduna³⁷.

Rosa et al. (2011) e Macedo e Dimenstein (2012) destacam que a reestruturação dos serviços de saúde mental ocorreu de forma tardia nesse cenário, se comparada com outros estados do país, principalmente devido à hegemonia que os hospitais psiquiátricos tinham na política de saúde mental e na condução dos debates sobre a Reforma Psiquiátrica no Piauí, aliado à cultura manicomial que imperava:

O que se viu no cenário local foi o descompasso com os acontecimentos de desinstitucionalização ocorridos no plano nacional, conseqüentemente, o debate pouco qualificado sobre o tema entre os profissionais e a opinião pública piauiense em geral (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012, p. 153).

Com efeito, a Reforma Psiquiátrica piauiense foi marcada por embates, não diferente da realidade nacional, contudo, com particularidades, na medida em que o processo de reestruturação psiquiátrica só teve início no Estado após atos pressionados pelo Ministério Público³⁸, questionando o poder psiquiátrico local, ganhando intensidade a partir de 2005, com a criação dos primeiros CAPS (ROSA et al., 2011; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em passos lentos, observa-se um avanço na Política de Saúde Mental piauiense, que busca se adequar aos preceitos previstos nas legislações federais e se alinhar à perspectiva da Reforma Psiquiátrica. No entanto, foi principalmente a partir da instituição da Portaria Ministerial nº 3.088/2011 – que instituiu a RAPS, conforme discutido anteriormente – que se

³⁷ O Hospital Areolino de Abreu e o Meduna foram os primeiros hospitais psiquiátricos do Piauí e passaram um longo período como sendo os únicos espaços que ofertavam assistência psiquiátrica no Estado, logo, tiveram um papel central na trajetória da assistência a pessoas com transtornos mentais no cenário piauiense. O primeiro foi inaugurado em 1907, sob o nome de Asilo dos Alienados, passando a ser denominado Hospital Areolino de Abreu apenas em 1941; enquanto o Meduna foi criado em 1954 e foi o primeiro hospital psiquiátrico privado do Piauí. Há duas décadas; o HAA vem tendo constante redução de leitos, tendo atualmente apenas 160, enquanto o Meduna encerrou suas atividades no ano de 2010 (PEREIRA, 2017).

³⁸ A inauguração dos dois primeiros CAPS II (na Zona Norte e Leste) em Teresina, no final de 2005, só ocorreu devido à exigência de um termo de ajustamento de conduta determinado pelo Ministério Público do Piauí neste ano (ROSA et al., 2011).

pode observar um esforço maior por parte dos gestores locais em transformar a Política de Saúde Mental do Estado.

No ano de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), através da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM), por incentivo do Ministério da Saúde, iniciou as discussões sobre a referida Portaria Ministerial e definiu estratégias de trabalho de implementação da RAPS no Estado. No primeiro semestre do referido ano, foram iniciadas as articulações com os municípios piauienses para a realização de reuniões ampliadas com secretários municipais de saúde, coordenadores das regionais de saúde, coordenadores de CAPS, diretores de hospitais e demais profissionais de saúde, bem como visitas em municípios considerados estratégicos, por serem os de maior população no Piauí, fora a capital, que são Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano. Esses momentos contaram com a participação de apoiadores do Ministério da Saúde para apresentar a Portaria e iniciar a proposta de implantação da RAPS (SESAPI, 2014).

No segundo semestre de 2012, foi instituído o Grupo Condutor Estadual da RAPS (GCERAPS) do Estado do Piauí, por meio da Portaria Estadual nº 078, de 29 de agosto de 2012, formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), das Regionais de Saúde do Estado e representantes do Ministério da Saúde.

O GCERAPS tinha como objetivos: mobilizar os gestores de saúde dos municípios; apresentar a proposta de implantação da RAPS, tendo como parâmetros a Portaria nº 3.088/2011; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis fragilidades e pontos críticos durante o processo de articulação com os gestores; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede; contratualizar os Pontos de Atenção da Rede necessários nos territórios em que se efetivou com as pactuações da Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Como foi dito no tópico anterior, a RAPS é constituída por 07 eixos de atenção: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial. Atualmente, a RAPS de Teresina, capital do Estado, é composta pelos dispositivos apresentados no quadro a seguir:

Quadro 6 - Pontos de atenção da RAPS em Teresina-PI

Componentes da RAPS (eixos)	Pontos de atenção (previstos na Portaria nº 3088/2011)	Serviços existentes em Teresina
I – Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde (UBS)	90 UBS, com 258 equipes de Saúde da Família
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	3 NASF
	Consultório na Rua	1 equipe de Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	Sem informações
	Centros de Convivência e Cultura	Inexistente
II – Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (nas diferentes modalidades: I, II, III, ad, infanto-juvenil, ad III)	1 CAPS AD 2 CAPSi 4 CAPS II 1 CAPS III
III – Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	SAMU
	Sala de Estabilização	Hospital Areolino de Abreu
	Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas	
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro	
IV – Atenção Residencial em caráter transitório	Unidades de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial	Inexistente
V – Atenção Hospitalar	Enfermarias especializadas em Hospital Geral	06 leitos na Maternidade Evangelina Rosa
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	10 leitos no Hospital do Mocambinho
VI – Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	5 SRT
	Programa de Volta para Casa (PVC)	19 Beneficiários do PVC
VII – Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais	Sem informações

Fonte: Sistematização da autora, com base em informações fornecidas pela FMS e SESAPI.

O primeiro componente da RAPS, referente à **Atenção Básica**, o Piauí, no ano de 2016, apresentava uma ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família, com um percentual de 99,36%, que representa 943 ESF habilitadas pelo Ministério da Saúde. Somente 65 municípios do Estado, ou seja, 28%, apresentavam cobertura da ESF menor que 100%. Além disso, o Piauí contava, nesse ano, com 972 NASF, sendo 82 NASF do tipo I, 58 do tipo II, 99 do tipo III e 03 NASF intermunicipais (SESAPI, 2016).

Em relação à equipe de Consultório na Rua (eCR), o Piauí aparecia, em 2015, como um dos estados que contam com menor número desses serviços, ao lado do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso e Maranhão, com apenas 1 eCR na modalidade II (BRASIL, 2015a).

Segundo documento da gestão estadual de 2014, constatava-se a dificuldade de articulação entre os serviços de Atenção Básica e os demais serviços de saúde mental, prevalecendo uma lógica de encaminhamento para o CAPS em situações que poderiam ser acompanhadas e solucionadas pela ESF. Percebendo tais dificuldades e a necessidade de melhorar a articulação e o matriciamento entre CAPS e Atenção Básica, os órgãos gestores passaram a promover, a partir de 2014, capacitações diversas através de oficinas, cursos, seminários, encontros envolvendo profissionais dos NASF e da ESF. Além disso, a Gerência de Saúde Mental passou a orientar e monitorar o desenvolvimento de ações integradas à Atenção Básica junto aos CAPS, como a supervisão em parceria com as Coordenações e as ESF e NASF (SESAPI, 2014).

O fortalecimento da atuação da Atenção Básica para atender às demandas de saúde mental no Estado é essencial, tendo em vista que a maioria dos municípios piauienses é de pequeno porte e, portanto, não conta com o CAPS na localidade, ao tempo que tem uma cobertura muito boa de ESF (GONÇALVES, 2017).

O segundo componente da RAPS é o eixo da Atenção Psicossocial Estratégica, que se refere aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades. Sobre isso, o Piauí aparecia, em dezembro de 2014, como o quarto estado brasileiro com maior cobertura de CAPS – com 54 CAPS para 3.164.718 habitantes, com 1,13 de cobertura, considerada muito boa, segundo esse indicador. O Estado perdia apenas para a Paraíba, o Rio Grande do Sul e para Roraima, que contavam com uma cobertura de 1,57, 1,32 e 1,21 CAPS/100 mil habitantes, respectivamente. Observa-se, portanto, o crescimento da taxa desses serviços na região piauiense, que no ano de 2002 contava com a cobertura de 0,03 por 100 mil/habitantes, considerada insuficiente ou crítica pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a). Em 2018, esse número cresce e o Piauí conta com um total de 65 CAPS, dos quais 43 são do tipo I; 10 do tipo II; 1 do tipo III; 3 CAPSi; 6 CAPS AD; e 2 CAPS AD III. Desse total, 8 se localizam na cidade de Teresina, capital do Estado, são eles: 2 CAPSi, 1 CAPS AD, 1 CAPS III e 4 CAPS II (DATASUS, 2018).

Todavia, os dados quantitativos não representam a realidade qualitativa do cuidado ofertado por esses serviços, na medida em que alguns estudos – a exemplo de Macedo e Dimenstein (2011), Cardoso (2016) e Rosa e Joazeiro (2017) – vêm apontando uma série de fragilidades nos CAPS do Piauí, como a manutenção do modelo biomédico, com assistência

centrada no médico psiquiátrica, na medicação e ações predominantemente relacionadas ao atendimento individual, além da concentração de atividades no interior do equipamento, pouco dialogando com o território e com a comunidade. Tais serviços se configuram mais como “CAPS burocráticos”, nas palavras de Lancetti (2008), contendo em si características do modelo manicomial e hospitalocêntrico. O trecho abaixo destaca essa compreensão:

Conformam-se como Caps sobrecarregados, ambulatorizados, com muitos prontuários e usuários cadastrados e cujo fluxo assistencial fica limitado à entrada, com poucas possibilidades de saída do usuário para vinculações com outras políticas sociais e em ações em seu território de vida (ROSA; JOAZEIRO, 2017, p. 31).

Ademais, há uma lacuna na atenção psicossocial no Piauí quanto ao atendimento ao público infanto-juvenil, tendo em vista que há apenas 3 CAPSi em todo o Estado – 2 localizados em Teresina e 1 em Paulistana. Esse cenário não diverge da realidade do país, em que também se verifica um reduzido número de equipamentos de saúde mental para esse segmento populacional.

Em consonância com essas análises sobre a realidade piauiense, Cardoso (2016) defende que, no geral, os CAPS do Estado precisam repensar a organização dos processos de trabalho das equipes, na perspectiva de fazer avançar, no cotidiano dos serviços, o modelo de atenção psicossocial, por meio da clínica ampliada³⁹, da reabilitação psicossocial, da interdisciplinaridade e da desinstitucionalização psiquiátrica, com foco voltado para o cuidado territorial em saúde mental, o que remete à urgência de se “turbinar” os CAPS do Estado nos moldes defendidos por Lancetti (2008), no sentido de recuperar o seu caráter participativo, inventivo e aberto ao território e à rede intersetorial.

Dessa forma:

Impõe que se retirem os profissionais e as equipes de dentro dos equipamentos de saúde mental, olhando para os recursos e relações extra Caps. Com isso, a expectativa é desambulatorizar os Caps, potencializando outros processos de trabalho, para além das atividades pautadas no modelo biomédico e na abordagem individual (ROSA; JOAZEIRO, 2017, p. 26).

O terceiro eixo da RAPS se refere à Atenção de Urgência e Emergência, a qual se faz presente em 67 municípios do Piauí, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esse eixo de atenção é marcado por grandes dificuldades, devido à prevalência do

³⁹ A clínica ampliada propõe uma mudança no trabalho em saúde e na tradicional forma de fazer clínica no âmbito dos serviços de saúde, trazendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a partir de uma abordagem multidisciplinar, da construção coletiva do diagnóstico e do cuidado. Além disso, busca uma ampliação do objeto do trabalho em saúde, que tradicionalmente lidava apenas com doenças e passa a se responsabilizar por pessoas. Assim, a clínica ampliada propõe a construção de novas práticas em saúde, mais dialogadas, mais produtoras de autonomia (BRASIL, 2009b).

histórico encaminhamento de pessoas em situação de crise psíquica ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (SESAPI, 2014). O referido hospital teve uma significativa redução de leitos nos últimos anos que, no final da década de 1990 totalizada 580 leitos, passando para 160 no final de 2010, haja vista que a perspectiva defendida pela política de saúde mental – pelo menos até a aprovação da Portaria nº 3.588/2017, que desconstrói muitos dos preceitos da referida política nos seus moldes antimanicomiais, conforme analisado no tópico anterior – aponta que haja uma substituição da assistência manicomial pela comunitária.

O HAA conta ainda com uma Unidade de Enfermaria de Curta Permanência (ETAC), destinada aos casos de crises para pessoas de qualquer faixa etária e sexo, na qual é feita a internação por até 72 horas e, se necessário, os usuários são encaminhados para os leitos de internação integral, onde permanecem por um tempo médio entre 20 a 25 dias.

Matos e Rosa (2016) e Sousa e Nascimento (2017) afirmam que os casos mais graves, principalmente relacionados a crises agudas, ainda são encaminhados ao HAA, alimentando as internações neste serviço, que mantém a centralização no atendimento a essas demandas advindas de todo o Estado do Piauí, fazendo levantar o questionamento sobre a capacidade dos serviços de saúde mental do Estado de ofertar cuidado comunitário a pessoas em situação de crise.

Segundo Jardim (2017), a insuficiência das respostas aos episódios de crise por parte dos serviços que compõem a rede substitutiva de saúde mental no país é, atualmente, um dos fatores que mais contribuem para o fortalecimento da lógica manicomial. Isto, pois, quando os dispositivos da RAPS não conseguem dar resolutividade aos casos de crise aguda, essa demanda é encaminhada para os hospitais psiquiátricos, fazendo com que o cenário manicomial mantenha seu espaço no tratamento à pessoa com transtorno mental, ao contrário do que prevê a proposta reformista.

Nessa ótica, a Portaria nº 3.088/2011 vislumbra que tanto para situações de crises em decorrência de transtornos quanto para situações de álcool e drogas haja o encaminhamento para o CAPS do tipo III, para as portas de urgência e emergência (SAMU, UPA, Pronto-Socorro) e/ou para os hospitais gerais, para serem realizados os primeiros atendimentos e, posteriormente, serem encaminhados para outros dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Na realidade piauiense, o fato de o Hospital Areolino de Abreu (HAA) se manter, estrategicamente, na Política de Saúde Mental, tem relação com a fragilidade da oferta de serviços de urgência e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, e as formas de manejo dos profissionais frente às situações de urgência crise psicótica, que precisam ser repensadas e baseadas no cuidado comunitário e na reabilitação psicossocial dos usuários (SOUSA; NASCIMENTO, 2017).

São justamente casos como o do Piauí, de locais que ainda não conseguiram implementar um cuidado comunitário para o atendimento a pessoas em situação de crise psicótica que são utilizados como justificativa atual para a necessidade de uma mudança na Política de Saúde Mental brasileira. Sobre isso, é necessário lembrar a reflexão feita no tópico anterior, a respeito da guerra de discursos em torno da aprovação da Portaria nº 3.588/2017, que prevê o retorno do papel dos hospitais psiquiátricos à Política de Saúde Mental, passando a serem financiados pelo poder público e, agora, fazendo parte da RAPS. Defende-se aqui que os desafios enfrentados para o cuidado comunitário as pessoas com transtornos mentais em situação de crise dizem respeito muito mais à carência de financiamento efetivo dos serviços públicos de saúde mental e à ausência de condições de trabalho adequadas para a equipe multiprofissional, do que a “falhas” na forma que a política de saúde mental e a rede de atenção psicossocial foi pensada, como apontam os defensores da chamada “nova Política de Saúde Mental”. Nesse sentido, as mudanças previstas pela Portaria nº 3.588/2017 pretendem desmontar um projeto que ainda não foi completamente efetivado no Brasil e, sobretudo, no Piauí.

O quarto componente da RAPS é o da Atenção Hospitalar, que aponta a criação de leitos integrais em Saúde Mental, enquanto equipamentos de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária, após o esgotamento de todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência (CARDOSO, 2016). Esse componente é um dos que apresentam grandes desafios para a RAPS do Estado, ao se constatar que há problemas no financiamento dos leitos e centralização da atenção hospitalar na capital do Estado. Nessa direção, Cardoso (2016, p. 85) destaca:

É urgente a regionalização deste dispositivo para as demais localidades do estado. A maioria dos leitos, nessa modalidade de atenção, está concentrada em Teresina. Além disso, o acesso aos leitos do Hospital Areolino de Abreu tem sido uma queixa recorrente, especialmente dos municípios do interior, devido à lotação e à falta de regulação. Por não contarem com leitos integrais em saúde mental regionalizados, a saída desses municípios é a velha estratégia e prática da “ambulancioterapia”, com o envio dos casos agudos e crônicos, em situação de crise, para Teresina, como alternativa de forçar a internação. Outra dificuldade é o financiamento.

No Piauí, encontram-se leitos psicossociais em hospitais gerais no Hospital Regional Mariana Pires, localizado no município de Paulistana (4 leitos), na Casa de Saúde e Maternidade São José, em São Raimundo Nonato (6 leitos) e, mais recentemente, no ano de 2017, foram implantados 6 leitos na Maternidade Evangelina Rosa, situada na capital, Teresina. Essa última permitiu que, pela primeira vez, houvesse o estabelecimento de um fluxo para atenção às

gestantes e puérperas com transtorno mental e/ou usuárias de substâncias psicoativas no Piauí, pactuado com a Rede Cegonha local (PORTAL DA SESAPI, 2017).

Apesar da implantação dos leitos na Maternidade Evangelina Rosa ser um importante avanço, todavia, eles são voltados exclusivamente para mulheres gestantes e puérperas, significando que os demais usuários que necessitam ser atendidos em leitos de saúde mental em hospitais gerais em Teresina encontram uma lacuna na busca de tratamento.

Existem, ainda, 10 leitos no Hospital do Mocambinho, em Teresina, que se encontram em situação de descredenciamento pelo Ministério da Saúde, pois não seguem o estabelecido pela Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Segundo a referida Portaria, a quantidade de leitos voltados para atender demandas psicossociais não pode exceder o percentual de 15% do número total de leitos do Hospital Geral. No entanto, o Hospital do Mocambinho conta com um total de 20 leitos, e a metade deles, o que corresponde a 50%, era voltada exclusivamente para a necessidade de saúde mental. Por esse motivo, o Ministério da Saúde considera que esse Hospital não está apto a atender esse público e está em processo de descredenciá-lo.

Destaca-se que a garantia de leitos de saúde mental em hospitais gerais é prerrogativa da Reforma Psiquiátrica, no entanto, aparece como um “nó” na RAPS do Estado e, também, da capital, necessitando que haja maior incentivo por parte da gestão pública e um maior compromisso por parte dos profissionais para sua efetivação. Isso acontece por inúmeros fatores, como: a hegemonia do modelo biomédico hospitalar, que coloca barreiras à efetividade do trabalho em equipe multiprofissional; existência/manutenção de preconceito e estigma contra a pessoa com transtorno mental; falta de estrutura física dos hospitais gerais (UCHÔA, 2017).

Em relação ao quinto eixo, de Atenção Residencial de Caráter Transitório, o Piauí conta atualmente com apenas 1 Unidade de Acolhimento Transitório infanto-juvenil (UAi) e duas Unidades de Acolhimento adulto (1 masculina e 1 feminina) em processo de tramitação. Dessa forma, ainda são insuficientes os serviços públicos voltados para esse componente da RAPS no Estado. Ao tempo que, segundo a Coordenadoria Estadual de Enfrentamento às Drogas (CEDROGAS), o Estado conta com um total de 23 comunidades terapêuticas conveniadas com o governo do Piauí.

Retoma-se a crítica feita anteriormente em relação às CT, no que se refere à desresponsabilização do Estado frente aos usuários de substâncias psicoativas, e isso se

constata, em parte, na realidade piauiense, em relação aos serviços da RAPS da atenção residencial de caráter transitório, em que há uma constante expansão de comunidades terapêuticas, administradas, em geral, pelo Terceiro Setor, enquanto os serviços públicos voltados para esse fim permanecem limitados – como é o caso da capital do Piauí, Teresina, que tem apenas 01 CAPS AD para atender a todo esse público na cidade.

O sexto eixo da RAPS se refere às Estratégias de Desinstitucionalização, nas quais o Piauí aparece com 06 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 04 de gestão estadual, 01 de gestão do município de Teresina e 01 no município de União, com um total de 21 beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC). Além disso, no ano de 2017, uma nova residência, de gestão estadual, encontra-se em processo de implantação, e já está a casa alugada e recursos destinados. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), o Piauí aparece como o sexto estado com menor quantidade de residências terapêuticas.

Cardoso (2016) aponta como desafio dos SRT a superação da lógica de tutela e manicomial, sendo esse serviço essencial para a desconstrução do estigma e preconceito em torno da loucura na sociedade, de modo que os moradores das residências possam participar das atividades da comunidade em que estão inseridos, estando em contato com a atenção básica e incluídos em espaços de convivência e fortalecimento de vínculos, participando de projetos e atividades desenvolvidas pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e outros.

As ações de Reabilitação Psicossocial compõem o sétimo eixo da RAPS. Ainda conforme o informativo do Ministério da Saúde, no campo do trabalho e economia solidária, foi realizado um levantamento de iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimentos econômicos solidários, através do Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), que resultou em 1.008 experiências mapeadas pelo Ministério da Saúde em todas as regiões do Brasil. O Piauí aparecia com 14 iniciativas de geração de renda para pessoas com transtorno mental cadastradas no ano de 2013⁴⁰ (BRASIL, 2015a).

Algumas iniciativas podem ser citadas nessa direção, como a inauguração da Galeria do Inconsciente, no ano de 2016, localizada no Parque da Cidadania em Teresina, que visa realizar exposições de arte, cerâmicas e artesanato elaboradas por usuários da Rede de Atenção Psicossocial do município. Os produtos são expostos também para venda, configurando-se, portanto, como uma iniciativa de geração de renda.

Outro destaque de Teresina é o quiosque “Inspirados”, inaugurado em 2017, localizado no Shopping da Cidade, onde os usuários dos CAPS e moradores das Residências Terapêuticas

⁴⁰ O Ministério da Saúde não disponibilizou informações mais atualizadas sobre as ações de geração de renda.

do município podem expor e comercializar seus produtos artesanais, que são produzidos nas oficinas terapêuticas realizadas regularmente nos serviços (PORTAL DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS, 2017).

Na esteira de tais acontecimentos, destaca-se a promulgação da Lei Estadual nº 7.095, de 2018, que inclui as pessoas com transtornos psicossociais nas políticas públicas dos deficientes do Piauí. Com a referida lei, o Governo do Estado passa a reconhecer, conscientizar e divulgar esses sujeitos da condição de deficientes psicossociais, além de inclui-los em todas as ações da Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência (SEID), a fim de promover ações e políticas que visem ampliar a inclusão dessa parcela da população na sociedade.

Essas ações sinalizam um progresso na Política de Saúde Mental do Piauí e de Teresina quanto ao desenvolvimento de projetos e programas envolvendo propostas de geração de emprego, renda e autonomia. Ao mesmo tempo que também são importantes para o desenvolvimento da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica, desmistificando o imaginário de periculosidade e incapacidade em torno do “louco” e da “loucura” que ainda existe na sociedade.

Assim, observa-se que houve um avanço na implantação e criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial no cenário piauiense nos últimos anos, aparecendo bem estruturada em alguns pontos, no que se refere ao quantitativo de serviços dispostos para a população – como os CAPS, em que o Piauí aparece com um índice de cobertura alto, destacando-se no país. No entanto, outros componentes da rede ainda deixam a desejar, principalmente os serviços da Atenção Hospitalar, de Urgência e Emergência e Estratégia de Desinstitucionalização.

Segundo Cardoso e Macedo (2016), o desafio da Política de Saúde Mental piauiense diz respeito não apenas à abertura de novos e mais serviços, mas na necessidade de sua distribuição cobrir as localidades mais distantes e com carência de ações, de forma a promover a equidade na oferta e no acesso aos dispositivos de atenção psicossocial. Tendo em vista que, historicamente, o cuidado à pessoa com transtorno mental esteve centrado na capital do Estado, ficando muitos municípios sem a devida assistência, de modo que havia necessidade de deslocamento para Teresina, em busca do cuidado adequado. Isso justifica a importância de se pensar a Política de Saúde Mental a partir da lógica da descentralização, regionalização e do território.

Além disso, mesmo com a ampliação da rede de saúde mental no Piauí, ainda existem desafios a serem enfrentados, conforme demarca Rosa et al. (2011), como a necessidade de tornar os serviços de atenção psicossocial efetivamente territoriais, de forma a incluir as pessoas com transtornos mentais em outras políticas públicas, como a política de assistência social,

educação e direitos humanos. Apesar do constatado avanço na criação de serviços psicossociais comunitários e na implementação da RAPS no Estado, principalmente nos anos mais recentes, ainda se faz necessário que a lógica de intersetorialidade e o compartilhamento de responsabilidade pelo cuidado à saúde mental se faça presente no cotidiano.

Ademais, embora haja progressiva redução dos leitos no Hospital Areolino de Abreu, em detrimento do surgimento de novos serviços comunitários psicossociais, o referido hospital ainda é central na assistência à saúde mental piauiense, principalmente em casos de usuários em crise, o que demonstra que ainda há resquícios do modelo manicomial no Estado (SOUSA; NASCIMENTO, 2017; CARDOSO, 2016; MATOS; ROSA, 2016). Há, portanto, necessidade da Política de Saúde Mental do Piauí se apropriar de tais demandas, através do fortalecimento dos componentes de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência da RAPS.

A partir de 2015, em função da crise financeira vivenciada no país, há uma tendência de os gestores municipais do Piauí não investirem nos serviços de saúde mental, gerando uma precarização e deterioração desses equipamentos, constatado através das denúncias recebidas pela Gerência Estadual de Saúde Mental (ROSA; JOAZEIRO, 2017).

Além dos serviços de saúde mental, cabe lembrar que esse estudo considera a rede de forma ampliada, ou seja, para além da RAPS, contando com a participação da sociedade, através das redes informais, que se constituem em movimentos sociais, associações e/ou grupos de apoio para pessoas com transtornos mental e/ou familiares, que são essenciais para reconstituição do lugar sociocultural do “louco” e da “loucura” na sociedade.

Na realidade do Piauí, chama-se a atenção para seis associações/movimentos sociais⁴¹ de saúde mental: Liberdade - Associação de Saúde Mental de União; Associação Fênix, situada em Parnaíba; Amigos do Ninho - Rede de Apoio e Suporte em Saúde Mental no Piauí, localizada em Teresina; Fraternidade - O amor é a resposta, em Teresina; Homo Lobus - Associação Piauiense de usuários e álcool e outras drogas, também localizada em Teresina; Âncora - Associação de Usuários, Familiares e Pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí, também em Teresina.

A Associação Liberdade está localizada no município de União e tem como objetivos: a) promover e desenvolver atividades, projetos e programas na área social, de cultura, lazer, educação, esporte, geração de trabalho e renda, voltados para familiares e usuários dos serviços

⁴¹ Ao buscar informações sobre grupos de apoio, organizações de usuários e/ou movimentos sociais de defesa a saúde mental no Estado do Piauí, tanto a Gerência de Saúde Mental da SESAPI quanto a Gerência de Atenção Psicossocial da FMS destacaram a existência das associações citadas no texto. Podem existir outras na realidade piauiense, mas a pesquisadora não tomou conhecimento.

de saúde mental, por iniciativa própria ou em parceria e convênio com associações congêneres, autarquias, fundações, órgãos públicos, organizações não governamentais, entidades religiosas, Poder Público Federal, Estadual e Municipal, setor privado e outras; b) defender os princípios e diretrizes do SUS, exercendo o controle social; c) participar e intervir em diferentes fóruns de discussão e definição de políticas sobre Saúde Mental no âmbito local, estadual, nacional e internacional; d) promover a inclusão social através da realização de cursos de qualificação profissional para pessoas em estado de sofrimento psíquico, preparando-os para constituírem e implantarem grupos de produção, associações e/ou cooperativas de trabalho, superando a exclusão vigente nesse campo; e) divulgar e defender os princípios e propostas do Movimento da Luta Antimanicomial; f) mobilizar os familiares e usuários do sistema de Saúde Mental para garantir participação efetiva e defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica; g) defender os direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais de seus membros, denunciando e acompanhando casos de violação desses direitos, através do encaminhamento de denúncias aos órgãos responsáveis, inclusive podendo ajuizar ações coletivas para defender interesses e direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos (ASSOCIAÇÃO LIBERDADE, 2018).

A respeito da Associação Fênix, essa foi criada em 2014, tendo sede e foro no município de Parnaíba, e tem por finalidade:

- I - Promover o exercício da cidadania por meio de atividades sociais, econômicas, políticas e culturais de seus associados e das pessoas com sofrimento psíquico;
- II - Estimular ações e práticas de assistência integral às pessoas com sofrimento psíquico;
- III - Desenvolver e apoiar ações e projetos que ofereçam respostas mais efetivas às necessidades de moradia, educação, esporte, lazer, cultura, capacitação profissional e geração de renda, visando à reabilitação social dos seus beneficiados;
- IV - Colaborar com projetos de estudo e pesquisa científica que contribuam para a ampliação do corpo técnico que fundamentam novas práticas em saúde mental;
- V - Contribuir para a formação em saúde mental dos seus beneficiados, através de cursos, debates, congressos, simpósios, conferências, fóruns;
- VI - Contribuir para a transformação da cultura que tende a estigmatizar, excluir e marginalizar a pessoa com sofrimento psíquico e a definir o manicômio como "espaço de tratamento";
- VII - Contribuir ativamente para divulgação, cumprimento e inovação da Política Nacional de Saúde Mental visando garantir os direitos civis das pessoas com sofrimento psíquico;
- VIII - Manter intercâmbio com outras associações de usuários e familiares de saúde mental, assim também como associações diversas do município de Parnaíba, bem como estabelecer parcerias com instituições municipais, estaduais, nacionais e internacionais para o desenvolvimento das suas ações e atividades (ASSOCIAÇÃO FÊNIX, 2014, s/p).

Essa associação vem se destacando na promoção de ações e debates em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas no Piauí,

participando de eventos, audiências e fóruns locais e nacionais da luta antimanicomial, fortalecendo o controle social no âmbito da Política de Saúde Mental do Estado e potencializando a articulação com outras associações e entidades militantes da saúde mental em todo o país.

Destaca-se, ainda, a respeito da organização Amigos do Ninho, que é uma rede de apoio e suporte em saúde mental no Piauí, localizada em Teresina, criada no ano de 2007, que tem como principais objetivos: fortalecer o movimento de usuários dos serviços de saúde mental do Piauí, articulando inserções de ativismo dentro dos movimentos sociais, religiosos e demais organizações da sociedade civil, no sentido de desmistificar a ideia de periculosidade e incapacidade atribuída à pessoa com transtorno mental e, principalmente, desenvolver alternativas de apoio e ajuda mútuas; oferecer e/ou encaminhar usuários às práticas integrativas e complementares; sensibilizar gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental do Piauí, a fim de conquistar um atendimento mais humanizado; fomentar a geração de emprego e renda para pessoa com transtornos mentais; pleitear assento em conselhos diversos: saúde, assistência social, idosos, dentre outros (LIMA, 2011).

A Associação Fraternidade O Amor é a Resposta, fundada em 2007, tem como finalidade principal a realização de intervenções comunitárias estratégicas para melhorar as condições de vida dos moradores da Vila Ferroviária e Conjunto Murilo Resende, localizados na Zona Centro Sul de Teresina. Para tal, utiliza a metodologia do tratamento comunitário que, por sua vez, é um método de trabalho com pessoas, grupos, comunidades e redes que vivem em contextos de alta vulnerabilidade. Tem como foco no tema de drogas, dirigindo-se às situações de sofrimento social das pessoas, dos grupos e das comunidades em condição de alta vulnerabilidade nos âmbitos de educação, trabalho, direitos, laços familiares, de grupo, nas comunidades de vida e com as instituições, moradia, alimentação, segurança, legalidade, saúde, etc. (ASSOCIAÇÃO FRATERNIDADE, 2018).

A Associação Piauiense de usuários de álcool e outras drogas “Homo Lobus” foi criada pelos usuários do CAPSad de Teresina, no ano de 2018, para fortalecer o seu protagonismo e defesa de direitos. São prerrogativas dessa associação, segundo seu Estatuto: representar os interesses e zelar pelos direitos dos usuários e familiares, bem como os serviços de saúde mental do Piauí junto aos órgãos competentes; promover a inserção e a integração profissional, social, econômica, política e cultural desses usuários; estimular ações práticas e alternativas de trabalho, criando condições para que os usuários reconquistem sua confiança e cidadania, passando de tutelados a sujeitos de sua própria história; incentivar a criação de espaços de formação profissional, instruindo e preparando os Usuários para a sua reinserção social; colaborar para a

desconstrução da cultura manicomial, que tende a estigmatizar, excluir e marginalizar a diferença; estabelecer parcerias com o poder público Municipal, Estadual, Federal, ONGs e Sociedades Empresariais para a realização dos objetivos da Associação e de projetos comuns e afins; aplicar as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas, conforme demandas a serem especificadas; ofertar demandas que visam colaborar para a realização de ações culturais que tenham entre seus objetivos a democratização do acesso à arte, à cultura, à educação e à profissão, bem como a garantia desses direitos aos Usuários de álcool e outras drogas, através de parcerias com instituições e agentes culturais públicos e privados, e da elaboração e gestão de projetos; proporcionar e desenvolver atividades educativas, educacionais, esportivas, recreativas e de lazer; fomentar modelos ou outras formas de tratamentos baseados na redução de danos à saúde física e mental dos usuários.

Dentre as organizações de usuários citadas, é necessário dar ênfase à Âncora, que vem realizando, nos últimos anos, uma atuação estratégica na defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial na cidade de Teresina e no Estado do Piauí. Além disso, a Âncora foi a primeira Associação de usuário do Piauí e incentivou a criação das demais, por isso, foi escolhida como cenário da pesquisa de campo, conforme será apresentado no último capítulo deste estudo.

A Âncora é uma associação sem fins lucrativos, criada em 2001, que visa à ampliação da assistência a pessoa com transtorno mental, a partir das relações sociais, e oferecer maior conscientização dos seus direitos, tendo como objetivos: lutar pela reinserção social dos portadores de saúde mental, através de oficinas de trabalhos e projetos ligados à área cultural; lutar pela melhoria da Política de Saúde Mental do Estado; promover ações de defesa dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental; desenvolver projetos que visam a construção e consolidação de novos dispositivos de cuidados; promover a ampliação de informação na área da saúde mental; proporcionar a inclusão social e o exercício da cidadania; oportunizar possibilidades de inclusão no mercado de trabalho; favorecer a construção e/ou ampliação da rede de relações sociais; incentivar a autonomia e o empoderamento de seus participantes (ÂNCORA, 2018).

Conceição (2014) identifica a Âncora como um movimento social, na medida em que tem assumido um papel estratégico no incentivo à participação social e na luta pelos direitos do segmento populacional com transtorno mental no Piauí. Ademais, o autor afirma que a entidade é uma excelente estratégia para que os usuários possam se desvencilhar das "amarras/limites institucionais" e criar laços no território e com outros grupos sociais.

Com efeito, a inserção dos usuários em dispositivos associativos possibilita a ampliação de trocas de experiência, a convivência com outras pessoas fora do grupo familiar, o fortalecimento dos laços sociais, a construção de grupos de apoio, além de serem locais de aprendizado sobre a saúde mental. Significa apostar no resgate da capacidade de iniciativa política por diferentes grupos sociais, no fortalecimento de laços sociais e na produção de redes afetivas (MOURA; SOUSA, 2015).

Destarte, assumir a Âncora como parte da rede em saúde mental implica compreender essa rede de forma ampliada, para além dos serviços da Política de Saúde Mental, articulada às demais políticas, setores e grupos sociais. Nessa concepção, retoma-se a reflexão sobre as redes formais e informais, conforme discutido anteriormente, em que a primeira envolve os serviços e as políticas sociais ofertadas pelo poder público a determinado segmento populacional; enquanto a segunda aponta para grupos sociais, associações, movimentos sociais, dentre outros. Ademais, destaca-se a importância da associação no controle social, fortalecendo o papel da participação da sociedade civil organizada na gestão, implementação e avaliação das políticas públicas.

5 A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA ARTICULAÇÃO DAS REDES INTERSETORIAIS

Este capítulo tem como foco o Serviço Social, objetivando discutir acerca da atuação profissional nas políticas sociais e sua contribuição para a articulação das redes intersetoriais. Para tal, é estruturado em dois tópicos: o primeiro traz algumas provocações acerca do exercício profissional no âmbito das políticas sociais, e o segundo trata da atuação do/a assistente social na saúde mental, dando ênfase à sua contribuição na interlocução entre as demais políticas, serviços e redes intersetoriais.

5.1 Provoações sobre o Serviço Social nas políticas sociais

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, que tem na questão social⁴² a base de sua fundação, enquanto especialização do trabalho, atuando frente as suas múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas. Essas expressões da questão social são abordadas pelo/a assistente social por meio de inúmeros recortes, pois assumem características específicas, de acordo com a realidade em que se insere (IAMAMOTO, 2015). Com efeito, é a questão social e suas refrações, materializadas na vida dos sujeitos em situações diversas – como pobreza, violência, falta de moradia, dentre outros – que legitima o trabalho desse/a profissional, ao aparecer como demanda concreta a ser respondida no cerne das mais diversas políticas e serviços sociais em que se insere a profissão.

De tal modo, Iamamoto (2015) defende ser a questão social a matéria-prima ou objeto de trabalho do/a assistente social, a base de justificação do exercício profissional, o que também é reconhecido pelas Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social (ABEPSS, 1996), que evidenciam acerca do perfil do/a profissional: “Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais”. (ABEPSS, 1996, p. 27).

⁴² “Questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias a sua realização, assim, como de seus frutos” (IAMAMOTO, 2001, p.16). No segundo capítulo, foi realizada uma discussão maior em torno da questão social e das respostas do Estado a ela.

Cabe lembrar que as políticas sociais são respostas privilegiadas do Estado à questão social, conforme discutido no segundo capítulo. Isso explica serem nas diversas políticas, de corte público ou privado, que o/a assistente social encontra seus principais espaços de atuação, sobretudo na oferta de serviços sociais.

Não por acaso, o Estado é o maior empregador da profissão no Brasil, de forma que os/as assistentes sociais são, majoritariamente, servidores públicos, atuando no âmbito municipal, estadual e federal, inserindo-se nas diversas políticas sociais, como saúde, assistência social, previdência, educação, habitação etc.

Nessa direção, a política social é uma matéria fundamental na formação dos/as assistentes sociais, que está presente como um componente nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996 e, também, como principais espaços de trabalho, principalmente no que se refere às políticas de Seguridade Social (BEHRING, 2009).

Na contemporaneidade, o Serviço Social atua na esfera de formulação, avaliação, planejamento, gestão e execução de políticas sociais, o que é colocado como competência profissional, segundo a Lei de Regulamentação do Serviço Social (Lei Federal nº 8.662/1993). Esse aspecto também está presente no Código de Ética da profissão, que reconhece como um direito do/a assistente social: “a participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais” (CFESS, 1993, p. 26).

Segundo Behring e Boschetti (2016), são diferentes e variadas as competências e atribuições profissionais realizadas no âmbito das políticas sociais na atualidade, em sua maioria na relação direta com trabalhadores e trabalhadoras em condições de violação de direitos, que buscam nos/as assistentes sociais o acesso à informação e à orientação para acesso aos bens e serviços públicos.

É importante destacar que o exercício profissional do/a assistente social no enfrentamento da questão social através das políticas sociais faz parte da sua trajetória e do seu processo de profissionalização no Brasil. Nessa direção, segundo Netto (2011), foi no contexto do capitalismo monopolista, quando o Estado passa a intervir sistematicamente sob a questão social, que se constitui um mercado de trabalho para a profissão, como “um dos agentes executores terminais de políticas sociais” (NETTO, 2011, p. 74).

Iamamoto e Carvalho (2007) explicam que isso ocorre no país, principalmente a partir da década de 1930, quando o aprofundamento do capitalismo traz uma nova racionalidade, por meio da qual a questão social deve ser conduzida, exigindo do

Estado novas formas de enfrentamento. Nesse processo, o/a assistente social se torna um agente legitimado pelo Estado, especialmente com a expansão das grandes instituições sociais e assistenciais na década de 1940, constituindo-se numa das engrenagens de execução das políticas sociais, localizando-se na linha de frente das relações entre a população e as instituições nas quais se insere.

Nesses termos, foi o contexto de ampliação da intervenção do Estado nos processos de regulação e reprodução social, por meio das políticas sociais, que gerou as condições para a institucionalização e profissionalização do Serviço Social, abrindo espaço para a profissão no mercado de trabalho.

Assim sendo, é o próprio Estado o grande impulsionador da profissionalização do assistente social, responsável pela ampliação e constituição de um mercado de trabalho nacional, cada vez mais amplo e diversificado, acompanhando a direção e os rumos do desenvolvimento capitalista na sociedade brasileira (RAICHELIS, 2009, p. 380).

É necessário recapitular que o crescimento do papel regulador do Estado brasileiro na esfera social, expresso no reconhecimento de direitos trabalhistas e sociais que eram reivindicações da classe trabalhadora, deu-se, em última instância, pela necessidade de controle social, legitimação política do próprio Estado e reprodução da força de trabalho, de forma a garantir o processo de acumulação do capital (YASBEK, 2009).

Isso revela que, como visto em capítulos anteriores, as políticas sociais são, em sua essência, contraditórias, pois atendem a interesses de classes sociais distintas, e o Serviço Social não passa longe dessa tensão. O exercício profissional é nitidamente polarizado, atravessado pelas relações contraditórias entre capital e trabalho, que estão em permanente conflito na ordem burguesa. Nesses termos, Yamamoto (2009, p. 24) sintetiza:

As condições que circunscrevem o trabalho do assistente social expressam a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. O exercício profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses sociais. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta as necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais.

Destarte, não se pode negar que o/a assistente social se insere num cenário contraditório, de forma que ao responder às expressões da questão social, reproduz, simultaneamente, os interesses e as necessidades do capital e do trabalho. Com efeito, a profissão participa de um movimento que tanto pode contribuir para o aprofundamento do processo de reprodução da

sociedade de classes, com seus antagonismos e contradições sociais, como pode criar possibilidades de sua transformação em busca de novos horizontes de uma nova sociedade (IAMAMOTO, 2009).

Essa compreensão permite revelar a dimensão política do exercício profissional, conforme analisam Yasbek (2009) e Iamamoto (2009). Para essas autoras, o Serviço Social está inscrito em relações de poder inerentes à luta de classes que estrutura a sociedade capitalista, onde se apresentam as expressões da questão social e as respostas a essa, que gestam a possibilidade do/a assistente social se posicionar politicamente frente a elas, direcionando suas ações para o fortalecimento dos interesses de uma das classes.

Segundo Iamamoto e Carvalho (2007), a trajetória da profissão no Brasil aponta que a sua tendência predominante foi de reforço dos mecanismos do poder econômico, político e ideológico, no sentido de subordinar a população trabalhadora às diretrizes das classes dominantes.

É importante destacar que o exercício profissional do/a assistente social tem um caráter histórico e mutável, pois só ganha sentido e materialidade na trama das relações sociais vigentes na sociedade. Isso significa que a intervenção profissional vai enfrentar constante necessidade de renovação e mudança, em decorrência das transformações nas relações sociais no âmbito do capitalismo no país. Dessa forma, à medida que novas situações colocam para o Serviço Social novas exigências, a profissão é obrigada a se atualizar e se repensar, redefinindo estratégias e procedimentos, adequando-se às novas requisições do mercado de trabalho (YASBEK, 2009). Nesse sentido, faz-se necessário compreender acerca do percurso histórico da profissão, as demandas e existências postas pelo Estado e pela sociedade, as abordagens e respostas frente à questão social e as formas de atuação nas políticas sociais.

Conforme Yasbek (2009), em sua gênese, na década de 1930, o Serviço Social tinha uma profunda relação com o ideário católico, que imprimia à profissão um caráter de apostolado fundado em uma abordagem da questão social como problema moral e religioso e em uma intervenção que visava à integração dos indivíduos à sociedade. É nesta relação com a Igreja Católica que a profissão vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos políticos e sociais, orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador.

Cabe afirmar que, nesse momento, a Igreja aparece como reprodutora da ideologia dominante e da hegemonia burguesa, estabelecendo mecanismos de influência e controle para a recristianização da sociedade burguesa, na busca pela reaproximação com o Estado. Assim, há uma união entre Igreja e Estado na preocupação comum de resguardar e consolidar a ordem e a disciplina social, legitimando sua intervenção na questão social, em função de servir ao bem

comum, em um discurso de busca pela harmonia entre as classes (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

Dessa forma, em sua emergência, o Serviço Social não age apenas como difusor dos ideais católicos, mas como reprodutor da ideologia dominante, ao reforçar o ideário de harmonia entre as classes. Portanto, os métodos e técnicas de intervenção da profissão se ajustavam plenamente aos propósitos de dominação do capitalismo naquele momento.

A partir de 1940, no contexto de expansão das grandes instituições sociais e assistenciais no Brasil, o Estado passa a demandar a mão de obra técnica e especializada dos assistentes sociais para atuar nessas instituições, possibilitando a profissionalização do Serviço Social, através da expansão do mercado de trabalho. Nesse contexto, o Serviço Social aparece como um dos mecanismos institucionais mobilizados pela burguesia e inseridos no aparato burocrático do Estado para atuar junto à classe trabalhadora, no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

Para atender às novas requisições que o Estado demandava aos assistentes sociais, exigiu-se uma reorientação, qualificação e sistematização da profissão, tendo em vista que a atuação profissional deixa de ser uma ação baseada, especialmente, em princípios da Doutrina Social Católica, para ser uma atividade metódica e burocratizada de um agente assalariado. Nesse momento, segundo Yasbek (2009), o conservadorismo católico que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro começa a avançar tecnicamente ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho permeadas pelo caráter conservador da teoria social positivista.

Iamamoto (2015) afirma que ocorre nesse cenário um “arranjo teórico doutrinário”, na medida em que há a junção do discurso humanista cristão com o suporte técnico-científico de inspiração positivista que reitera para o Serviço Social o caminho do pensamento conservador, agora mediado pelas ciências sociais. Yasbek (2009) reitera essa perspectiva, afirmando que através da vertente positivista – que restringia a visão da teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação, voltando-se apenas para ajustes e conservação da sociedade – o/a assistente social vai traçando seu perfil, marcado com propostas de trabalho ajustadoras. Assim, a profissão mantém uma ação educativa e doutrinária de enquadramento da classe trabalhadora aos padrões do capital, mas o faz se utilizando do discurso positivista e funcionalista, o que traz um caráter técnico à atuação profissional.

A partir de 1960, tem início um questionamento a este Serviço Social tradicional, através de um amplo movimento de revisão teórica, metodológica, operativa e política. Esse movimento de renovação, que surge no seio do Serviço Social latino-americano, impõe aos/às

assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto profissional, comprometido com as demandas das classes subalternas (YASBEK, 2009).

É necessário sublinhar que a crise do Serviço Social tradicional é um fenômeno latino-americano, verificável a partir da década de 1960, que se inscreve em um momento de crise do padrão de desenvolvimento capitalista e na dinâmica de rompimento das amarras imperialistas, em um quadro de efervescência das lutas e mobilização das classes subalternas em defesa dos seus interesses. Nessa direção, Netto (2015) afirma que o denominado Movimento de Reconceituação do Serviço Social ocorre na América Latina, em que a profissão passa a buscar se adequar às realidades regionais e nacionais, de forma a fundar uma unidade profissional que respondesse às problemáticas comuns dos países latino-americanos. Também foi um momento em que o Serviço Social passa a se relacionar com novos sujeitos que emergiam na cena política, ligados, sobretudo, às classes subalternas.

Nessa esteira de acontecimentos, Yasbek (2009) reitera que a profissão assume as inquietações e insatisfações do momento histórico vivenciado na América Latina e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional, impondo aos/às assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto, comprometido com as demandas das classes subalternas. Para a autora, o Movimento de Reconceituação latino-americano assume claramente uma perspectiva crítica de contestação política e proposta de transformação social.

Assim, o Movimento de Reconceituação vivenciado pelo Serviço Social na América Latina e o processo de renovação no Brasil são marcos significativos na trajetória da profissão, representando um momento de inquietações, insatisfações e autoquestionamento do Serviço Social em suas bases tradicionais, em um processo de revisão global: teórico, metodológico, operativo e político. Ao mesmo tempo, esse processo só tem significado se compreendido no contexto econômico, político, social e cultural que a realidade latino-americana vivenciava a partir de 1960, e o regime autocrático burguês que ocorria no Brasil após a instauração do Golpe Militar de 1964 (NETTO, 2015).

Na realidade brasileira, o movimento de renovação do Serviço Social ocorreu no cerne do período da Ditadura Militar, o que fez com que o debate assumisse outras tonalidades e recebesse influências distintas do restante do cenário vivido na América Latina, sendo caracterizado por três principais direções para o Serviço Social, segundo Netto (2015): a perspectiva modernizadora (ou de modernização conservadora); a reatualização do conservadorismo; e a intenção de ruptura.

A perspectiva modernizadora constitui a primeira expressão do processo de renovação do Serviço Social no país tendo, de um lado, um conteúdo reformista no seio da profissão, ao

visar a sua laicização e validação teórica, com base na matriz estrutural-funcionalista, de aporte norte-americano, através da qual a profissão adquire um cariz moderno e tecnicista. De outro lado, essa vertente tem um caráter conservador, uma vez que a profissão mantém uma atuação voltada à adequação do indivíduo à sociedade, na lógica da harmonia social e que, portanto, é funcional ao capitalismo. Por isso, Netto (2015) denomina essa vertente de modernização conservadora, na medida em que mantém a ideia de adequação do indivíduo à realidade social, numa ideia de desenvolvimento que, na lógica neopositivista, está vinculada à ordem e à harmonia social e, portanto, reitera o caminho do Serviço Social como funcional à ordem burguesa.

A segunda vertente também não rompe com o tradicionalismo da profissão, vinculando-se ao projeto societário do capitalismo, sendo denominada por Netto (2015) de reatualização do conservadorismo, pois recupera alguns componentes da herança conservadora, repondo-os sob uma base teórico-metodológica nova, sofisticada, de inspiração na fenomenologia, na análise desse autor. Assim, essa matriz teórica traz à profissão uma nova roupagem, chamando para si uma ação profissional com foco na pessoa e na sua subjetividade, com base em valores abstratos, mas rompendo com a visão de homem e mundo positivista.

Oriunda do processo de renovação da profissão, por fim, tem-se a vertente chamada de intenção de ruptura, por Netto (2015), que ao contrário das anteriores, em seu núcleo promove uma crítica sistemática ao Serviço Social tradicional, visando ao rompimento com o pensamento conservador no interior da profissão, a partir de uma aproximação com a tradição marxista. Essa perspectiva foi um divisor de águas para o Serviço Social brasileiro, propiciando seu amadurecimento e a construção de um novo projeto profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora.

O processo de renovação do Serviço Social no país, especialmente a perspectiva de intenção de ruptura, deu bases para o que hoje se denomina de Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, que conquista hegemonia no seio da profissão na década de 1990, sobretudo na academia, nas produções científicas e nas entidades representativas da profissão. O referido projeto está fundamentado nos princípios da liberdade como valor ético central, na defesa dos direitos humanos, na ampliação e consolidação da cidadania, na defesa e aprofundamento da democracia, no posicionamento em favor da equidade e justiça social, no empenho pela eliminação de todas as formas de preconceito, na garantia do pluralismo e na construção de uma nova ordem societária, sem dominação e exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 2009).

Para materializar os compromissos tecidos no PEP, os/as assistentes sociais devem se articular com as lutas políticas em defesa da universalização do acesso aos direitos, bens e serviços públicos, na democratização dos espaços públicos, na redução das desigualdades sociais, nas lutas contra toda forma de opressão, exploração e discriminação (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

É pertinente destacar que embora a categoria tenha um projeto profissional para guiar sua atuação, entretanto, o exercício profissional se dá em condições determinadas, sobretudo porque o/a assistente social é um/a trabalhador/a assalariado/a, inserido/a na relação de compra e venda de sua força de trabalho, o que o/a coloca na condição de exploração e alienação, conforme é possível analisar na citação a seguir:

A mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos a autonomia do assistente social na condução do trabalho e a integral implementação do projeto profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 348).

Nessa direção, Iamamoto (2009) afirma que há uma tensão entre a consolidação do Projeto Ético-Político da profissão e a condição de trabalhador assalariado. Nessa direção, apesar da intencionalidade da sua ação profissional e de dispor de estatutos legais e éticos que atribuem uma autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa a sua atuação nas diversas políticas sociais, o/a assistente social é um/a trabalhador/a assalariado/a, que necessita vender sua força de trabalho para as instituições empregadoras para sobreviver, o que o/a coloca na condição de relativa autonomia. Isso, pois, no geral, as finalidades das políticas implementadas pelas entidades empregadoras nem sempre são compatíveis com a finalidade posta pela profissão no PEP.

Isso significa que o exercício profissional não depende apenas das intenções individuais dos/as assistentes sociais, sofrendo, portanto, condicionamentos dos espaços sócio-ocupacionais em que está inserido/a, que são dotados de racionalidade e funções distintas, colocando limites e possibilidades à profissão. Logo, seu trabalho depende de condições postas pelas políticas sociais em que está inserido/a e pelas instituições que executam os serviços. Entretanto, Iamamoto (2015) destaca que o/a assistente social preserva relativa independência na definição de prioridades e formas de execução do seu trabalho, portanto, sua ação não é totalmente controlada e capturada pelas demandas do empregador, na medida em que o trabalho profissional dispõe de uma dimensão teleológica, de liberdade e consciência, além de ser guiado por estatutos legais e normativas da profissão.

Iamamoto (2009) salienta que, na defesa de sua relativa autonomia, o/a assistente social conta, ao seu favor, com sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências, com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo e com as forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem. Nesse sentido, o alargamento da relativa autonomia do/a assistente social aparece como estratégia contra a alienação do trabalho assalariado.

Cabe ressaltar que o Serviço Social, ao encontrar na política social seu principal espaço de atuação, vai sofrer os impactos das transformações sofridas no âmbito do Estado, diante da nova dinâmica das relações entre capital e trabalho, que incidem nas formas de enfrentamento da questão social e, conseqüentemente, redimensionam o mercado e as condições de trabalho da profissão, estabelecem novas demandas e exigências aos/às assistentes sociais e colocam limites e possibilidades para uma intervenção voltada para o fortalecimento do PEP.

Como foi analisado em capítulos anteriores, as políticas sociais sofreram e sofrem com os perversos efeitos da crise estrutural do capital, que vem se renovando e se aprofundando desde a década de 1970 no contexto global, e no Brasil, a partir de 1990, apresentando, como “saídas”, a reestruturação produtiva, a mundialização do capital, o neoliberalismo e as contrarreformas do Estado. Essas transformações operadas na ordem capitalista, principalmente no que se refere à esfera produtiva e à esfera estatal, afetam o exercício profissional e a formação no âmbito do Serviço Social.

Sabe-se que as contrarreformas do Estado, já discutidas anteriormente, caminham na direção de destruição dos serviços públicos, o que representa a redução drástica dos espaços de trabalho para o Serviço Social, que tem no setor público seu principal empregador, além de afetar as relações e as condições de trabalho.

Como consequência das contrarreformas, tem-se a intensificação da ofensiva neoliberal, que coloca tendências de privatização, focalização e descentralização às políticas sociais. Em tal contexto, Iamamoto (2009) destaca que o trabalho do/a assistente social, que deve ser voltado para a ótica do fortalecimento e acesso aos direitos, muda o seu sentido ao ser demandado para operações de compra e venda, que é o que ocorre quando a saúde, a educação e a previdência são submetidas à lógica da mercantilização das necessidades sociais.

Em decorrência desse panorama, os/as assistentes sociais passam a ser duramente pressionados/as em seu trabalho, a fim de endurecerem os critérios de elegibilidades para o acesso aos bens e serviços, para ampliarem condicionalidade e contrapartidas, focalizarem benefícios e prestações assistenciais e previdenciárias, reduzirem o nível dos benefícios, dentre

outras exigências institucionais que impõem limites à universalização das políticas sociais e dos direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2016). Esses/as profissionais que estão inseridos, em grande parte, na ponta final da prestação dos serviços sociais, se veem cada vez mais compelidos a exercerem a função de “juízes” das necessidades sociais, realizando a gestão da pobreza, devido à crescente seletividade e focalização dos serviços e benefícios (IAMAMOTO, 2015).

Ao mesmo tempo, esse contexto de reestruturação produtiva e avanço do modelo de acumulação flexível, conforme discutido em capítulos anteriores, é marcado por profundas transformações no mundo do trabalho, com intensificação do processo de exploração dos trabalhadores, reduzida estabilidade do trabalho, crescimento do desemprego estrutural e desregulamentação dos direitos trabalhistas. Como consequência, Iamamoto (2015) afirma que a ampliação do desemprego e da precarização das relações de trabalho é considerada uma das maiores expressões da questão social na atualidade e, portanto, objeto da atuação cotidiana do Serviço Social.

Nesse quadro, o/a assistente social é duplamente afetado/a: enquanto trabalhador/a assalariado/a, depara-se com situações de emprego precário, subemprego, terceirização, trabalho informal, desemprego, etc; e, também, afeta o segmento populacional usuário dos serviços sociais a quem a profissão dirige sua atuação, que vivem em situação de radicalização da pobreza e miséria. É nessa direção que Iamamoto (2009) reafirma que a análise do trabalho do/a assistente social implica em tratá-lo de forma indissociável dos dilemas – e das lutas – vividas pelo conjunto dos trabalhadores.

Não é à toa que Iamamoto (2015) destaca que o desafio atual do Serviço Social, nesse cenário de intensificação da ofensiva do capital, é tornar seu Projeto Ético-Político um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva. Para tal, faz-se necessário articular as dimensões organizativas, acadêmicas e legais que sustentam esse projeto, com a realidade do trabalho cotidiano. Exige-se uma análise acurada das reais condições em que se insere o/a assistente social, em um esforço de integrar o “dever ser” com a sua materialidade cotidiana.

Para a autora, a vitalidade do referido projeto se encontra estreitamente relacionada à capacidade de adequá-lo aos novos desafios conjunturais, na medida em que a conjuntura não condiciona unilateralmente as perspectivas profissionais, mas impõe limites e possibilidades que devem ser desvendados pelo/a assistente social e transformados em propostas de trabalho. Por isso, a vitalidade do PEP se encontra relacionada à capacidade de adequá-lo aos novos desafios.

Em síntese, verifica-se que a atuação do/a assistentes sociais nas políticas sociais na atualidade tem inúmeros desafios a serem enfrentados, na medida em que a profissão permanece inserida no contexto contraditório que marca as políticas sociais no capitalismo, tensionada por interesses de classes e provocada a fortalecer projetos societários distintos.

5.2 A atuação do/a assistente social na Política de Saúde Mental e na articulação da rede intersetorial: tecendo caminhos entre as políticas sociais

O trabalho no campo da saúde mental é complexo, múltiplo, interdisciplinar e intersetorial e, em última instância, só prospera se estiver “colado” a uma revolução cultural do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, constitui-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização (MERHY, 2004).

O/a assistente social é um dos profissionais demandados a atuar nesse cenário, em conjunto com uma equipe multiprofissional, constituída por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, dentre outros, tendo competência para formular análises fundamentadas e responder, de forma qualificada e na perspectiva dos direitos sociais, às diferentes necessidades apresentadas pelos usuários e/ou seus familiares.

Historicamente, a saúde é o maior campo de trabalho da profissão. De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), através de informações do DATASUS no *site* do Ministério da Saúde, em 2008 existiam 15.228 assistentes sociais atuando em serviços do SUS em todo o país e, dez anos depois, no ano de 2018, esse número quase duplica, para um quantitativo de 29.873 (BRASIL, 2018), o que demonstra que a área da saúde permanece como um campo significativo de inserção do Serviço Social e vem absorvendo cada vez mais assistentes sociais ao longo dos anos.

Apesar de sua inserção nesse espaço sócio-ocupacional não ser recente, no entanto, com a ampliação do conceito de saúde legitimado na Constituição de 1988, há um aumento da demanda do trabalho do/a assistente social, principalmente relacionado à exigência de um profissional capacitado para atuar frente aos determinantes sociais dos processos saúde-doença, que se traduzem em necessidades de saúde, e são entendidos como produtos das relações sociais e dessas com o meio físico, social e cultural.

Dessa forma, o Serviço Social tem um papel essencial no campo da saúde, pois sua intervenção se situa nos vários níveis dos determinantes sociais que influenciam no processo

de adoecimento dos indivíduos e das populações, em uma perspectiva multidimensional, conforme pontua Fazenda (2017). Isto, pois, o/a assistente social atua a partir de uma visão de totalidade, vislumbrando as múltiplas determinações que envolvem a saúde, ultrapassando a perspectiva meramente biológica, ao intervir diretamente nas diversas expressões da questão social que perpassam a vida dos indivíduos. A citação abaixo reitera essa análise:

Tendo a questão social como base de sua fundamentação, o assistente social se insere em processos de trabalho em que o cuidado à saúde requer conhecimentos sobre um contexto interligado em que vivem seus usuários, que incluem os determinantes sociais, econômicos, culturais, religiosos, ambientais, suas relações familiares e o meio onde vive etc. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 42).

Logo, entende-se que as necessidades de saúde ultrapassam o nível do acesso a serviços e tratamentos médicos, envolvendo questões como o direito à vida e a condições dignas de existência (NOGUEIRA; MIOTO, 2009). São nessas questões que se relacionam as condições reais de vida dos usuários, se apresentando na forma de desemprego, violência, ausência de local de moradia, abandono etc., que se colocam para o Serviço Social (CFESS, 2013a).

O trecho a seguir reforça essa análise:

No cotidiano do SUS, a intrínseca relação entre saúde e condições de vida se traduz em diversas necessidades de saúde que, enquanto expressões das múltiplas manifestações da questão social, se transformam em problemáticas que interferem na eficácia da política de saúde, constituindo limitações e impedimentos de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do processo de trabalho em saúde (COSTA, 2010, p. 143).

Assim, muitas das demandas de saúde postas pelos usuários do SUS envolvem uma diversidade de determinantes sociais que, em geral, referem-se às condições reais de vida dos indivíduos e relacionadas ao desrespeito aos direitos sociais e humanos básicos, como (a falta de) acesso à alimentação, à habitação, ao transporte, dentre outros, que vão aparecer como demanda concreta para o/a assistente social em sua inserção na política de saúde. Dessa forma:

As demandas que chegam ao Serviço Social nos serviços de saúde estão relacionadas às questões que ampliam a vulnerabilidade de distintos segmentos da população em sua situação de saúde, tais como: precariedade e/ou à ausência de moradia, violência urbana e doméstica, situações de negligência e abandono, acidentes de trabalho, desemprego, dificuldade de acesso a consultas com especialistas e medicamentos, etc. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p. 42-43).

Destarte, o trabalho do/a assistente social, tanto na política de saúde quanto nas demais políticas sociais em que se insere no Brasil, é determinado pelas contradições próprias do capitalismo, atuando principalmente no enfrentamento de situações de violações de direitos que afetam as condições de vida da população em geral e, sobretudo, dos setores mais empobrecidos da sociedade, como reforça a citação a seguir:

As necessidades objetivas dos usuários se transformam em demandas profissionais, na medida em que se confundem com as próprias necessidades institucionais. Paradoxalmente, são estes portadores materiais de necessidades não contempladas pelo sistema – os que não tem a quem recorrer – que constituem a população usuária do Serviço Social no contexto do SUS, seja na condição de excluídos da sociedade, seja na de excluídos do atendimento realizado pelo SUS (COSTA, 2000, p. 65).

Na saúde mental não é diferente, na medida em que as pessoas com transtorno mental que buscam atenção em serviços públicos do SUS são, prioritariamente, segmentos de baixa renda e que, portanto, demandam atendimento às suas necessidades básicas, para além do cuidado à saúde mental, na medida em que:

os segmentos de baixa renda demandam uma atenção integral, trazendo junto com a demanda por assistência em saúde mental as determinadas pela questão social, preponderando aquelas relacionadas à acessibilidade ao serviço (transporte, passe livre/vale transporte), bem como outras inerentes às condições básicas de sobrevivência, tais como comida, acesso a Benefício de Prestação Continuada, e as ligadas à sua imagem social deteriorada, relacionadas ao preconceito (ROSA; CAMPOS, 2013, p. 326)

Rosa (2015) reafirma que, ainda que o SUS seja um dever do Estado e a saúde um direito universal de todos os cidadãos, os usuários dos serviços de saúde pública e dos dispositivos de saúde mental no país são comumente os destituídos/excluídos sociais, que as autoras denominam de “SUSdependentes”. Ou seja, são os segmentos mais pobres da população brasileira, que não podem acessar certos serviços pela via do mercado.

Nessa direção, além de sofrerem com as expressões da questão social inerentes ao sistema capitalista, as pessoas com transtornos mentais sofrem também com os encontros dessas com os preconceitos advindos da situação de exclusão social motivada pela própria condição de serem “loucos” em uma sociedade moderna que valoriza a razão. Assim, são pessoas que são afligidas por questões referentes às desigualdades sociais estruturais e, também, com os elementos restritivos de direitos, relativos aos quadros clínicos, geradores de rejeição e preconceitos diversos (GENTILLI, 2011).

Isto, pois as pessoas com transtornos mentais estão inseridas em uma sociedade capitalista desigual, marcada por diversas manifestações da questão social. Por isso, vão lidar, em seu cotidiano, com as dificuldades de sobrevivência, sobretudo de um Estado neoliberal, que valoriza o mercado e sua manutenção e exclui e marginaliza os desapropriados das condições de trabalho (LUSTOSA; ROSA, 2017). Dessa forma:

As manifestações da questão social que atravessam a Saúde Mental, no plano macrossocial, no geral, envolvem as repercussões das desigualdades sociais da sociedade capitalista; a violência institucional; o estigma; a exclusão de direitos, dentre outros (ROSA; LUSTOSA, 2012, p. 47).

Assim, na saúde mental, a profissão atua sobre as refrações da questão social que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade, como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, que deve ser excluída do convívio social. Além do próprio histórico de exclusão social ao qual foi submetida a pessoa com transtorno mental, que se traduz no imaginário social da sociedade na expressão comum de que “lugar de louco é no hospício”, e do estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social e seus familiares (PEREIRA, 2017).

Bisneto (2009) destaca que na saúde mental o/a assistente social não é apenas um profissional do cuidado, mas também um técnico que deve desenvolver a crítica à realidade e à “loucura” em sua relação com o capitalismo. Portanto, esse profissional pode desenvolver técnicas e metodologias para sua atuação na Saúde Mental, avançando na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a “loucura” para, a partir daí, conceber as mediações para a intervenção nesse campo.

Nessa direção, Gentilli (2011, p. 228) afirma que “refletir sobre os vários elementos institucionais, profissionais e socioculturais referentes ao conjunto das relações humanas e sociais, que envolvem os sofrimentos mentais, tem sido um desafio constante para os profissionais desse campo”. Destarte, o/a assistente social que trabalha na saúde mental tem muito a contribuir com a reflexão e com a intervenção em relação aos determinantes sociopolíticos do sofrimento psíquico presentes no binômio saúde mental-doença mental.

Fazenda (2017) segue essa linha de pensamento e defende que a relevância do Serviço Social na área da saúde mental está consolidada sobre a constatação da importância dos determinantes sociais na saúde, assim como na necessidade de intervir para diminuir as desigualdades no acesso aos serviços, em uma perspectiva de justiça social.

Machado (2009) afirma que esse profissional tem um “capital simbólico” que o diferencia e o legitima na equipe de saúde mental, devido a sua bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa acerca das políticas públicas e dos direitos sociais, para intervir de forma qualificada frente às expressões da questão social. Dessa forma:

Reconhecer a questão social como objeto de trabalho do Serviço Social implica em identificar as bases históricas que orientaram a construção do capital cultural e simbólico da profissão, abrangendo teorias, técnicas e legitimidade. [...] O assistente social é um profissional imprescindível no trabalho em saúde mental, pois é habilitado

para abordar a questão social na relação saúde/sofrimento psíquico com conhecimento das políticas públicas e dos direitos que vão ao encontro da concepção de saúde ampliada (MACHADO, 2009, p. 110).

De tal modo, defende-se que os/as assistentes sociais têm uma formação, um conjunto de habilidades e competências que permitem uma concepção ampliada de saúde, a partir de uma visão de totalidade dos sujeitos e das expressões da questão social que perpassam as suas condições de vida, buscando respostas na esfera da viabilização dos direitos.

As múltiplas e complexas expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno e suas famílias, postas como demandas de trabalho para o assistente social, dificilmente podem ser respondidas a partir de uma única política social, o que demanda ao profissional o conhecimento acerca da rede de serviços e de políticas sociais.

Assim, a partir da compreensão da realidade e da proximidade com a vida dos indivíduos que demandam sua atuação, o/a assistente social desenvolve um potencial e habilidades para implementar ações que tenham como alicerce a intersetorialidade e o trabalho em rede, na medida em que somente assim é possível atender às necessidades sociais dos sujeitos em sua integralidade, dentro das diversas políticas sociais em que se encontra inserido. Por isso, considera-se que o assistente social, na sua atuação na saúde mental, dispõe de uma bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa para atuar na perspectiva da intersetorialidade:

O Serviço Social tem acúmulo teórico operativo para realizar o mapeamento e a articulação com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança, intervenções no imaginário social sobre a loucura, entre outros (ROBAINA, 2010, p. 347).

Silva e Lima (2012, p. 127) corroboram com esse pensamento e defendem que o Serviço Social tem uma *expertise* em construir metodologias de ação direcionadas à articulação de redes e a estimular a intersetorialidade no âmbito das equipes de saúde. Nessa direção, Gentilli (2011) reitera que o assistente social é o profissional com maior lastro e experiência para construção de redes tanto entre políticas sociais como em articulação com movimentos sociais.

Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2013a, p. 30) aponta que para realizar uma atuação competente e crítica na área da saúde, cabe ao assistente social, dentre outras ações, “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a

fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais”. Dessa forma, para viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos, faz-se necessário que esses profissionais conheçam e mobilizem a rede de serviços e políticas sociais.

Corroborando com essa análise, Nogueira e Miotto (2009, p. 238) defendem que “a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade”. Por isso, defende-se que o exercício profissional, ao pautar-se na atuação intersetorial, caminha para o fortalecimento da saúde em sua concepção ampliada, enfrentando seus determinantes que têm ligação direta com as condições de vida da população brasileira.

Castro, Carvalho e Cronemberger (2008) apontam que o/a assistente social é um profissional que atua cotidianamente em rede e em constante articulação com diferentes serviços, instituições e sujeitos sociais. Isso, pois as demandas postas para eles/as, muitas vezes, não podem ser respondidas por um único serviço ou política social, sendo essencial a atuação em rede para construção de alternativas que possibilitem atender, ao máximo, as necessidades sociais postas pelos usuários, de forma a ultrapassar respostas pontuais e fragmentadas.

O trecho a seguir reforça essa perspectiva:

No atendimento da população, o assistente social tem de fazer uma leitura das condições do usuário (incluem-se faixa etária, gênero etc.) e uma leitura das possibilidades de atendimento da rede de serviços. Isso exige pensar nas necessidades sociais deste usuário como parte de uma totalidade social mais ampla. Supõe acessar a rede mais ampla de serviços, além dos quais o espaço sócio- ocupacional, em que o profissional se insere (MIOTTO; SCHUTZ, 2011, p. 21).

Dessa forma, para as autoras, a atuação do/a assistente social, necessariamente, mobiliza uma série de recursos que exigem a ultrapassagem dos limites da setorialização e fragmentação dos serviços.

Mattos (2013) reitera essa perspectiva, afirmando que o/a assistente social, além de conhecer a rede de serviços, é o profissional da equipe que detém amplo conhecimento sobre os setores do serviço em que está inserido. “Isso ocorre porque sabem os assistentes sociais que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho” (MATTOS, 2013, p. 64).

Com efeito, os/as assistentes sociais têm uma relevante contribuição na construção de arranjos intersetoriais nas mais diversas políticas sociais em que atuam, devido, principalmente,

à sua formação generalista crítica, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre a realidade social em que intervêm. O trecho a seguir reitera essa análise:

A formação profissional do Assistente Social dá subsídios para uma articulação na execução de ações intersetoriais, sendo o profissional uma referência nos serviços para viabilização e chamada de outros setores, pois, a partir de sua formação e intervenção, deixa claro sua capacidade de promover arranjos entre setores (LIMA; OLIVEIRA; SOUZA, 2015, p. 8)

Nessa direção, a implementação de uma atuação profissional que fortaleça a intersectorialidade demanda que o/a assistente social, munido dos arcabouços teórico-metodológicos, ético-políticos e estratégias técnico-operativas, rompa com a aparência das demandas, decifrando criticamente a realidade para perceber as relações que fazem parte do processo saúde-doença da população e que compõem os determinantes de saúde, propondo alternativas de trabalho condizentes com seu Projeto Ético-Político, ou seja, aliados à defesa intransigente dos direitos humanos, à ampliação e consolidação da cidadania, à defesa da democracia, ao se posicionar em favor da equidade e da justiça social, assegurando universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, e empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

Na saúde mental, o território, o trabalho em rede e a articulação com outros serviços, políticas e grupos locais ganham ênfase com o novo modelo assistencial que emerge após a Reforma Psiquiátrica, e o/a assistente social se coloca como profissional estratégico para atuar no fortalecimento de articulações intersetoriais e em rede, conforme destaca a citação abaixo:

O fazer profissional do Serviço Social cresce em importância à medida que se consolida a ideia de que os serviços de saúde mental devem ser realizados em consonância com a atenção básica, e, mais recentemente, com ações intersetoriais, em diálogo com a população e em parcerias com outras instituições sociais (GENTILLI, 2011, p. 223).

Em vista disso, a intersectorialidade se faz presente no cotidiano de trabalho do/a assistente social na saúde mental, sendo esse/a profissional essencial para a lógica intersectorial e para a construção de redes entre as diversas políticas, instituições, serviços e grupos sociais. Isso, pois a intersectorialidade demanda outros recursos que se articulam diretamente a uma estrutura mais geral sobre a qual se assenta a política social, cenário massivo da atuação da profissão.

Fernandes e Ribeiro (2016) afirmam que o/a assistente social, em sua atuação na saúde mental, vai analisar as condições econômicas e sociais em que vivem as pessoas com transtorno

mental e como isso impacta e complexifica o processo de adoecimento psíquico. Essas situações, que envolvem, muitas vezes, perdas sociais, econômicas, afetivas, familiares, laborais, entre outras, demandam ao/à profissional de Serviço Social a articulação das ações de cuidado em saúde e de proteção social de forma ampla, considerando a multidimensionalidade dos problemas. Por isso, os/as assistentes sociais necessitam desenvolver ações intersetoriais para responder às complexas demandas que chegam até eles/as.

Segundo pesquisa de Costa (2010), a maioria das demandas intersetoriais que chegam para a equipe no âmbito da saúde é encaminhada a esse/a profissional, pois é visto/a como capacitado/a para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que permitem responder às mais diversas necessidades sociais dos usuários, articulando várias ações e redes, servindo para aprofundar e estreitar as relações interinstitucionais e intersetoriais em seus diferentes espaços de atuação. Nesse horizonte, a autora destaca que a atuação do/a assistente social na política de saúde/saúde mental “funciona como tecnologia social cuja principal função é construir pontes de acesso, verdadeiros elos invisíveis entre o SUS e as demais políticas sociais, campos e órgãos” (COSTA, 2010, p. 209).

A realização de articulações intersetoriais é essencial para suprir as necessidades sociais básicas que afetam diretamente a saúde dos usuários, dentro e fora do sistema de saúde, o que reforça a importância de a política de saúde ser pautada na lógica da intersetorialidade. O trecho a seguir reforça essa análise:

A intersetorialidade refere-se ao que se deve e ao que se pode fazer juntos para responder às reais necessidades, individuais e coletivas da população, em sua maioria usuária dos serviços de saúde. Portanto, não basta o SUS ser eficiente isoladamente, pois a política de saúde, de forma isolada, jamais será eficaz (COSTA, 2010, p. 218).

Essa realidade provoca a necessidade de articulação da política de saúde mental com as demais políticas, serviços sociais e recursos comunitários, com destaque para o diálogo com as políticas de Seguridade Social.

Para Costa (2010, p. 203), dentre as demandas de caráter intersetorial colocadas ao Serviço Social na política de saúde, “predominam as necessidades de articulações junto à rede SUAS e a outras organizações prestadoras de serviços de assistência social”. Isso porque as pessoas com transtornos mentais, além de sofrerem com transtorno mental, deparam-se com diversas expressões da questão social, como a pobreza e suas consequências, o que demanda, para além da assistência à saúde mental, o acesso aos demais bens e serviços básicos, como saúde, educação, habitação, alimentação, lazer, emprego e renda (PEREIRA, 2017).

A predominância das articulações entre saúde e assistência social também revela que essa última vem absorvendo, de forma emergencial, várias demandas decorrentes do

aprofundamento das desigualdades sociais e da violação dos direitos humanos e sociais básicos, conforme analisado em capítulos anteriores. Assim, a precarização das demais políticas sociais faz com que haja uma sobrecarga das demandas postas à assistência social, fazendo com ela tenha que suprir as necessidades que seriam de outras políticas sociais (COSTA, 2010; MOTA, 2010).

Nessa perspectiva, Mattos (2013) defende que “para a efetivação do SUS, faz-se necessária uma interface com a assistência social. O/A assistente social domina essa interface”. Logo, o/a assistente social é um/a profissional estratégico tanto no desenvolvimento de estratégias intersetoriais entre políticas e serviços como também assume um papel essencial tanto na política de saúde mental quanto na política de assistência social – políticas essas caracterizadas historicamente pela inserção de profissionais do Serviço Social.

Ademais, no cenário nacional, conforme afirmam alguns pesquisadores (MIOTO; SCHUTZ, 2011; MONNERAT; SOUZA, 2011), as políticas de saúde e de assistência social são as que mais têm se destacado pela incorporação da intersetorialidade em suas agendas nos últimos anos. Tanto as legislações do SUS quanto as do SUAS reconhecem a necessária complementaridade entre os serviços das diversas políticas sociais, apresentando princípios e objetivos comuns, como a demanda por uma gestão pública descentralizada, regionalizada, territorializada, hierarquizada, participativa e com serviços organizados no formato de redes.

É importante lembrar que a saúde e a assistência social, ao lado da previdência, compõem o tripé da Seguridade Social brasileira, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Assim, para garantir proteção social integral à população, elas precisam estar em constante articulação e devem constituir uma unidade, sem perder de vista as suas especificidades. Todavia, o que se observa é que, no lugar de caminhar rumo à intersetorialidade, essas três políticas sociais vêm traçando trajetórias isoladas, sendo locadas em ministério diferentes, normatizadas por leis orgânicas específicas, com fontes distintas e desigual de financiamento, o que dificulta a construção de uma unidade no âmbito da Seguridade Social (SCHUTZ; MIOTO, 2010).

Essa realidade reforça a importância da atuação do assistente social na perspectiva da intersetorialidade, de forma a contribuir para o avanço da integração efetiva das políticas de saúde, assistência e previdência, e a construção de uma unidade na Seguridade Social, colaborando para o alcance de uma proteção social ampla.

Evidentemente que o Serviço Social sozinho não conseguirá romper com a fragmentação que marca a Seguridade Social, sendo necessário que a intersetorialidade esteja presente no planejamento, na gestão e nos processos de trabalho das equipes que executam as

políticas sociais, levando-se, ainda, em consideração, os limites estruturais da gestão capitalista das necessidades sociais, afinal essa não é uma tarefa apenas de uma profissão.

No entanto, atuar na perspectiva da intersectorialidade constitui um dos desafios aos quais os/as assistentes sociais não devem se furtar, na medida em que são profissionais que tem uma relação visceral com as diversas políticas sociais e têm na Seguridade Social espaço estratégico de inserção profissional. Isso implica que o Serviço Social, devido à sua formação generalista, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre as redes de políticas, serviços e movimentos sociais, pode, sim, contribuir no processo de construção de práticas moldadas pela intersectorialidade, como estratégia para o acesso e a garantia dos direitos.

6 A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE TERESINA: análise da experiência das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais entre Rede de Atenção Psicossocial, rede socioassistencial e redes sociais informais

Este capítulo tem como objetivo analisar a materialização da intersectorialidade na Política de Saúde Mental⁴³, a partir das articulações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares na Zona Sul de Teresina-PI na atualidade.

Para tal, são apresentados os resultados da pesquisa de campo, realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, Grupo Focal, observação com registro em diário de campo e documentos institucionais, analisados com base na bibliografia exposta nos capítulos teóricos anteriores e à luz do método da dialética crítica de Marx.

Este capítulo está estruturado em dois tópicos: o primeiro contextualiza os cenários e os participantes da pesquisa e o segundo apresenta os resultados das análises das entrevistas, do Grupo Focal e da observação, sendo dividido em três subitens, no qual inicialmente é discutido acerca do perfil dos usuários da RAPS e as demandas de natureza intersectorial posta por esses sujeitos aos assistentes sociais; em seguida, são analisadas as respostas, articulações e estratégias utilizadas pelos/as assistentes sociais para viabilizar o atendimento das demandas intersectoriais; e, por fim, volta-se para refletir sobre os limites e possibilidades para a materialização da intersectorialidade na Política de Saúde Mental de Teresina, com destaque ao cenário empírico da Zona Sul.

6.1 Contextualização dos cenários e participantes da pesquisa

A cidade de Teresina, capital do Piauí, encontra-se situada na macrorregião meio-norte do Estado, tendo como municípios limítrofes União, Altos, Monsenhor Gil, José de Freitas, Nazária, Demerval Lobão, Timon e Caxias – esses dois últimos localizados no Maranhão. Conta com uma população estimada de 850.198 habitantes no ano de 2018, sendo o município com

⁴³ A Política de Saúde Mental se articula com diversos setores, instituições e políticas sociais, entretanto, tendo em vista a viabilidade da pesquisa, optou-se por privilegiar o foco da análise e a coleta de dados para a articulação entre os serviços do SUS e SUAS localizados no território Sul de Teresina-PI. A escolha se deu após realização de pesquisa exploratória e ao se compreender que as Políticas de Saúde e de Assistência Social são as que mais têm se destacado nos últimos anos, pela busca por incorporarem a intersectorialidade em suas agendas, como dito em momentos anteriores.

maior população do Piauí, e tem uma densidade demográfica de 584,94 hab/km² (IBGE, 2018b).

A gestão pública de Teresina⁴⁴, no planejamento de suas ações e na implementação dos serviços em geral, toma por base os princípios de regionalização e territorialização, dividindo o município em quatro regiões: Leste, Centro-Norte, Sul e Sudeste. Tendo conhecimento disso, este estudo delimitou a coleta de dados da pesquisa de campo para a Zona Sul da cidade, por ser o território com maior número de habitantes, com significativos índices de vulnerabilidade e por concentrar o maior quantitativo de CAPS de Teresina.

A Zona Sul é composta por 35 bairros, sendo a região com maior contingente populacional de Teresina, com 306.839 habitantes – o que corresponde a 35,24% da população residente na capital. É também uma das zonas de maior vulnerabilidade socioeconômica da cidade, de forma que 53.224 (36,10%) das famílias moradoras desse território tem rendimento de até 1 salário mínimo. Além disso, é a região que tem a maior taxa de mulheres responsáveis por domicílios (36,43%); a mais elevada taxa de domicílio com fossa rudimentar (34,44%); e o menor número de residências ligadas à rede de esgoto (18,93 %) (TERESINA, 2014).

Em relação aos serviços públicos de saúde e assistência social disponíveis no território, o quadro abaixo apresenta um mapeamento:

Quadro 7 - Serviços públicos do SUS e SUAS na Zona Sul de Teresina-PI

POLÍTICA SOCIAL		SERVIÇOS PÚBLICOS DISPONÍVEIS NO TERRITÓRIO
SUS	Saúde Mental	3 CAPS (do tipo II, III e AD)
		1 SRT
	Atenção Básica	1 NASF
		29 UBS – 81 ESF
	Atenção Hospitalar/ Urgência Emergência	6 Hospitais
		1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA Promorar)
SAMU		
SUAS	Proteção Social básica	5 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)
		47 Centros de Convivência
	Proteção Social Esp.	1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)

Fonte: Sistematização da autora.

Dos serviços acima, esta investigação coletou dados no CAPS II Sul, CAPS III, SRT Sul, NASF Sul e Maternidade Evangelina Rosa (integrantes da Rede de Atenção Psicossocial)

⁴⁴ A Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPPLAN), através da Lei nº 2.960 e 2.965, de 26 de dezembro de 2000, com a finalidade de colocar os serviços prestados mais próximos da população, dividiu a Teresina em quatro zonas de atuação da prefeitura, através das Superintendências de Desenvolvimento Urbano (SDU).

e no CRAS Sul II, CRAS Sul III e CREAS SUL (constituintes da rede socioassistencial). Além desses, também foram cenários da pesquisa de campo: o Hospital Areolino de Abreu – que não se localiza na Zona Sul, mas é uma instituição importante na saúde mental de Teresina e do Piauí –, as gerências de saúde mental estadual (SESAPI) e municipal (FMS) e a Associação Âncora, representando a rede informal.

Assim, a amostra da pesquisa de campo envolveu 12 cenários da região Sul de Teresina, sendo 08 da Rede de Atenção Psicossocial, 03 da rede socioassistencial e 01 integrante da rede social informal. Em relação aos participantes da pesquisa, este estudo contou com 31 sujeitos: 08 assistentes sociais da RAPS, 04 assistentes sociais da rede socioassistencial, 02 membros de associação, 2 representantes da gestão da saúde mental e 15 usuários.

O instrumento de coleta de dados utilizado com assistentes sociais, gestores e membros da Âncora, foi a entrevista, realizada a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado com base nos objetivos da pesquisa. Também foi realizado 01 grupo focal com 15 usuários do CAPS II Sul, contando com o apoio de uma das assistentes sociais dessa instituição, que cedeu espaço no grupo que realiza semanalmente com os usuários, facilitando o contato e a aproximação da pesquisadora com os mesmos. Tanto as entrevistas semiestruturadas quanto o grupo focal foram gravadas para posterior transcrição e análise.

Com o objetivo de conhecer melhor os cenários da pesquisa de campo, foi realizada uma breve contextualização dos mesmos, a partir da leitura de documentos institucionais e registros dos profissionais⁴⁵.

O CAPS II Sul é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, submetido à Gerência de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, que iniciou suas atividades no dia 21 de dezembro de 2009 e se localiza na Avenida Barão de Gurgueia, nº 2913, no Bairro Pio XII. O funcionamento da instituição ocorre em dois turnos, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h, tendo como área de abrangência os seguintes bairros da Zona sul: Centro Sul, Vermelha, Pio XII, São Pedro, Tabuleta, Santa Luzia, Parque São José, Saci, Parque Piauí, Distrito Industrial, Promorar, Areias, Santa Cruz, Loteamento Mário Covas, Angelim (I, II, III, IV), Vila Irmã Dulce, KM7, Vamos Ver o Sol, Santa Fé, Bentinho, Teresina Sul e Santo Antônio.

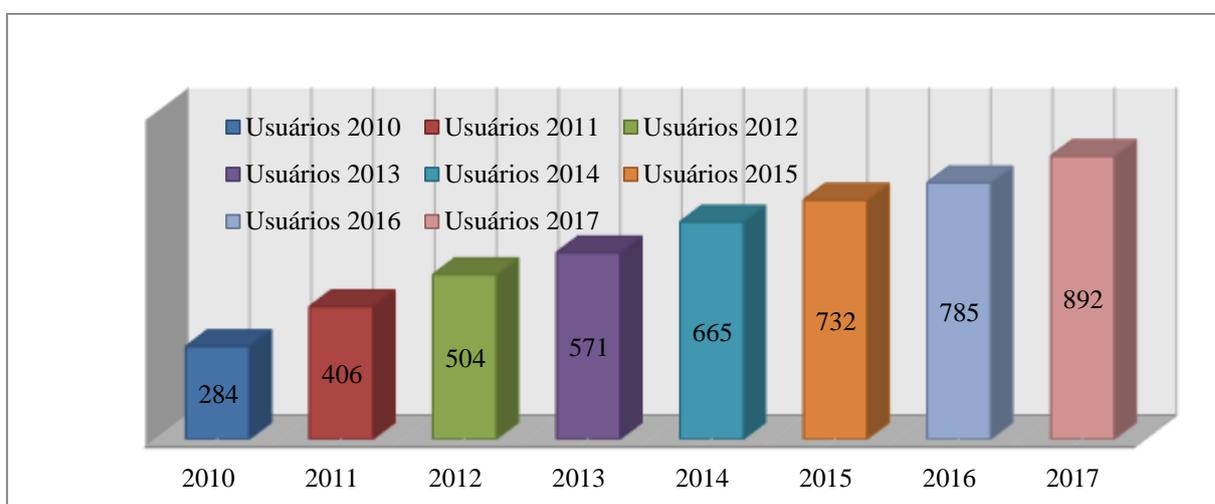
A equipe de profissionais da instituição é composta por: 03 assistentes sociais, 02 psicólogos, 03 psiquiatras, 04 enfermeiros, 01 educador físico, 01 nutricionista, 02 terapeutas

⁴⁵ Algumas instituições não forneceram documentos suficientes para que fosse elaborada uma contextualização mais aprofundada, por isso, ao longo desse tópico, algumas descrições estão mais detalhadas, enquanto outras estão mais superficiais.

ocupacionais, 01 redutor de danos⁴⁶, 01 artesã, 04 técnicos em enfermagem, 04 auxiliares administrativos, 04 agentes de portaria e 06 auxiliares de serviço. Convém salientar que a maioria dos profissionais tem vínculo efetivo, ou seja, foi contratado mediante concurso público.

Destaca-se que desde a sua abertura houve um crescimento gradativo da demanda pelo serviço e no quantitativo de usuários que fazem atendimento na instituição, conforme apresenta o gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Evolução da quantidade de usuários atendidos pelo CAPS II Sul no período de 2010 a 2017



Fonte: Relatório de Gestão do CAPS II Sul, FMS (2017).

Verifica-se que no ano de 2010 o CAPS II Sul contava com 284 usuários cadastrados, e em 2017 essa quantidade triplicou para 892 usuários. Todavia, desse total de 2017, 421 são ativos, ou seja, frequentam regularmente o serviço, tendo uma média de 50 usuários por dia, e o restante são inativos, seja por não terem mais perfil de CAPS e foram inseridos em outros serviços, ou por terem se desligado do serviço de forma espontânea. Assim, verifica-se que desde a sua criação, em 2010, até 2017, houve um crescimento gradual e significativo de usuários no CAPS II Sul, o que revela a importância da instituição no atendimento a pessoas com transtornos mentais na região.

⁴⁶ Agente redutor de danos é o nome dado pela instituição ao profissional que atua com a redução de danos, minimizando os efeitos causados pelo consumo, uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, com orientações, acolhimento, intervenções sociais e educativas, ações em prol da saúde e bem-estar do usuário, em uma abordagem no âmbito territorial.

Em relação ao CAPS III, esse também é um serviço integrante da política de saúde mental da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, inaugurado no dia 31 de março de 2010 e, atualmente, está localizado na Rua Costa Rica, número 466, no Bairro Cidade Nova. Tem funcionamento 24 horas, durante todos os dias da semana, incluindo finais de semana, diferenciando-se do CAPS do tipo II, pois faz atendimento a pessoas com transtorno mental cuja crise, ou quadro clínico, demanda um atendimento contínuo, tendo a capacidade de acolher até 08 usuários em leitos por noite. Contudo, o usuário só pode permanecer no pernoite durante 14 dias seguidos, passando o dia em seu CAPS de referência e o pernoite no CAPS III. Durante o dia, esse serviço oferta atividades individuais e grupais que visam à reabilitação de seus usuários através de uma equipe multiprofissional com assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, artesão, nutricionista e psiquiatra.

O CAPS III tem como território de abrangência a Zona Sul, fazendo a cobertura dos seguintes bairros: Vila Confiança, Piçarra, Ilhotas, Monte Castelo, Cristo Rei, Macaúba, Três Andares, Cidade Nova, Vila da Paz, Catarina, Morada Nova, Lourival Parente, Bela Vista, São Lourenço, Vamos Ver o Sol, Dagmar Mazza, Portal da Alegria, Porto Alegre e Parque Sul.

Em dezembro de 2017 estavam cadastrados no CAPS III 945 usuários, dentre os quais 425 são ativos, ou seja, permanecem fazendo tratamento no serviço, e os demais estão inativos, não frequentando mais a instituição.

Atualmente, a equipe desse serviço é composta por: 03 assistentes sociais, 03 psicólogos, 07 psiquiatras, 09 enfermeiros, 01 educador físico, 02 nutricionistas, 02 terapeutas ocupacionais, 01 redutor de danos, 01 artesã, 14 técnicos em enfermagem, 04 cuidadores, 04 auxiliares administrativos, 04 agentes de portaria e 11 auxiliares de serviço. Assim como no CAPS II Sul, no CAPS III, a maioria dos profissionais tem vínculo efetivo, ou seja, foi contratado mediante concurso público.

Outro cenário da pesquisa de campo foi o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Sul, que se configura como uma moradia assistida, inserida na comunidade, para pessoas com transtornos mentais com internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia e que não possuem vínculos familiares e sociais, configurando-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização, de forma a criar um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social desses sujeitos (BRASIL, 2004b).

O SRT Sul foi inaugurado em 2005 e está subordinado à Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI), e localizado na Rua Arimateia Tito, 681, no Monte

Castelo, contando com 08 moradores, sendo 06 homens e 02 mulheres, e uma equipe de 03 cuidadores e 01 coordenador do serviço, que é assistente social.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da região Sul foi outro espaço de coleta de dados da pesquisa de campo. O NASF é subordinado à Fundação Municipal de Saúde e tem como objetivo apoiar a consolidação da atenção básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, abrangência e o alvo das ações. Para tal, a equipe desse núcleo atua de forma integrada com as equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, de forma a efetivar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008c).

O NASF Sul foi inaugurado no ano de 2013, em Teresina, tendo sede na UBS da Nossa Senhora da Paz, localizada na Rua Belém, número 2558, Bairro Três Andares, fazendo também a cobertura nas UBS do Monte Castelo e do Portal da Alegria, realizando o apoio em 08 equipes de saúde da família, a partir de uma equipe formada por: 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 fisioterapeuta, 01 educador físico e 01 nutricionista.

Em relação à Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), essa é uma instituição de assistência, ensino, pesquisa e extensão, e é a única de referência do Estado do Piauí para atendimento à alta complexidade obstétrica e neonatal, gerida pela Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), localizada na Avenida Higino Cunha, 1552, Bairro Ilhotas, na Zona Sul da cidade de Teresina-Piauí, inaugurada em 1975, que tem uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem.

No mês de março de 2017, foram inaugurados 06 leitos da Rede de Atenção Psicossocial na MDER para o atendimento de usuárias com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde como, por exemplo, os decorrentes do uso de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas, que tenham necessidade de internação obstétrica durante o pós-parto, parto e puerpério. A equipe responsável pelo atendimento nesses leitos é formada por uma assistente social, duas enfermeiras, uma psicóloga e um médico psiquiatra.

Outro cenário da pesquisa de campo foi o Hospital Areolino de Abreu (HAA), inaugurado em 1907 com o nome de Asilo dos Alienados, recebendo a denominação atual em 1941, mas apenas em 1968 é transformado em hospital psiquiátrico, prevalecendo na atualidade como um hospital de referência para o Estado e para outros do Norte e Nordeste. Localiza-se na Rua Joe Soares Ferry, número 2420, no Bairro Primavera, na Zona Norte de Teresina, sendo o único serviço pesquisado que não se encontra no território Sul, mas que foi investigado pela sua importância para a política de saúde mental do município, como dito anteriormente.

Atualmente o HAA disponibiliza 160 leitos pelo SUS, distribuídos em 05 unidades de internação integral, também chamados de pavilhões, e 12 leitos que atendem por convênio de saúde ou particular. Além disso, o hospital tem 10 leitos na Unidade de Enfermaria de Curta Permanência (ETAC), para o atendimento de crise grave e aguda, em que o paciente pode ficar por até 72 horas. Também há uma unidade ambulatorial na instituição, que funciona de segunda a sexta, de 7h às 17 horas, atendendo pacientes externos. A instituição conta com assistência multiprofissional nas seguintes áreas: psiquiatria, psicologia, enfermagem, Serviço Social, terapia ocupacional, fisioterapia, educação física, odontologia, nutrição, farmacêutica e educação artística.

Também foram coletados dados nos seguintes serviços da assistência social de Teresina, subordinados à Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI): dois Centros de Referência de Assistência Social – CRAS Sul II e III – e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS Sul.

O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos municípios, tendo por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. O CRAS é, assim, uma unidade da rede socioassistencial de proteção social básica que se diferencia das demais, pois além da oferta de serviços e ações, possui as funções exclusivas de oferta pública do trabalho social com famílias do Serviço de Atenção Integral à Família e de gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica (BRASIL, 2009a).

O CRAS Sul II foi inaugurado no ano de 2005, sendo localizado no Bairro Vila Irmã Dulce, na Avenida Madre Paulina, número 2250, e contando com uma equipe de nível superior composta por 01 assistente social, 01 psicólogo e 01 gerente. Já o CRAS Sul III foi implantado no ano de 2010, está localizado no Bairro Promorar, Quadra 61, número 2050, e tem uma equipe de 02 assistentes sociais, 01 psicólogo e 01 gerente.

O CREAS Sul é um serviço de Proteção Social Especial de média complexidade, inaugurado no ano de 2010 e atualmente está localizado na Rua João Virgílio, número 1414, no Bairro Vermelha.

Como representante da rede informal, foram buscadas informações com membros da Âncora, que é uma Associação de Usuários, Familiares e Pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí, criada no ano de 2001, que vem realizando importantes ações de fortalecimento

ao protagonismo de usuários no Estado, estimulando a participação social e o acesso aos direitos. Como foi mostrado em capítulos anteriores, existem outras redes de usuários e/ou familiares de pessoas com transtornos mentais em Teresina, entretanto, a escolha da Âncora para essa investigação se deu após a pesquisa exploratória, na qual se observou que essa vem realizando, nos últimos anos, uma atuação estratégica na defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no município e no Estado do Piauí.

Como este estudo dá um enfoque especial no Serviço Social, achou-se necessário realizar um levantamento do perfil das/os assistentes sociais participantes da pesquisa, através das entrevistas semiestruturadas, buscando informações como idade, sexo, local de formação, ano de formação, titulação máxima, vínculo institucional e tempo de experiência na saúde mental –esse último apenas aos/às assistentes sociais que atuam na RAPS. O quadro a seguir apresenta a sistematização desse perfil:

Quadro 8 - Perfil dos/as assistentes sociais participantes da pesquisa

Sujeito/ Instituição	Idade	Sexo	Local de formação	Ano de formação	Vínculo institucional
Assistente Social - SUS 1	29	F	UFPI	2009	Efetivo
Assistente Social - SUS 2	29	F	UFPI	2009	Efetivo
Assistente Social - SUS 3	39	F	UFPI	2001	Efetivo
Assistente Social - SUS 4	50	F	UFPI	2008	Efetivo
Assistente Social - SUS 5	29	F	UFPI	2010	Efetivo
Assistente Social - SUS 6	28	F	UFPI	2008	Efetivo
Assistente Social - SUS 7	51	F	UFPI	1993	Efetivo
Assistente Social - SUS 8	42	F	FAR	2012	Contrato
Assistente Social - SUAS 1	30	F	UFPI	2010	Efetivo
Assistente Social - SUAS 2	44	F	UFPI	2003	Efetivo
Assistente Social - SUAS 3	32	F	UFPI	2009	Efetivo
Assistente Social - SUAS 4	41	F	UFPI	2002	Efetivo

Fonte: Pesquisa direta.

Verifica-se que todas as assistentes sociais participantes da pesquisa são do sexo feminino, o que tem relação com a tradição do Serviço Social de ser uma profissão predominantemente marcada pela presença de mulheres, como pontua Iamamoto (2015, p. 64): “trata-se de uma profissão atravessada por relações de gênero enquanto uma composição social predominantemente feminina”.

Em relação ao local de formação, apenas uma das entrevistadas teve sua formação na Faculdade Ademar Rosado, instituição privada de ensino superior localizada em Teresina,

enquanto as demais são formadas pela Universidade Federal do Piauí, cujo curso de bacharelado em Serviço Social é o mais antigo do Estado, tendo sido criado em 1976.

Outro traço predominante no perfil profissional é o vínculo institucional efetivo, mediante aprovação em concurso público, tanto pela Fundação Municipal de Saúde quanto pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – no caso de profissionais que atuam nos serviços de saúde – ou pela SEMCASPI, órgão gestor da Política de Assistência Social em Teresina. O fato de os/as entrevistados/as serem, em maioria, efetivos/as, é um indicativo de estabilidade no trabalho profissional, que pode contribuir para o fortalecimento da autonomia do/a assistente social, na defesa por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, na prestação de serviços de qualidade.

É importante enfatizar que a contratação de profissionais mediante concursos públicos, por si só não significa condições de trabalho adequadas, pois existem outros fatores que influenciam nesse processo, tais como: a estrutura física e os recursos disponíveis na instituição para realização das atividades, o valor salarial pago, quantidade de profissionais suficientes para responder às demandas, dentre outros.

Acerca da titulação, das 12 assistentes sociais participantes da pesquisa, 03 são mestre em Políticas Públicas pela UFPI, 07 são especialistas e 02 têm como titulação máxima o bacharelado em Serviço Social. É pertinente evidenciar que as três profissionais com mestrado trabalham na saúde mental e realizaram sua pesquisa de dissertação em temas relacionados à área. Esses dados são relevantes, tendo em vista que Iamamoto (2015) defende a importância do conhecimento e da contínua capacitação do assistente social para um trabalho qualificado por parte desse profissional, de forma a contribuir para a leitura e a compreensão da realidade de forma crítica.

Outra informação coletada aponta as idades das entrevistadas, que varia entre 28 a 51 anos, e o tempo que estão formadas vai de 06 a 25 anos. Em relação às profissionais que trabalham na RAPS, foi questionado sobre seu tempo de experiência na saúde mental, que varia entre 03 a 22 anos.

Após essa contextualização acerca dos cenários e os participantes da pesquisa, o próximo tópico vai apresentar os resultados da pesquisa de campo, com o objetivo de refletir sobre a materialização da intersetorialidade na Política de Saúde Mental de Teresina.

6.2 A intersetorialidade na Política de Saúde Mental na Zona Sul de Teresina: análises a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais

Esse tópico visa analisar a materialização da intersectorialidade na Política de Saúde Mental em Teresina, a partir das articulações entre RAPS, rede socioassistencial e redes informais da Zona Sul, com base na atuação de assistentes sociais. Assim, vai apresentar os resultados da pesquisa de campo, tomando por base as entrevistas semiestruturadas, as discussões do Grupo Focal, as observações feitas com registro no diário de campo e a leitura dos documentos institucionais.

Para facilitar a exposição e análise das informações, esse tópico foi estruturado em três partes, de acordo com os objetivos específicos dessa investigação. O primeiro subitem, intitulado **“O perfil dos usuários da RAPS e as demandas de natureza intersectorial”**, visa responder a dois objetivos: identificar as demandas postas por usuários e/ou seus familiares aos assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina-PI que requerem articulação intra e/ou intersectorial com outros serviços da RAPS, com a rede socioassistencial e/ou com redes sociais informais; mapear as demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares nos serviços da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI que foram encaminhadas por assistentes sociais da RAPS.

O segundo subitem, denominado **“Respostas, articulações e estratégias para viabilizar o atendimento às demandas intersectoriais”**, abrange a discussão de três objetivos específicos da pesquisa: caracterizar as principais ações, atividades e intervenções de natureza intersectorial realizadas pelos assistentes sociais da RAPS da Zona Sul de Teresina-PI, em conjunto com a rede socioassistencial e as redes sociais informais; verificar os principais encaminhamentos e respostas oferecidas pelos/as assistentes sociais que atuam na RAPS e na rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI às demandas intra e intersectoriais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares; e averiguar até que ponto as assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina-PI estabelecem parcerias e incentivam o envolvimento/participação de usuários e/ou familiares em redes sociais informais.

No último subitem, intitulado **“Limites e possibilidades para a implementação da intersectorialidade”**, objetiva-se refletir sobre os desafios, os limites e as perspectivas para o fortalecimento da intersectorialidade na política de saúde mental de Teresina-PI, especificamente entre a RAPS, rede socioassistencial e redes sociais informais da Zona Sul na atualidade.

6.2.1 O perfil dos usuários da RAPS e as demandas de natureza intersectorial

A Política de Saúde Mental brasileira oferta cuidado integral e universal através da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme analisado nos

capítulos anteriores. Isso significa que toda pessoa com transtorno mental, independente de classe, sexo, raça/etnia ou idade, pode ser atendida nos diversos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

A identificação do perfil dos usuários atendidos nos serviços de saúde mental é essencial para compreender as necessidades postas por esses sujeitos que demandam articulação com outras políticas sociais e serviços em geral. Nessa direção, esse foi um dos aspectos questionados nas entrevistas com assistentes sociais que atuam na RAPS de Teresina, sobretudo na Zona Sul.

Apesar de a pesquisa ter sido realizada em diferentes dispositivos da RAPS – que foram os CAPS, SRT, NASF, HAA e MDER – que têm suas particularidades em relação ao público atendido, no entanto, os depoimentos indicaram a prevalência do perfil de usuários com baixas escolaridade e renda, como é possível constatar nos trechos a seguir:

Os nossos usuários são pessoas com escolaridade de fundamental incompleto, de baixa renda, grande parte beneficiária da LOAS, tem o BPC (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1⁴⁷).

São pessoas de nível de escolaridade baixa, alguns sabem só assinar o nome, outros nem isso. Em sua maioria eles são desempregados, não tem trabalho fixo, até por conta do tratamento e angariando sempre um benefício sócioassistencial pra poder manter a família (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

O nosso público é caracterizado pela baixa renda, é de pessoas com vulnerabilidade social. A maioria do nosso público é caracterizado dessa forma, são pessoas que, em geral, ganham um salário mínimo ou menos, com nível de instrução nível básico mesmo, ensino médio aqui é coisa mesmo que a gente já fica espantado, infelizmente (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

O nosso usuário é aquele usuário de baixa renda, perfil sócioeconômico mais baixo, com menor poder aquisitivo, dependentes de benefícios sociais, de bolsa família, BPC. Mas isso não impede que aqui, acolá, vez ou outra, você não encontre pessoas com outro perfil social, em outra classe social, né. A escolaridade, geralmente são pessoas de baixa escolaridade também, a gente observa isso pelas atividades que a gente realiza, a dificuldade de leitura, de compreensão que eles têm, mas muitos sabem ler, outros não, tem mais dificuldade (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

Os depoimentos revelam as expressões da questão social que permeiam os usuários desses serviços de saúde, tais como pobreza, baixa escolaridade, desemprego, dentre outros, que têm suas raízes nas desigualdades inerentes ao modelo capitalista. É justamente na questão social que o Serviço Social encontra o seu objeto ou matéria-prima de trabalho, pois, conforme Iamamoto (2015), é ela que provoca a necessidade de intervenção desse/a profissional em suas

⁴⁷ Os nomes das participantes da pesquisa foram preservados, respeitando os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, preservando os sujeitos e respeitando sigilo – de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi apresentado aos mesmos.

múltiplas determinações, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações cotidianas. Entretanto, na fala das assistentes sociais participantes da pesquisa não houve, de forma geral, uma associação direta entre o perfil dos usuários e a questão social, o que indica que essas profissionais, muitas vezes, não têm clareza do seu objeto de trabalho.

Assim, nos trechos anteriores das entrevistas de assistentes sociais que atuam na RAPS, buscou-se analisar o perfil dos usuários atendidos nesses serviços que, apesar de suas especificidades, todos pertencem à Política de Saúde. Nesse sentido, foi possível constatar que tais serviços, embora façam parte do SUS e, portanto, sejam públicos e universais, podendo ser acessados por toda e qualquer pessoa, independente da classe social, neles há um predomínio de usuários em condições de vida precárias, perpassados por múltiplas determinações da questão social.

Esse aspecto foi discutido em capítulos anteriores, quando se analisou os impactos do neoliberalismo nas políticas sociais, sobretudo na Política de Saúde, que fez com que, na prática, a ideia da saúde enquanto direito universal não fosse concretizada efetivamente, gerando o que Vianna (2011) denominou de universalidade excludente, na medida em que reduz o sistema público de saúde a um atendimento “pobre e para pobres”. Para Behring e Boschetti (2011), tal fato remete à visão imposta pelo ideário neoliberal, que gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos bens e serviços, levando também a uma diminuição da credibilidade dos serviços públicos, que ficam cada vez mais sucateados.

Essa perspectiva é reafirmada por Rosa (2015), que defende que apesar de a saúde ser dever do Estado e garantida como um direito universal de todos os cidadãos brasileiros, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, os usuários dos dispositivos da saúde pública no país são comumente os segmentos mais empobrecidos da população, que não podem acessar certos serviços pela via do mercado, denominados pela autora de “SUSdependentes”.

Ao se tratar dos dispositivos de saúde mental, essa questão é acentuada, na medida em que as pessoas que buscam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial sofrem com o transtorno mental aliado a uma série de expressões da questão social, como a pobreza, a baixa escolaridade, o desemprego ou emprego precário, a ausência de moradia digna, a violência, o abandono familiar, dentre outros citados pelas participantes da pesquisa. Essas situações demandam uma atenção integral, para além da assistência à saúde mental em si, perpassando as diversas políticas sociais, conforme se observa no depoimento a seguir:

Essas pessoas que chegam, a primeira demanda delas tem relação com o transtorno mental, mas eles apresentam outras demandas, como demanda para os serviços da

RAPS, demanda também para os serviços socioassistenciais, os CRAS, os CREAS, né. Os CRAS no caso é passe livre, é BPC. Então assim, eles demandam também essas necessidades (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

Eles trazem todo tipo de demanda, um passe livre que é uma demanda pra rede socioassistencial. Eles trazem a demanda de moradia, de habitação, eles vão trazer demanda de transporte, de alimentação, essas demandas mais sociais (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Nos trechos acima as assistentes sociais destacam demandas postas por pessoas com transtornos mentais à rede socioassistencial, tais como CRAS e CREAS, o que reitera a importância desse estudo ter como foco de análise a articulação entre Política de Saúde Mental e Assistência Social. Além das demandas que envolvem articulação com o SUAS, a segunda entrevista também traz a moradia, o transporte e a alimentação como demandas que também são postas por usuários e que necessitam, portanto, de respostas de natureza intersetorial.

A partir da identificação do perfil dos usuários que são atendidos pelos dispositivos da RAPS foi possível verificar que esses sujeitos chegam até o serviço em busca de assistência à saúde mental, mas que, aliada a essa necessidade, emergem demandas relacionadas a outras necessidades sociais, decorrentes das expressões da questão social que permeiam a vida dessas pessoas e que demandam articulação com outros serviços, órgãos ou políticas sociais.

Cabe lembrar que essa realidade está em consonância com o conceito ampliado de saúde, defendido pela Reforma Sanitária brasileira, previsto na Constituição Federal e reafirmado na Lei Orgânica de Saúde, de nº 8.080/90, que assegura que a saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). Essa concepção rompe com o conceito anterior, que via a saúde apenas como ausência de doenças, de forma que passa a ser relacionada com a garantia das condições básicas de existência da população, que conformam o conjunto dos determinantes e condicionantes da saúde. Isso implica que as precárias situações de vida da população e o aprofundamento das desigualdades sociais vão ter impactos no agravamento das condições de saúde – cuja solução extrapola as competências exclusivas da política de saúde vigente no Brasil, exigindo uma atuação intersetorial (COSTA, 2010).

Nessa perspectiva, Machado (2009) defende que a pobreza, o desemprego, a violência e as demais expressões da questão social que assolam inúmeros brasileiros – e que têm em suas raízes o próprio sistema capitalista – são elementos que impactam no processo de adoecimento psíquico dos indivíduos. Por isso, a realização de articulações intersetoriais é imprescindível para suprir as necessidades sociais básicas que afetam direta ou indiretamente a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Ademais, é necessário lembrar que em sua atuação na saúde, o/a assistente social tem como desafio identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que atravessam o processo saúde-doença vivenciado pelos usuários e seus familiares, mobilizando estratégias para o enfrentamento dessas questões (MATOS, 2013). Nessa direção, são muitas as demandas de natureza intersetorial postas a essas profissionais no âmbito do SUS, como se pode verificar nos trechos a seguir:

Muitas, muitas demandas intersetoriais, para CREAS, no que se refere a violação dos direitos. [...] Outra demanda muito recorrente, muito frequente é o passe livre municipal, que a gente faz encaminhamento pro CRAS. E agora tá sendo muito procurado por eles também o passe livre cultura, tá sendo muito procurado, todo dia a gente faz atendimento pra encaminhamento de passe livre cultura, que agora é junto a SASC. O passe livre interestadual também a gente tem muita demanda. [...] Também tem demanda junto ao INSS, aqui a gente tem uma boa relação com a Assistente Social do INSS, vez ou outra eu tô em contato com ela [...] Ah! A gente tem essa articulação com a SDU Sul, tem usuários que têm situação de bastante vulnerabilidade nessa questão de habitação (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

A demanda intersetorial, a maior parte dela está relacionada com os benefícios, Passe Livre intermunicipal, interestadual, o BPC ou então algum benefício previdenciário que a gente precisa tá articulando com o INSS, e as questões de violência e negligência familiar também, que a gente precisa acionar o Ministério Público, ver com o CRAS possibilidade de discussão de caso, acionar o CREAS (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

As demandas são as mais diversas, né. Porque vai desde uma orientação sobre BPC, orientação sobre atendimentos clínicos, né, sobre outros atendimentos, sobre o Bolsa Família e aí já entra a parte do CRAS, que a gente também se envolve com isso, né. Também tem demanda de educação, a gente faz encaminhamento até pra escola, porque a mãe tem que se ausentar pra cuidar dos outros filhos porque tem aquele filho doente, tem aquele filho e foca só naquele filho e esquece os outros, as crianças vão pra rua, é abandono, como já aconteceu aqui. Então, a gente já articulou o CREAS, articulou o CRAS pra situação daquela família, então são diversas, né. Mas diariamente é mais é sobre benefício, sobre o BPC, a maioria (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

Nos depoimentos, é possível constatar que as demandas de natureza intersetorial postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares às assistentes sociais que atuam na RAPS são diversas, envolvendo: situações de violação de direitos, que requerem acionar o CREAS, o Ministério Público e outros órgãos do sistema judiciário; Passe-Livre, que revelam a necessidade do transporte e requerem articulação com o CRAS ou com a SASC; benefícios previdenciários, que envolvem o INSS; Benefício de Prestação Continuada (BPC), que necessitam de articulação tanto com o CRAS quanto com o INSS; educação, demandando articulação com escola ou outras instituições educacionais; situações de habitação precária, necessitando articulação com a Superintendência de Desenvolvimento Urbano (SDU), dentre outras.

De modo geral, as demandas de natureza intersetorial postas por pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares as às assistentes sociais que atuam nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial perpassam diversas expressões da questão social inerentes às condições básicas de sobrevivência desses sujeitos, relacionadas a questões de renda, transporte, trabalho, alimentação, habitação, educação, cultura, lazer e violência.

A análise dos depoimentos nas entrevistas e na discussão do grupo focal revela que os setores e as instituições que se articulam com os dispositivos da RAPS da Zona Sul para responder às demandas interssetoriais dos usuários e familiares são:

Quadro 9 - Setores e serviços que se articulam com a RAPS da Zona Sul de Teresina-PI

SETOR	INSTITUIÇÃO
Assistência Social	CRAS; CREAS; Centro Pop ⁴⁸ ; Centros de Convivência; Conselho Tutelar; Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania (SASC); Secretaria Estadual de Inclusão da Pessoa com Deficiência (SEID);
Previdência Social	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
Habitação	Superintendência de Desenvolvimento Urbano (SDU); Agência de Desenvolvimento Habitacional do Piauí (ADH);
Educação e Profissionalização	Escolas; Fundação Wall Ferraz (FWF); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC); Movimento pela Paz na Periferia ⁴⁹ (MP3);
Sociojurídico	Defensoria Pública; Ministério Público; Tribunal de Justiça;
Trabalho e geração de renda	Sistema Nacional de Emprego (SINE);

Fonte: Pesquisa direta.

O quadro acima apresenta os setores e as instituições que se articulam com os serviços da RAPS do território Sul de Teresina, de forma a responder às demandas interssetoriais postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares. Cabe assinalar que, muitas vezes, as demandas apresentadas são complexas e envolvem a articulação simultânea com diferentes setores, sendo necessário mobilizar várias políticas sociais e instituições, até que tenham suas necessidades respondidas.

⁴⁸ O Centro Pop é uma unidade pública da Política de Assistência Social, voltada para o atendimento especializado à população em Situação de Rua, realizando atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011c).

⁴⁹ O Movimento Paz na Periferia (MP3) é uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, criada em 2004, localizada na Zona Sul de Teresina, que promove a inclusão sociocultural de jovens em situação de risco, assim como de suas famílias, através da realização de ações nas áreas da cultura, educação e esporte, como cursos de capacitação profissional, produção e divulgação de cursos, oficinas, eventos e campanhas (PORTAL MP3, 2018). Mais à frente, nesse capítulo, será explicitado como ocorre a articulação entre os serviços da RAPS e o MP3.

As demandas no campo da assistência social foram as mais destacadas nos depoimentos, relacionadas às necessidades sociais básicas dos indivíduos e suas famílias e também envolvendo situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do SUAS. Convém lembrar que a assistência social é uma política de Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos sociais e tem como objetivos a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, conforme previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, foram entrevistadas assistentes sociais que atuam em CRAS e CREAS da região Sul, e foi questionado acerca das demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares que chegam até esses serviços:

Eles chegam pedindo benefícios, querendo o Passe Livre ou então que querem se aposentar, né. Eles não sabem como é, aí eu vou perguntar se ele já teve algum vínculo empregatício, se pagava previdência, se não, eu faço, eu explico o que é o BPC, né, e faço o encaminhamento, porque agora pra dar entrada no BPC tem que fazer o cadastro do CadÚnico. [...] Então, tem muito essa demanda de Passe Livre e benefícios (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 1).

Tem muita demanda de benefício, de BPC, de Bolsa Família, de Passe Livre. Alguns vêm encaminhados direto do CAPS, mas outros é demanda espontânea, ele ouviu em algum lugar que tinha direito e veio aqui perguntar (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 2).

Nos depoimentos acima, as assistentes sociais que trabalham em CRAS afirmam que as demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares chegam até o serviço principalmente na busca por informações e acesso a benefícios socioassistenciais, tais como BPC, Bolsa Família e Passe-Livre. Assim, as demandas do CRAS têm relação com as situações de vulnerabilidade e risco sociais vivenciadas por esses sujeitos, tendo em vista que esse é um serviço de Proteção Social Básica do SUAS destinado à população “que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos” (BRASIL, 2005a, p. 33).

Destarte, verifica-se que as principais demandas postas por pessoas com transtornos mentais aos serviços da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina se referem a orientações e encaminhamentos para acesso a benefícios socioassistenciais, como BPC, Bolsa Família e Passe Livre. As assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS também reiteraram isso:

Tem muita demanda sobre benefício, né. A gente orienta a família sobre como adquirir os benefícios e outros serviços, a gente orienta sobre a rede socioassistencial de um modo geral, né, sobre o CRAS, sobre o BPC (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

A demanda dos CRAS é principalmente a questão dos benefícios. Agora o BPC tem que ter o cadastro único no CRAS, eles estão ficando com os formulários, então a gente também aproximou muito o vínculo nessa questão do transtorno mental depois dessa obrigação de pra ter o BPC tem que ter o CadÚnico (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

A gente tem um bom relacionamento com o CRAS, fica bem aqui perto, na rua de trás, dá pra ir a pé. As assistentes sociais de lá já conhecem a gente, já conhecem os moradores da residência. E nós conseguimos o cartãozinho do Passe Livre pra eles (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

Assim, é frequente nos depoimentos das assistentes sociais da RAPS e da rede socioassistencial a questão da demanda desse público pelo acesso a benefícios socioassistenciais. Isso revela as precárias condições de vida e sobrevivência vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que são usuários do SUS e SUAS, principalmente no que diz respeito à pobreza e às condições materiais e sociais de sobrevivência.

Os benefícios socioassistenciais constituem garantias da proteção social na condição de direitos a serem assegurados pela Política de Assistência Social, para a preservação, segurança e respeito à dignidade de todos os cidadãos. Esses benefícios são essenciais, na medida em que a assistência social opera na proteção aos riscos e vulnerabilidades e sabe-se que grande parte da população brasileira vive em precárias condições de vida, o que significa que a oferta de provisões materiais – mas não apenas – resulta em graus crescentes de segurança social aos cidadãos, diante de desproteções sociais vivenciadas (BRASIL, 2013). Dessa forma:

Os benefícios, continuados ou eventuais, constituem a forma pela qual a assistência social é reconhecida, sem dúvida, pela extensão de sua cobertura e por terem promovido determinado patamar de mudanças em condições de vida da população. Integram organicamente as garantias do SUAS, como direito dos cidadãos e das famílias (BRASIL, 2013, p. 39-40).

Cabe lembrar que o SUAS prevê a garantia de segurança, de renda, de acolhida, ao desenvolvimento de autonomia, ao convívio familiar, comunitário e social, e de apoio e auxílio. A concessão de auxílios financeiros e benefícios continuados se relacionam à segurança de renda, voltado aos cidadãos não incluídos no sistema contributivo de proteção social, ou seja, que não contribuem para a Previdência Social, pois apresentam vulnerabilidades decorrentes do ciclo de vida e/ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Já os benefícios eventuais⁵⁰ são voltados para garantir a segurança de apoio e auxílio para a família e/ou

⁵⁰ Segundo o Decreto Federal nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007, os benefícios eventuais são provisões suplementares e provisórias, prestadas aos cidadãos e as famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública (BRASIL, 2007a). Teresina também dispõe de legislação municipal a respeito dos benefícios eventuais, Lei nº 4.916/2016, entendidos como benefícios, no âmbito da

indivíduos que estão em situação de riscos circunstanciais e, por isso, necessitam de auxílios em bens materiais em pecúnia, em caráter transitório (BRASIL, 2012). Assim, dentre os benefícios socioassistenciais previstos na LOAS estão o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e os benefícios eventuais.

O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2007b).

Para tal, esse benefício assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Por impedimento de longo prazo, entende-se aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo período mínimo de 2 anos. Ademais, a concessão do BPC está aliada à comprovação, tanto da pessoa com deficiência quanto do idoso, de que não possuem meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Nesse sentido, tem-se a condicionalidade de renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do salário-mínimo (BRASIL, 1993; BRASIL, 2007b).

O referido benefício é implementado, coordenado, regulado, financiado, monitorado e avaliado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário, atual órgão gestor da política de assistência social. Contudo, cabe ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a sua operacionalização, incluindo o reconhecimento do direito e a concessão, o que leva alguns usuários a confundirem o benefício assistencial com aposentadoria. Assim, para receber o BPC o usuário deve estar com cadastro atualizado nos últimos dois anos no CadÚnico⁵¹, que é feito

Política de Assistência Social, de caráter complementar e temporários, prestados aos cidadãos e às famílias com impossibilidade de arcar, por conta própria, com o enfrentamento de contingências sociais, cuja ocorrência provoca riscos e fragiliza a manutenção do indivíduo e da unidade familiar, sendo que serão concedidas em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

⁵¹ O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. A partir de 2003, o Cadastro Único se tornou o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado, obrigatoriamente, para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, do Programa Minha Casa Minha Vida, entre outros. Também pode ser utilizado para a seleção de beneficiários de programas ofertados pelos governos estaduais e municipais. Por isso, ele funciona como uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas (BRASIL, 2007c).

no CRAS do seu território, e só após isso pode ser realizada a requisição do benefício junto às agências da Previdência Social que, no caso da pessoa com deficiência, deve passar por uma avaliação médica e social, realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo Serviço Social do INSS (BRASIL, 2007b).

A avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, a avaliação médica considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e ambas considerarão a limitação do desempenho e a restrição da participação social, segundo suas especificidades (BRASIL, 2007b, s/p).

Dessa forma, a avaliação da pessoa com deficiência, que é uma exigência para determinar o direito ao benefício, deve levar em consideração o grau de incapacidade dos requerentes, a partir de uma análise biopsicossocial que relaciona diferentes aspectos da saúde: biológico, individual e social. Isso é considerado um avanço, tendo em vista que, tradicionalmente, a concepção de deficiência era restrita à análise biomédica (MACAMBIRA, 2016).

Observa-se que as normativas que tratam do BPC não fazem menção direta a pessoas com transtorno mental, referindo-se, no geral, à pessoa com deficiência mental ou intelectual e com impedimentos em longo prazo – que é considerado o período de pelo menos dois anos. A discussão a respeito de o transtorno mental ser ou não considerado uma deficiência mental ou intelectual, e, portanto, ter direito a receber esse e outros benefícios voltados à pessoa com deficiência é frequente. E em torno desse debate existe a discussão de que, independentemente de ser ou não considerada deficiente, nem toda pessoa com transtorno mental tem impedimentos de longo prazo e, portanto, não se enquadra como público-alvo dessa legislação e de outras. Essa não especificação direta dá margem a uma leitura ambígua – e muitas vezes equivocada – da legislação, fazendo com que haja a justificação de que a pessoa com transtorno mental não tenha direito ao benefício, uma vez que não atende às condicionalidades exigidas pela normativa.

Em vista disso, Macambira (2016) salienta que a exigência de que a deficiência/doença perdure por no mínimo dois anos, como um dos critérios para obtenção do benefício, têm impedido o acesso de muitos solicitantes, sobretudo de pessoas com transtornos mentais que, muitas vezes, têm uma estimativa para melhora da sua doença/deficiência em prazo inferior ao exigido para concessão do BPC, principalmente no que diz respeito à saída da situação de crise aguda. Contudo, a autora destaca:

A realidade tem mostrado que pessoas com transtorno mental e em uso de psicotrópicos, embora sejam consideradas estáveis psiquicamente e aptas para o

trabalho após a realização de Avaliação Social e Perícia Médica, enfrentam dificuldade para participar de cursos de profissionalização e treinamento, bem como para obter acesso e/ou permanecer no mercado de trabalho, se integrar à sociedade, em função das limitações psicológicas, da própria insegurança emocional, do preconceito da sociedade e do estigma relacionado ao transtorno mental (MACAMBIRA, 2016, p. 89).

Compreendendo isso, evidencia-se a necessidade de o poder público repensar os critérios e condicionalidades que permitam o acesso a esse e a outros benefícios ao público com transtorno mental, tendo em vista as dificuldades enfrentadas por esse segmento populacional, não apenas para inserção no mercado de trabalho, mas em diversos setores da sociedade.

Nesse sentido, cabe destacar que, segundo Basaglia (1985), historicamente o “louco” foi considerado perigoso para si e para a sociedade, adquirindo uma condição estigmatizante que levou à diminuição do seu valor social, ao não ser considerado uma pessoa produtiva para o capitalismo. Essa questão ainda perdura nos dias atuais, como pode ser observado no depoimento a seguir:

Ele quer o benefício, né, mas às vezes ele não tem o perfil, ele não tem acesso, não tem direito ao BPC. E eles também não pagam previdência, dificilmente você vê um usuário que paga previdência, porque não tem condição, por que não trabalha. Aqui e acolá a gente vai ver algum que trabalha com carteira assinada, mas é raro. E às vezes ainda passam por situação de desemprego, perde o emprego durante uma crise ou coisa parecida. Acontece muito das empresas botarem pra fora porque adoeceu (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

Como foi mostrado anteriormente, há concordância na fala das assistentes sociais entrevistadas em relação ao predomínio de usuários com baixa renda sendo atendidos pela RAPS, o que tem relação com a questão do desemprego e a dificuldade de inserção no mercado do trabalho, conforme demonstra o depoimento acima. Essa concepção é reiterada por Machado (2009, p. 81), que afirma que a “[...] a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi, e continua a ser composta por pessoas em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho”.

Essa questão também foi destacada na entrevista por um membro da gestão:

Nós aqui da Gerência de Saúde Mental [...], que fazemos a supervisão e monitoramento da rede de todo o Piauí, que conhecemos os profissionais e as realidades *in loco* dos municípios, a gente sabe as realidades precárias de renda, de trabalho, de emprego desses usuários. [...] São pessoas que querem se inserir no mercado de trabalho, mas o preconceito, o estigma, ainda são muito grandes (GESTÃO 2).

Os achados da pesquisa evidenciam a dificuldade de inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, o que, para Rosa (2009), tem relação com o seu diagnóstico,

que traz uma marca negativa para o indivíduo, que já carrega, historicamente, o “emblema” de perigoso e incapaz para o trabalho.

Esse aspecto também foi ressaltado pela assistente social a seguir:

Ainda existe a manutenção do estigma, do preconceito e da discriminação da pessoa que vive com o transtorno mental. Vamos pra área do trabalho, por exemplo. O SINE, nós já fomos lá algumas vezes, a assistente social disse pra mim que recebe as pessoas que eu levo com transtorno mental, só que as empresas dizem pra ela: oh, não manda deficiente mental não! Isso é a intersetorialidade com o setor trabalho. Resumindo: os três comportamentos que é o estigma, o preconceito e a discriminação, isso é um grande desafio (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

O depoimento reitera as dificuldades de inserção do segmento com transtorno mental no mercado de trabalho. O trecho acima expõe sobre o Sistema Nacional de Emprego (SINE), que é coordenado, em nível Nacional, pela Secretaria de Políticas de Empregos e Salário, tendo como meta a organização do mercado de trabalho em todos os Estados. No Piauí, esse programa é administrado pela Secretaria Estadual do Trabalho e Empreendedorismo (SETRE), que realiza alguns serviços como: informações e orientação sobre o mercado de trabalho, intermediação de mão de obra, seguro-desemprego, qualificação de mão de obra, apoio ao trabalho autônomo e expedição de Carteira de Trabalho e Previdência Social. Além disso, o SINE realiza um atendimento diferenciado aos trabalhadores com algum tipo de deficiência e as demandas dos órgãos empregadores para esses, possuindo um banco de trabalhadores inscritos contendo todas as tipologias de deficiência (MARANHÃO, 2018).

Nesses termos, a entrevistada anterior afirma que o SINE realiza o cadastro de pessoas com transtorno mental com o objetivo de inseri-las no mercado de trabalho, no entanto, os próprios órgãos empregadores têm resistência em incluir esse público nas vagas de trabalho ofertadas, devido à questão do estigma e preconceito que ainda prevalece em torno do “louco” e da “loucura”.

O fato de as pessoas com transtornos mentais terem dificuldade de se inserirem e manterem no mercado de trabalho – seja em decorrência das incapacidades e sequelas da própria doença mental, seja devido ao estigma e ao preconceito que permeiam a condição de “louco” – gera uma espiral de pobreza em torno desses sujeitos. Isso ocorre por que essas pessoas estão inseridas em uma sociedade capitalista e, portanto, sofrem com as dificuldades de sobrevivência em um Estado a serviço, em última instância, dos interesses desse tipo de sociedade, que exclui e marginaliza aqueles que considera “inúteis” para o processo de produção e reprodução do capital através do trabalho, nos quais se incluem os sujeitos com transtornos mentais.

Frazão (2007) defende que o indivíduo excluído do mercado de trabalho não é privado apenas do emprego, mas dos meios para participar da sociedade capitalista, da produção, reprodução social e consumo, do seu próprio bem-estar social, econômico, material e cultural. Privação essa, em sentido amplo, que contribui para o empobrecimento da pessoa atingida e, conseqüentemente, do seu grupo familiar.

Sabe-se que, na sociedade capitalista, a reprodução da própria vida tem como única alternativa a venda da força de trabalho e o salário como meio de acesso aos bens e serviços necessários à subsistência, através do mercado. Segundo Mota (2010), tem-se vivenciado o crescimento do desemprego e a impossibilidade de o Estado capitalista garantir o direito ao trabalho, conformando um exército industrial de reserva que é do interesse do próprio capitalismo. Isso tem gerado a ampliação do campo de ação da assistência social que, cada vez mais, passa a ter como clientela os pobres, os miseráveis, os inaptos para produzir e os desempregados (MOTA, 2010).

Em vista disso, cada vez mais tem se colocado para a Política de Assistência Social a demanda pelo atendimento daqueles que aparentemente “não existem para o capital”: o trabalhador parado, o que não possui vínculo formal, o desempregado, o indigente, os que não têm mais espaço no mercado de trabalho (SPOSATI, 1995). Assim, as pessoas com transtornos mentais, ao lado dos idosos, dos deficientes, dentre outros que não são “úteis” para o capital, passam a fazer parte da significativa parcela da população que necessita da Política de Assistência Social para sobreviver.

Isso explica a crescente demanda de pessoas com transtornos mentais – que tem constatada dificuldade de se inserir no mercado de trabalho – à Política de Assistência Social, principalmente no que se refere à busca pelo acesso a benefícios socioassistenciais, como foi constatada na realidade pesquisada. Também demonstra que muitas dessas questões postas para a assistência social não podem ser efetivamente respondidas por ela, pois são consequência do próprio sistema capitalista.

A respeito disso, Lima (2017) realizou um levantamento do perfil socioeconômico dos usuários ativos do CAPS II Sul de Teresina no ano de 2017, verificando que dos 473 usuários ativos, apenas 09 tinham emprego com carteira assinada, o que corresponde a 2% do total. Essa questão tem consequências na renda familiar desse indivíduo e de sua família, sobretudo no que se refere ao empobrecimento desses sujeitos, o que também foi analisado no CAPS II Sul, de forma que cerca de 28% das pessoas que faziam tratamento em 2017 viviam com até 1 salário mínimo, enquanto 26% tinham renda entre 1 e 2 salários, além de 9% desse público afirmar não ter renda para sobreviver. Nesse mesmo cenário, apenas 36% dos usuários recebiam algum tipo

de benefício, seja BPC, Bolsa Família ou outro, o que é inquietante ao se constatar o expressivo índice de pobreza e desemprego desses sujeitos.

Esses dados evidenciam que, associada à condição de “louco”, a pessoa com transtorno mental e sua família convivem com uma série de expressões da questão social, como a pobreza e o desemprego, o que explica as demandas intersetoriais postas às assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS serem, no geral, relacionadas à Política de Assistência Social, especialmente no que se refere à concessão de benefícios socioassistenciais.

Segundo Raichelis (2000), a pobreza se expressa não apenas pela exclusão do mercado de trabalho, mas também pela ausência do acesso a serviços sociais públicos necessários ao processo de reprodução social. Assim, a dificuldade de acessar bens e serviços deteriora ainda mais as condições de vida dos setores mais empobrecidos da sociedade brasileira, o que implica que não deve ser apenas a Política de Assistência Social a responsável pelo atendimento a essas questões, requerendo respostas também das políticas de trabalho, previdência social, educação, geração de renda, habitação, cultura, lazer, dentre outras.

Os achados da pesquisa apontam o BPC como uma demanda frequente de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares, tanto as assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS quanto da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina. Essa é uma demanda que envolve as Políticas de Assistência Social e Previdência Social, na medida em que o usuário solicita o benefício no INSS mas, para recebê-lo, necessita estar com cadastro atualizado no CadÚnico, que é feito no CRAS.

Nessa direção, Macambira (2016) afirma que há um crescimento da demanda pelo BPC por pessoas com transtornos mentais no Piauí:

Do total de 43.452 benefícios BPC mantidos para pessoas deficientes no estado do Piauí, 14.035 correspondem a deficientes classificados na Letra F da CID (Transtornos Mentais e Comportamentais), ou seja, aproximadamente 32% dos benefícios assistenciais concedidos a deficientes são destinados as pessoas com transtornos mentais (MACAMBIRA, 2016, p. 88).

O fato de grande parte do segmento populacional que tem transtorno mental que busca atendimento nos serviços públicos de saúde mental e de assistência social do território Sul de Teresina ser advindo de classes sociais mais vulneráveis e que, no geral, encontra-se na situação de desemprego ou emprego precário, explica a importância do BPC para esses sujeitos, “assegurando o seu sustento, favorecendo o acesso às políticas sociais, à conquista de sua autonomia e autoestima, proporcionando tratamento adequado de saúde e melhoria de sua qualidade de vida” (MACAMBIRA, 2016, p. 93).

É pertinente destacar que apenas o BPC ou outros benefícios socioassistenciais, por si só, não vão solucionar a problemática da pobreza e da desigualdade social que assola inúmeras famílias brasileiras, pois essas questões são inerentes ao modelo capitalista e a sua forma de estruturação no Brasil. Entretanto, é inegável que os benefícios e serviços no âmbito do SUAS têm assumido um papel estratégico na garantia de condições mínimas de sobrevivência a uma parcela significativa da população no país.

Ademais, é necessário ficar atento para não restringir a Política de Assistência Social à concessão de benefícios socioassistenciais, fazendo com essa assumam uma perspectiva meramente compensatória, emergencial e residual, afastando-se da sua perspectiva de política de proteção social e mediadora de direitos sociais, o que só pode ser feito em articulação com as demais políticas sociais, sobretudo as que compõem a Seguridade Social e as ligadas à questão de renda e trabalho.

Defende-se que o crescimento de demandas intersetoriais voltadas ao SUAS, sobretudo no que diz respeito à concessão de benefícios, tem relação com o adensamento da questão social no país, que tem no desemprego e na precarização das relações de trabalho sua mais grave expressão na atualidade, segundo Iamamoto (2015). Nessa direção, cabe assinalar que em 2018, há um total de 13,7 milhões de brasileiros desempregados, o que corresponde a um percentual de 13,1% da população com idade economicamente ativa no país. No Piauí, essa realidade é ainda maior, já que apresenta uma taxa de 13,5% de desemprego, o que significa 192.000 piauienses sem emprego no segundo trimestre deste ano (IBGE, 2018c).

Em tal cenário, Iamamoto (2015) afirma que se vivencia um desemprego estrutural, que é a raiz de uma nova pobreza:

Atualmente, segmentos cada vez maiores da população tornam-se sobrantes, desnecessários. Essa é a raiz de uma nova pobreza, cuja força de trabalho não tem preço, porque não tem mais lugar no mercado de trabalho. [...] São estoques de força de trabalho “descartáveis” para o mercado de trabalho, colocando em risco para esses segmentos a possibilidade de defesa e reprodução da própria vida (IAMAMOTO, 2015, p. 33).

Dessa forma, o desemprego aparece como uma expressão da questão social que afeta parcela significativa da população e, conseqüentemente, também afeta o segmento de sujeitos com transtornos mentais, como discutido anteriormente, que tem uma dificuldade ainda maior de se inserir no mercado de trabalho. Em vista disso, a questão do trabalho e da geração de renda são demandas intersetoriais postas pelos usuários dos serviços de saúde mental de Teresina, principalmente no que se refere à necessidade da inserção em cursos

profissionalizantes e capacitações para o mercado de trabalho, como é possível perceber nos trechos abaixo:

Tem muita demanda aqui para capacitação, por que eles querem trabalhar, eles querem se capacitar pra se inserir no mercado de trabalho, principalmente pra melhorar a questão da renda dele e da família. Aí a gente já fez parceria com a Fundação Wall Ferraz nesse sentido, em busca de capacitação pra esses usuários (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

A gente tem muito usuário do CAPS inserido em curso de capacitação, que busca se qualificar. Tem usuário aqui que todo curso de capacitação que tem ele quer fazer, mas ele não consegue se inserir no mercado de trabalho. A maioria depende mais de bicos, de emprego informal. [...] Então eles perguntam muito e a gente tá sempre informando aqui sobre os cursos de capacitação oferecidos (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Tanto nos depoimentos acima quanto em outros apresentados anteriormente, é possível observar que a informação e o encaminhamento são as principais respostas oferecidas pelas assistentes sociais a demandas que requerem articulação com outros serviços, o que leva ao questionamento acerca da concepção de intersetorialidade adotada por esses sujeitos, tendo em vista que essa não pode ser restrita ao mero “repasso” do usuário a outra instituição ou a uma ação pontual. Essa análise será mais aprofundada no próximo tópico, quando se discutirá sobre as respostas e estratégias para viabilizar o atendimento de demandas intersetoriais.

Nos trechos acima, verifica-se que as pessoas com transtorno mental têm demandado ações intersetoriais que atendam suas demandas por inserção social, através de atividades laborativas, principalmente através da busca pela participação em cursos de qualificação e capacitação, que está ligada à necessidade de emprego e renda, associada também à questão da educação, sobretudo profissionalizante.

Cabe destacar que a Portaria nº 3.088/2011 coloca a Reabilitação Psicossocial como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sendo composta por iniciativas de geração de trabalho e renda que prevêm a promoção de ações intersetoriais destinadas à inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, de forma a garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011b). Destaca-se que o próprio CAPS pode ofertar oficinas de geração de renda, assim como incentivar a participação dos seus usuários em atividades de geração de emprego e renda na comunidade (BRASIL, 2004a). Na realidade investigada, constatou-se que alguns CAPS realizam atividades de geração de renda dentro da própria instituição, mas o incentivo à participação de usuários em atividades ofertadas por outros setores ainda precisa avançar.

Com efeito, o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica exige a criação e o fortalecimento de ações de geração de emprego e renda que assegurem o direito ao trabalho à pessoa com transtorno mental e garanta a melhoria da sua condição de vida e da sua família, o que exige a articulação intersetorial entre as políticas de saúde, assistência social, trabalho, educação, cultura etc (BRASIL, 2010b).

Amarante e Nunes (2018) destacam que apesar de a importância da Portaria da RAPS trazer o eixo de reabilitação psicossocial, não foram definidos recursos orçamentários para as ações de trabalho e geração de renda, revelando, assim, o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas, que poderiam ser melhor utilizadas.

As entrevistas e a leitura de documentos e registros institucionais apontam a Fundação Wall Ferraz como uma das instituições que têm realizado cursos de capacitação com a inclusão de pessoas com transtornos mentais, sobretudo usuários dos CAPS. Essa Fundação é uma entidade de Direito Público, integrante da administração indireta do Município de Teresina, instituída pela Lei nº 2.586, de 1º de dezembro de 1997, e tem como missão primaz capacitar e qualificar profissionalmente os teresinenses, com vistas a inseri-los no mercado de trabalho, favorecendo a inclusão social e a consequente geração de emprego e renda (FUNDAÇÃO WALL FERRAZ, 2018).

Segundo pesquisa realizada por Maranhão (2018), os serviços de saúde mental de Teresina, principalmente os CAPS, vêm realizando parcerias com a Fundação Wall Ferraz, o que vem resultando na inserção de pessoas com transtornos mentais em muitos cursos de profissionalização ofertados. Para a autora, essas parcerias são resultado, sobretudo, de provocações da Gerência de Saúde Mental do município, dos próprios profissionais dos CAPS e da associação Âncora. Contudo, não se tem maiores informações a respeito de como se dão essas parcerias, se envolveram discussões entre os órgãos, planejamento conjunto, ou apenas o encaminhamento dos usuários aos cursos ofertados. Compreender isso é essencial para que se possa analisar até que ponto é implementada efetivamente a intersetorialidade nessa situação.

Outra instituição que tem desenvolvido cursos de capacitação com a participação de pessoas com transtornos mentais foi o Movimento Paz na Periferia (MP3) que, como dito anteriormente, é uma associação da sociedade civil, localizada na Zona Sul de Teresina, que promove a inclusão sociocultural de jovens em situação de risco, assim como de suas famílias, através da realização de ações nas áreas da cultura, educação e esporte, como cursos de capacitação profissional, produção e divulgação de cursos, oficinas, eventos, campanhas e movimentos voltados à conscientização e afirmação da cidadania da população excluída e carente e combate ao uso de drogas. O MP3 tem se destacado no território Sul pela oferta de

cursos de capacitação profissional, como cursos de informática, montagem e manutenção de computadores, corte e costura, dentre outros. Além disso, desenvolve atividades de cultura, lazer e esporte, como aulas de capoeira, skate, dança de rua e cinema (PORTAL MP3, 2018).

Os sujeitos a seguir falaram sobre o MP3 nas suas entrevistas:

O MP3 é nosso parceiro aqui perto. A gente faz muito encaminhamento de usuários pros cursos do MP3, principalmente de capacitação. É bem interessante essa parceira que a gente tem (ASSISTENTE SOCIAL 1 - CAPS II SUL).

A gente tem um vínculo com o MP3, porque existem alguns usuários do CAPS que fazem cursos lá, de capacitação (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Uma ONG maravilhosa é a MP3, que fica aqui no território Sul. Nós temos um morador aqui da Residência que fez um curso de informática lá (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

Existe uma boa relação com o MP3, que fica na Zona Sul. Eu sei que têm usuários do CAPS II Sul que participam de cursos que são ofertados pelo MP3 (GESTÃO 1).

Os depoimentos revelam que há participação de usuários de serviços de saúde mental da Zona Sul nos cursos ofertados pelo MP3, sobretudo de capacitação, que tem relação com a necessidade de inserção no mercado de trabalho. Apesar de as entrevistadas relatarem a existência de “vínculo”, “parceria” e “boa relação” com o MP3, entretanto, isso não significa que haja momentos de discussões coletivas e/ou planejamento conjunto entre os serviços no que diz respeito à inserção das pessoas com transtornos mentais em suas atividades, o que é uma exigência para que ocorra a implementação da intersetorialidade de forma “ampla”.

Nas discussões do grupo focal, essa questão também foi relatada por alguns usuários:

Tem um lugar aqui perto que eu fui uma vez fazer um curso de computação (USUÁRIO 11).

Foi o MP3, eu fui também (USUÁRIO 9).

Eu fiz uma vez lá, mas foi de corte e costura (USUÁRIO 5).

Assim, os depoimentos revelam que há uma articulação entre serviços de saúde mental da região Sul e o MP3, no sentido de inserção de usuários desse serviço em cursos profissionalizantes, devido à demanda por capacitação para inserção no mercado de trabalho e geração de renda, entretanto, essa articulação não significa necessariamente que haja intersetorialidade.

É necessário assinalar que o MP3 é uma organização não governamental, o que assinala que as redes informais, compostas por segmentos da sociedade civil, têm um papel importante na promoção da cidadania, sobretudo em um cenário de crescente desproteção social da população, como é o caso do Brasil – e em Teresina não é diferente. Todavia, é necessário

refletir até que ponto essas redes informais não são apropriadas como estratégias do neoliberalismo para justificar a redução da intervenção do Estado e a transferência de parte de suas responsabilidades de proteção social a setores da própria sociedade civil, via Terceiro Setor.

Algumas entrevistadas afirmam que há inserção de pessoas com transtornos mentais em cursos profissionalizantes e de capacitação para o mercado de trabalho em Teresina, entretanto, a questão do preconceito e estigma ainda aparece como fator que dificulta a participação desses sujeitos nas demais atividades com esse objetivo:

Então o que a gente percebe hoje? Que têm cursos de capacitação, têm vagas, mas que nessas vagas não são contempladas as pessoas com transtorno mental, por pura e simplesmente preconceito.[...] Isso porque ainda existe o estigma do preconceito com a pessoa com saúde mental, que ainda sofre o estigma social do louco, do perigoso, do incapaz. [...] A gente ainda percebe dificuldades de aceitar essas pessoas nesses cursos, nessas qualificações disponibilizadas pelo governo, ainda falta essa sensibilização das áreas entenderem que a pessoa com transtorno mental tem plena capacidade de fazer um curso, de adentrar no mercado de trabalho, de fazer um tratamento de saúde adequado e ser funcional no mercado (GESTÃO 2).

O depoimento revela que ainda existe uma associação da “loucura” com periculosidade e incapacidade, o que indica que a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica ainda precisa avançar na realidade investigada. Amarante (2013) defende que essa dimensão diz respeito ao conjunto de ações que visam transformar a concepção da “loucura” no imaginário social, modificando as relações entre a sociedade e a loucura.

É necessário enfatizar que o depoimento acima foi dado por um representante da gestão da Política de Saúde Mental e que, enquanto representante do poder público, tem responsabilidades no combate ao estigma e ao preconceito frente à pessoa com transtornos mentais, devendo pensar estratégias de sensibilização dos profissionais para maior aceitação desse público nos serviços e cursos ofertados.

Entende-se que a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, pela via do trabalho, é um importante veículo para afirmação de sua cidadania, portanto, apresenta-se como um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois se constitui uma questão complexa tanto em relação à desmistificação sociocultural em torno do “louco”, ainda visto como uma pessoa perigosa e incapaz, quanto em relação ao incentivo das políticas e ações do poder público, que tem destinado pouca atenção a essa problemática (MARANHÃO, 2018).

O trecho a seguir reflete um pouco sobre isso:

Mas eu vejo que são poucas ainda essas iniciativas voltadas para inserir o usuário no mercado de trabalho, até porque é difícil, é muito difícil. Mas eu acho que nós também estamos a desejar nesse sentido, né, de promover a inserção desse usuário na

sociedade, pra fortalecer a autonomia dele. [...] A gente precisa discutir com ele também essa possibilidade dele ingressar na escola, dele participar ações de qualificação, então eu acho que isso precisa fortalecer (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

O depoimento afirma a necessidade de se desenvolverem mais iniciativas de promoção à inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, no trabalho, na educação, nos cursos de capacitação, dentre outros, o que coaduna com a perspectiva defendida pela Reforma Psiquiátrica, que propõe a criação de novos espaços de vida, de oportunidades, de relações interpessoais e coletivas para esses sujeitos (AMARANTE, 1999).

No trecho anterior, a própria entrevistada considera que deixa a desejar nas ações de promoção à inserção social dos usuários na sociedade e fortalecimento de sua autonomia, contudo, essa não é tarefa exclusiva de um profissional, mas do Estado e da sociedade em geral. Contudo, no geral, as entrevistadas não revelam essa concepção e pouco apontaram soluções individuais e coletivas de enfrentamento às problemáticas vivenciadas.

Assim, ao analisar as demandas intersetoriais postas por pessoas com transtornos mentais aos assistentes sociais que trabalham nos dispositivos da RAPS e da rede socioassistencial, verifica-se que tais demandas têm relação com as expressões da questão social que permeiam a vida desses sujeitos e de suas famílias, relacionadas aos seus direitos sociais básicos que foram violados, como o direito ao trabalho, à renda, ao lazer, à moradia, ao transporte etc, que são garantidos na Constituição Federal de 1988.

Nessa direção, outra demanda no âmbito da Política de Assistência Social que aparece com frequência nos depoimentos dos participantes da pesquisa diz respeito à aquisição do Passe Livre, seja ele Municipal ou Intermunicipal, que evidencia a questão da acessibilidade do usuário e de sua família, seja para acessar o serviço de saúde mental onde realiza o seu tratamento, ou os demais serviços de que necessitar, seja para circular na comunidade e poder exercer o seu direito básico de ir e vir. Sobre a importância do transporte, destaca-se o trecho a seguir:

Essa questão da pobreza está muito presente, no desemprego, nessa dificuldade de transporte, isso dificulta até o tratamento. Por que às vezes a pessoa não vem no serviço por causa disso, porque não tem como vir. Às vezes são quatro, seis, oito vales pra vir e voltar todo dia, por que a pessoa não anda só, tem que vir ela e o familiar. Aí a família fica impossibilitada de vir ao serviço por não ter como se deslocar (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Observa-se que a questão do transporte tem relação com a condição de pobreza, de desemprego e falta de oportunidade de trabalho vivenciada pelas pessoas com transtornos mentais, que se manifestam, sobretudo, na dificuldade de acesso e uso de serviços que afetam

a sua saúde e a sua vida em geral. Isso explica o porquê da demanda pelo Passe Livre aparecer com frequência aos/às assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS, sobretudo nos CAPS, pois esse serviço requer que o usuário frequente a instituição de duas a cinco vezes na semana, a depender de cada caso, colocando a questão do transporte como condição para que esse sujeito realize o seu tratamento de saúde.

Essa questão também esteve presente na discussão do grupo focal realizado com usuários. Ao serem questionados se já haviam procurado algum CRAS, todos ressaltaram que sim e falaram que foram em busca de informações para concessão de benefícios, como BPC, Bolsa Família ou Passe Livre. Dos 15 presentes, 10 usuários afirmaram ter a carteira do Passe Livre Municipal. Nessa direção, foi questionado sobre a importância do Passe Livre e o que mudou para aqueles que passaram a recebê-lo:

Eu passei a economizar muito pra vim pro CAPS. Eu gastava todo dia dois vales pra vim pra cá e dois pra voltar, e meu marido que vinha comigo também, né. Aí, agora que tenho o cartão do Passe Livre, só ele que paga o vale dele (USUÁRIO 2).

Pois o meu dá direito a acompanhante, meu e da minha mãe que vem comigo pro CAPS (USUÁRIO 10).

A minha preocupação é porque eu moro longe. Aí pra eu vim pro CAPS eu tinha que ter dinheiro, porque não tinha vale todo dia pra mim aqui. Mas agora eu tenho o Passe (USUÁRIO 3).

Pra mim foi bom porque agora eu posso passear. Eu pego meu passe e vou passear (USUÁRIO 15).

É possível perceber que a concessão do Passe Livre foi um fator que facilitou o acesso do usuário e seu familiar ao CAPS, potencializando o seu tratamento de saúde, na medida em que estas são pessoas notadamente de baixa renda e, portanto, o gasto com transporte é algo que vai ter um impacto significativo no orçamento da família.

Outro destaque levantado no grupo focal diz respeito ao Passe Livre possibilitar a circulação desses indivíduos na cidade, pressuposto básico da Reforma Psiquiátrica, o que pode ser percebido quando o participante da pesquisa afirmou que se utiliza do Passe Livre para “passear”, ou seja, realizando atividades de lazer.

Cabe reiterar que o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais são determinantes da saúde, segundo a Lei Orgânica de Saúde e, portanto, influenciam no processo de saúde-doença dos indivíduos, o que demonstra a importância do Passe Livre nesse contexto. Ademais, a Reforma Psiquiátrica defende que a pessoa com transtorno mental não seja vista a partir de um diagnóstico, de sintomas e de medicações, mas que seja considerada na sua integralidade, como um ser social e sociável que se encontra inserido em um meio físico e em

um contexto socioeconômico, familiar e comunitário. Nessa perspectiva, o Passe Livre aparece como direito e um fator potencializador da integralidade da atenção à saúde e à reinserção social desses sujeitos.

É necessário explanar que o Passe Livre pode ser: Passe Livre Municipal, Intermunicipal, Interestadual e Passe Livre Cultura – esse último não relacionado à gratuidade do acesso ao transporte público, mas, sim, às ações culturais e de lazer.

O Passe Livre Municipal, concedido segundo a Lei Municipal nº 3.144, de 03 de dezembro de 2002, e regulamentado pelo Decreto nº 5.559, de 06 de março de 2003, garante acesso gratuito de pessoas com deficiência, que tenham renda familiar mensal *per capita* de até um salário mínimo, no sistema de transporte coletivo de Teresina. Essa lei segue conforme Decreto Federal que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, de nº 3.298, de dezembro de 1999, competindo à SEMCASPI o credenciamento e a expedição da carteira de identidade do beneficiário e/ou acompanhante, bem como, acompanhar e avaliar a implementação da política. Para a obtenção do Passe Livre Municipal é exigida a apresentação de laudo médico, elaborado por um médico especialista na área e que atue em serviço do SUS do município de Teresina, ou pela perícia médica do INSS, e também a apresentação de um laudo avaliativo de assistente social, que deve ser produzido por profissional de Serviço Social que trabalhe na SEMCASPI, elaborado a partir de visitas domiciliares e de outros instrumentos instituídos profissionalmente para essa finalidade. Se o usuário receber o BPC, não há necessidade de apresentação de avaliação médica, o que facilita e agiliza a concessão do Passe Livre.

Apesar da importância desse Decreto que implementa o Passe Livre, ainda restam dúvidas sobre o público a que se destina, assim como o BPC, pois ele afirma que têm direito ao benefício apenas as pessoas com deficiência, dentre elas a deficiência mental, entretanto, não deixa claro se o transtorno mental pode ou não se enquadrar nessa categoria. Nesses casos, o laudo médico é decisivo para a concessão do Passe Livre, pois é somente a partir dele que é determinado se a pessoa tem deficiência e, portanto, se está incluída nos critérios para receber o benefício. Compreendendo isso, o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência definiu quais as instituições que poderiam emitir o laudo médico necessário para o Passe Livre, que são: todos os CAPS de Teresina, o Lineu Araújo, o Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), a Associação dos Cegos do Piauí (ACEP) e a Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos (APADA).

Verifica-se a necessidade de atualizar a legislação pertinente ao Passe Livre Municipal, levando em consideração o Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído no ano de 2015, pela

Lei nº 13.143, que considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015b).

Acerca do Passe Livre Intermunicipal ou Estadual, criado pela Lei Estadual 5.583, de 11 de julho de 2006, e regulamentado pelo Decreto Estadual 12.569, de 16 de abril de 2007, ele concede gratuidade no sistema de transporte coletivo intermunicipal a pessoas com deficiência física, mental, intelectual, auditiva, visual ou múltipla, comprovadamente carentes, ou seja, que tenham renda familiar mensal *per capita* de até um salário mínimo. A solicitação para receber o Passe Livre deve ser feita na Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania (SASC), caso a pessoa seja residente de Teresina, ou pode ser realizada nos CRAS dos municípios do interior do Piauí, e a emissão da carteira é feita pela Secretaria Estadual de Inclusão da Pessoa com Deficiência (SEID).

Assim, observa-se que tanto o Passe Livre quanto o BPC e outros benefícios são voltados para a pessoa com deficiência, entretanto, a ausência de clareza nas legislações em relação à consideração da pessoa com transtorno mental como deficiente tem sido um aspecto que tem dificultado o acesso desse público aos seus direitos, conforme pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Ainda falta a gente entender a pessoa com transtorno mental como deficiente, ainda falta uma discussão maior sobre isso, porque essas pessoas ainda possuem restrições pra terem acesso aos benefícios, né, por conta de ainda não ter essa consideração, de serem pessoas com deficiência. Eu já participei de alguns debates aqui em Teresina que falaram sobre isso, que o conceito de deficiência mudou, que tem que incluir a pessoa com transtorno mental. Mas também não basta mudar só a terminologia pra efetivar o direito, né (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Nesses últimos anos tem havido um trabalho globalizado sobre a aceitação das pessoas com deficiência. A gente nota isso não só no Piauí, mas no país todo, no mundo. Tem um reconhecimento do Estatuto da Pessoa com Deficiência, e essas pessoas têm uma série de direitos garantidos, né. Mas o transtorno mental, ele não entra, ele é tido como doença crônica, então, ainda não tem esse reconhecimento, isso ainda é muito incerto. Isso é uma luta, que eu não sei como é que tá, sobre a deficiência psicossocial, eu não sei o resultado disso, mas que é importante para a inclusão desse público nas ações voltadas às pessoas com deficiência. [...] Eu vejo que o caminho é a gente lutar pra incluir a pessoa com transtorno mental nas conquistas dos direitos das pessoas com deficiência. Por exemplo: lá no Conselho das Pessoas com Deficiência, eu já lutei bastante pra a gente entrar, mas a própria lei nacional não considera (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

É importante lembrar, conforme proferido em capítulos anteriores, que no início do ano de 2018 foi promulgada a Lei Estadual nº 7095, de 2018, que reconhece a condição de deficientes psicossociais a pessoas com transtornos mentais no Piauí, com o objetivo de inclui-

las em todas as ações da SEID, a fim de promover ações e políticas que visem ampliar a inclusão dessa parcela da população na sociedade. Essa legislação facilita o acesso desse segmento populacional ao Passe Livre Intermunicipal e de Cultura, por exemplo, que muitas vezes era negado pelo não reconhecimento da pessoa com transtorno mental como deficiente.

A aprovação dessa legislação foi resultado de uma série de mobilizações, principalmente por parte da Âncora e da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde (CES), na luta pela inclusão das pessoas com transtornos mentais nos direitos da pessoa com deficiência no Estado do Piauí, com destaque para a organização do I Fórum Estadual da Deficiência Psicossocial⁵², que ocorreu no dia 07 de outubro de 2016, com o objetivo de articular o debate intersetorial em torno dessa questão. O Fórum contou com a presença de representantes de diferentes órgãos, como Defensoria Pública, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), Secretaria de Estado da Educação (SEDUC), Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência (SEID), Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCAPI), Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI), convidados para debater sobre os desafios e avanços para inclusão da pessoa com transtorno mental nas diferentes políticas sociais e na sociedade piauiense em geral e, ao final, foi elaborada uma carta aberta ao governador para inclusão oficial da terminologia deficiência psicossocial no Piauí.

Além disso, a luta pela aprovação dessa legislação diz respeito à busca pela inclusão das pessoas com transtornos mentais nas ações de geração de emprego e renda, que são uma demanda constante desse público, conforme revelam os depoimentos. Assim, a referida Lei prevê também que as ações e políticas públicas voltadas aos deficientes psicossociais deverão ter como objetivo prioritário a qualificação profissional, o incentivo, a preparação para o ingresso no mercado de trabalho e a criação de locais para o desenvolvimento do emprego apoiado (PIAUI, 2018).

É pertinente destacar ainda que essa é uma lei estadual, logo, abrange apenas as ações realizadas pelo Estado do Piauí, o que significa que as políticas públicas do governo municipal ainda precisam aprovar legislações próprias, que tragam essa concepção da deficiência psicossocial, para incluir o público com transtorno mental nas políticas públicas e ações voltadas às pessoas com deficiência.

⁵² A deficiência psicossocial foi incluída no rol de deficiências pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e adotada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 13 de dezembro de 2006. A inserção dessa terminologia representa uma histórica vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores, ativistas do movimento (SASSAKI, 2010).

O depoimento a seguir fala um pouco sobre a referida lei:

A gente teve recentemente aprovada uma lei equiparando a pessoa com transtorno mental à pessoa com deficiência. Mas assim, a gente vê que ela ainda não teve amplitude, a gente ainda tá estudando mais sobre essa lei pra poder a gente buscar alternativas no território, buscar nos serviços pra ver como é que a gente vai fazer isso. Mas é uma lei que ainda está no papel, ela ainda não está efetivada (GESTOR 2).

No trecho acima, é possível verificar que o próprio membro da gestão da Política de Saúde Mental afirma que a Lei Estadual nº 7095/2018 ainda não foi efetivada, estando ainda no papel. Essa fala pode ser analisada à luz de Bobbio (1992), que destaca que o problema grave de nosso tempo com relação aos direitos não é mais sua proclamação, mas a efetivação do exercício daqueles que já estão previstos legalmente. Assim, em que pese a importância da promulgação da referida legislação, que foi resultado de organizações e mobilizações sociais, o desafio agora é permanecer na luta para sua implementação na realidade.

Cabe destacar que tanto o Passe Livre Municipal quanto o Intermunicipal condicionam a concessão do benefício à situação de baixa renda dos sujeitos, sendo que o primeiro exige comprovação de renda familiar per capita de até dois salários mínimos, enquanto o segundo reduz essa comprovação para um salário. Isso faz com que a concessão a tais benefícios seja deslocada da lógica de “direito do cidadão” para “mérito da necessidade”, na medida em que, para ser reconhecido como possível usuário, o demandatário do benefício não deve apenas comprovar a sua necessidade, mas tal necessidade deve estar dentro dos critérios estabelecidos pelo “grau de necessidade” (SPOSATI, 1995). Sobre isso, Raichelis (2000) afirma que os beneficiários da assistência social são, cada vez mais, tratados a partir de suas carências, submetidos a procedimentos burocráticos e de controle, o que reforça a distância entre pobres e cidadãos.

No grupo focal, foi questionado aos usuários que têm o Passe Livre como eles souberam a respeito do benefício e de que forma chegaram até o CRAS para requerê-lo:

Foi a assistente social daqui do CAPS que me falou que eu tinha direito e disse pra eu ir no CRAS perto da minha casa (USUÁRIO 2).

Também foi ela que me disse (USUÁRIO 8).

Quem disse pra mim foi a assistente social aqui da tarde. Ela disse: pega o laudo do médico e leva até o CRAS, aí tu fala com a assistente social de lá que tu quer tirar teu Passe Livre. Aí eu fiz assim (USUÁRIO 1).

De modo geral, observa-se que são as assistentes sociais que informam e orientam os usuários a respeito da concessão do Passe Livre, assim como realizam o encaminhamento para o CRAS do território, no qual podem fazer a requisição.

Os trechos acima revelam ainda que as demandas de cunho intersetorial são, no geral, respondidas pelos/as assistentes sociais através de encaminhamentos, orientações e informações, o que, por si só, não significa que haja intersetorialidade entre os serviços de saúde mental e da assistência social da Zona Sul, pois essa envolve planejamento conjunto, discussões coletivas entre as equipes, dentre outros. Assim, é possível verificar em muitos depoimentos uma concepção de intersetorialidade limitada, o que será analisado mais detalhadamente no próximo tópico.

Outra demanda intersetorial destacada na fala dos participantes da pesquisa foi em relação ao Passe Livre Cultura, que foi criado pela Lei Estadual nº 6.194, de 13 de março de 2012, e concede gratuidade de entrada e acesso às pessoas com deficiência que comprovarem uma renda familiar per capita de até um salário mínimo aos cinemas, teatros, casa de espetáculo, estádios, ginásios esportivos e aos locais similares que tenham apresentação de eventos culturais, de lazer e esportivos. Assim como o Passe Livre Intermunicipal, a solicitação para o Passe Livre Cultura é feita na SASC ou nos CRAS dos municípios do interior do Estado, e a emissão da carteira é feita pela SEID.

Cabe reiterar que a participação de pessoas com transtornos mentais em atividades culturais é uma prerrogativa da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo Amarante e Nunes (2018), para além dos recursos terapêuticos, as práticas de arte e de cultura são essenciais para a construção de um novo lugar social para a “loucura”, pois promovem transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre a “loucura”, sobre a diversidade e a diferença, permitindo ainda a produção da subjetividade e da vida.

Nessa direção, a partir da análise das entrevistas, do grupo focal, dos documentos institucionais e da observação da realidade investigada, verificou-se que, de modo geral, as demandas de natureza intersetorial perpassam as precárias condições de sobrevivência vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares, relacionadas à questão de trabalho, renda, transporte, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, dentre outros. Essas necessidades são materializadas principalmente em demandas por benefícios socioassistenciais, como BPC e Bolsa Família, na concessão de Passe Livre e na busca pela inserção em cursos profissionalizantes e capacitações, que envolvem a articulação com o CRAS, INSS, SASC, SEID, Fundação Wall Ferraz, MP3, Sistema Judiciário, Conselho Tutelar, dentre outras.

Além dessas, as entrevistas também destacaram demandas ao CREAS, que é uma instituição que oferta Proteção Social Especial no âmbito do SUAS, ou seja, é destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por contingência ou violação de direitos (BRASIL, 1993).

Os trechos a seguir relatam as situações de pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares que requerem respostas do CREAS:

A gente tem sim casos de pessoas com transtorno mental que chegam até o CREAS, caso que envolve violência intrafamiliar, violência contra idoso, contra a mulher. Já teve caso de cárcere privado também, de droga, tem muita questão de droga, caso de abuso sexual, envolvendo crianças também, crianças em situação de risco. Tem um caso um dia desses de uma mulher, mãe, que tinha o transtorno e que tinha quatro filhos e tava sendo denunciada e podia perder a guarda dos filhos (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Nós já tivemos casos aqui que precisamos acionar o CREAS. Lembro de um caso que a família do usuário começou a desconfiar que ele estava abusando da irmã adotiva menor, então, assim: o caso foi parar no CREAS (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

A gente também sempre faz articulação com o CREAS, principalmente nos casos de negligência familiar, de cárcere, casos em que a pessoa não tem ninguém da família responsabilizada. Aí articula CREAS, judiciário, tem vezes que tem que acionar o Conselho Tutelar, quando envolve criança (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

A gente já teve caso que teve que articular com CREAS, situações de famílias que precisam de acompanhamento do CREAS pelo próprio rompimento do vínculo, aí os familiares não sabem quem vai se responsabilizar pelo bebê, né. Tivemos casos de mulheres aqui que tiveram bebês e a guarda não ficaram com elas por conta da situação familiar e do uso de substâncias psicoativas, apesar de que esse não é o único fator que determina a permanência ou não com esse bebê. Então, nesses casos os principais encaminhamentos que eu visualizo é pra a rede socioassistencial na figura dos CREAS, do Conselho Tutelar, e pro sistema judiciário (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Os depoimentos evidenciam que são os casos de pessoas com transtornos mentais e seus familiares marcados por situações de violência, cárcere privado, abuso sexual, negligência familiar, uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros, que demandam a articulação com o CREAS e, muitas vezes, requer mobilizar instituições, como o sistema judiciário e o Conselho Tutelar, em episódios que envolvem crianças e/ou adolescentes.

Nos trechos acima, é possível verificar que a visão de intersetorialidade dos sujeitos perpassa as palavras-chave: articulação, encaminhamento, acionar, mobilizar. Entretanto, conforme discutido anteriormente, sabe-se que a intersetorialidade deve envolver mais do que isso, exigindo atuação interdisciplinar, planejamento das ações, pactuação, negociação e avaliação entre os gestores, discussões coletivas entre os profissionais etc. – e tais aspectos pouco foram destacados nas entrevistas.

A análise das entrevistas semiestruturadas, do grupo focal e a leitura de documentos institucionais e registros de profissionais revelaram que as demandas de natureza intersectorial postas por pessoas com transtornos mentais e/ou familiares aos assistentes sociais que atuam nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Sul de Teresina requerem articulação com diversos setores, mas se sobressaem as demandas voltadas para o atendimento da Política de Assistência Social, que tem relação com as expressões da questão social que permeiam a vida desses indivíduos.

Em estudo realizado por Costa (2010), a autora já havia constatado que as principais necessidades, de caráter intersectorial, postas por usuários do SUS, requerem articulações junto à rede SUAS. Isso ocorre, em decorrência do aprofundamento das desigualdades sociais e da violação dos direitos humanos sociais básicos vivenciados pela população brasileira, o que gera um aumento de demandas para a Política de Assistência Social, fazendo com que ela assuma um papel da esfera da proteção social que termina por suprir necessidades que seriam no âmbito de outras políticas sociais.

Como consequência, Mota (2010) salienta que há uma assistencialização da proteção social, que coloca a responsabilidade pelo enfrentamento da desigualdade social exclusiva a Política de Assistência Social, enquanto as Políticas de Saúde e Previdência, que conformam a Seguridade Social, sofrem profundos desmontes na sua perspectiva de direito e avançam na direção da mercantilização e privatização, o que é ainda mais grave, ao se tratar de outras políticas, como as de emprego e renda.

Essas questões foram destacadas pelos participantes da pesquisa:

Na Constituição, diz que a saúde é universal, que qualquer um vai ter acesso, que ela vai te cobrir de cima a baixo. Mas só que, na verdade, na prática, ela te limita, cada vez mais a política de saúde ela tá seletiva e nós, da Política de Assistência, temos que ser as universais, quando nós na nossa Constituição não somos (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

A saúde é pra ser universal, mas não é, e acaba que essa descobertura da Política de Saúde sobra pra Política de Assistência. Eu quero saber quem foi o indivíduo que inventou o nosso slogan que a assistência é pra quem dela necessitar. Porque é muito complexo, pra quem dela necessitar. Quem é que não necessita? (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Os depoimentos assinalam a precarização e o desmonte da Política de Saúde nos moldes constitucionais, consequência do avanço do projeto neoliberal, que faz com que o SUS, cada vez mais, afaste-se de sua concepção universalista e se caracterize como uma política “pobre para os pobres”, o que vai ter rebatimentos na Política de Assistência Social, que passa a assumir responsabilidades que são do conjunto da Seguridade Social. Para Yasbek (2004), o

crescimento das demandas no âmbito do SUAS é inversamente proporcional aos cortes de gastos sociais, que são consequência do ajuste fiscal, o que faz com que essa política adquira um perfil seletivo, residual e focalizado, com intervenções voltadas, principalmente, para medidas compensatórias e para o público em situação de extrema pobreza.

Sabe-se que a Política de Assistência Social é reconhecida legalmente como um direito universal não contributivo do cidadão, todavia, é direcionada àqueles que comprovem seu estado de necessidade, o que levanta questionamentos sobre seu caráter universal, conforme pôde ser observado nas entrevistas anteriores.

Compreendendo isso, as articulações intersetoriais realizadas pelas assistentes sociais dos serviços da RAPS e rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina, no geral, objetivam suprir as necessidades sociais básicas que afetam o processo saúde-doença dos indivíduos, em decorrência das precárias condições de vida da população, do desmonte do conjunto de políticas sociais, sobretudo da Seguridade Social, e da conseqüente negação de muitos direitos humanos e sociais previstos na Carta Magna.

6.2.2 Respostas, articulações e estratégias para viabilizar o atendimento às demandas intersetoriais

Após a identificação das principais necessidades de natureza intersetorial postas por pessoas com transtornos mentais às assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS e rede socioassistencial do território Sul, foi questionado a essas profissionais acerca das respostas oferecidas a essas demandas, assim como as atividades e mediações intersetoriais realizadas.

Um dos pontos destacados nas entrevistas foi o encaminhamento, visto como resposta às demandas intersetoriais postas por pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares. Segundo Trindade (2012), o encaminhamento é um procedimento realizado para viabilizar as respostas às necessidades do usuário que demanda atendimento em outros serviços/políticas sociais, logo, é uma ação de articulação intersetorial para fins de viabilizar o acesso a serviços na perspectiva da garantia de direitos.

A respeito disso, é possível observar os depoimentos a seguir:

Nós fazemos o encaminhamento para a rede socioassistencial, caso o usuário busque um benefício, ou o Passe Livre, né. Tem também caso que a pessoa chega aqui no CAPS e ela não tem perfil de CAPS, ela não tem transtorno mental grave, então a gente faz a triagem, né, e vai encaminhar pra rede ambulatorial ou pra estratégia saúde da família do território que eles residem, que tem algumas medicações que podem ser prescritas pelo médico de lá, pra ele ser acompanhado por lá (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Se o usuário vem com a demanda do Passe Livre, por exemplo, aí a gente precisa encaminhar pro CRAS. Mas a gente dá toda a orientação pra ele antes, explica a documentação que ele precisa levar, explica onde é o CRAS. Então a gente faz a orientação e o encaminhamento (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Dependendo da demanda, a gente faz o encaminhamento, né, encaminha pro CAPS pra continuar o tratamento, encaminha pro CRAS, pro judiciário, pra onde for necessário. [...] Mas tem casos, digamos, que são mais críticos, aí pro encaminhamento já sai daqui o técnico de enfermagem ou a enfermeira junto com a usuária, já leva para o CAPS, já pra ele conhecer o CAPS, já pra ter uma comunicação e depois é que vão pra casa deles, né. Mas é alguns casos, até porque a gente não tem transporte todos os dias e todas as horas pra fazer isso (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Os trechos acima evidenciam que o encaminhamento é uma estratégia bastante utilizada pelos profissionais de Serviço Social para viabilizar o atendimento às demandas dos usuários que não podem ser respondidas dentro da estrutura da instituição em que atuam, fazendo-se necessário mobilizar outros serviços ou políticas sociais, a depender das necessidades apresentadas pelos usuários.

Nas entrevistas, observa-se que o destino do encaminhamento vai depender da demanda posta pelo usuário ao profissional. Por exemplo, sabe-se que uma demanda frequente posta às assistentes sociais que atuam nos dispositivos da RAPS diz respeito à viabilização de benefícios socioassistenciais, contudo, esse são de responsabilidade da Política de Assistência Social, portanto, é necessário que o usuário seja encaminhado até um serviço do SUAS, como um CRAS, para que tenha sua necessidade atendida.

No sentido de dar maior efetividade ao encaminhamento, o/a assistente social muitas vezes entra em contato com o serviço de destino e faz um acompanhamento do usuário com informações a respeito se a demanda foi atendida (TRINDADE, 2012). Esse aspecto foi destacado na fala de participantes da investigação, a exemplo do trecho abaixo:

Quando a gente percebe que realmente aquela família não tem nenhuma estrutura física, emocional, financeira de tá fazendo essa ida, atrás desse outro serviço, a gente faz de tudo pra viabilizar tudo aqui pelo hospital: a gente pede o carro, a gente manda a pessoa acompanhada de um auxiliar ou com um estagiário, a gente faz um encaminhamento por escrito, a gente liga primeiro pro profissional, se identifica, diz que tá mandando aquele usuário, aí a gente manda a pessoa ainda acompanhando, manda aqui no carro do hospital, quando tem, quando não tem, a própria Assistente Social pega o carro e leva, né, e a gente sempre pede o retorno, que a pessoa retorne (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

De modo geral, as entrevistadas afirmam que o encaminhamento é feito juntamente com a orientação – que é a socialização de informações sobre a rede de serviços e sobre direitos sociais – e com um contato prévio com um profissional da instituição de destino – quase sempre via telefone – para garantir que o usuário seja atendido. Em alguns casos, os/as assistentes sociais ou outro/a profissional acompanha diretamente o usuário até o destino encaminhado, o

que, nesses casos, pode sinalizar uma corresponsabilização dos profissionais frente às demandas do usuário.

Segundo Franco (2006), existe uma cultura de encaminhamento que se expressa pela normativa da referência e contrarreferência, largamente utilizadas tanto por trabalhadores do Sistema Único de Saúde quanto do Sistema Único de Assistência Social.

Na Política de Assistência Social, referência é o termo utilizado para o encaminhamento do usuário do serviço do menor nível de complexidade para o serviço de maior complexidade, como, por exemplo, do CRAS para o CREAS ou para outro serviço da rede socioassistencial ou para outra política social (BATISTA; COUTO, 2015). Já a contrarreferência seria o inverso, ou seja, “a contrarreferência é exercida sempre que a equipe do CRAS recebe encaminhamento do nível de maior complexidade (proteção social especial) e garante a proteção básica, inserindo o usuário em serviço, benefício, programa e/ou projeto de proteção básica” (BRASIL, 2009a, p. 10). Dessa forma, a referência e a contrarreferência, no âmbito do SUAS, devem contribuir para assegurar o atendimento das necessidades dos usuários, através da redistribuição de responsabilidades e do diálogo constante entre os serviços (BATISTA; COUTO, 2015).

No âmbito do SUS, também se utiliza o sistema de referência e contrarreferência como estratégia de comunicação entre os serviços, definindo fluxos de atendimento, de forma a promover a integralidade do cuidado em saúde:

Por relações de referência, compreende-se o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adequem às suas necessidades e às características da pessoa, isto é, à complexidade de seu caso. A contrarreferência é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado (COSTA et al., 2015, p. 246).

Assim, as relações de referência e contrarreferência, tanto no SUAS quanto no SUS, visam ao estabelecimento de fluxo de atendimento e comunicação entre os serviços, podendo ser um instrumento potencializador da articulação intersetorial. Entretanto, na prática, muitas vezes a referência e a contrarreferência são utilizadas, através do encaminhamento, como uma forma de “empurrar o problema para frente”, ou seja, como uma transferência de responsabilidade entre os profissionais e serviços que, no lugar de viabilizar o atendimento da demanda do usuário, dificultam seu acesso e impedem o usuário de ter sua demanda respondida (VASCONCELOS, 2009; COSTA, 2010). Nesses termos, o que se observa é que existe pouco ou nenhum diálogo entre as instituições e os profissionais que realizam a referência e a contrarreferência, e vice-versa, como apresentam os depoimentos a seguir:

Eu nunca vi um encaminhamento efetivo. Posso estar errada, mas eu nunca vi um encaminhamento efetivo. As minhas colegas não gostam quando eu digo isso, elas dizem que fazem encaminhamentos efetivos, mas eu não faço. [...] Porque pra mim, o encaminhamento é o empurramento das demandas pros outros serviços e, às vezes, quando chegava lá, como o outro serviço não tinha sensibilidade de acolher, mandava de volta. Isso é uma desresponsabilização com o usuário. Isso eu não faço. [...] Eu não me desresponsabilizo desse usuário só porque a demanda que ele precisa eu não posso responder dentro da minha instituição. Esse usuário não é do CAPS, não é do CRAS, ele é do território, ele está inserido na comunidade, então tem que ultrapassar essa lógica de “toma que o filho é teu” (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Eu acho que fica muito solta a parte do encaminhamento. A gente encaminha o usuário, faz a referência, mas não tem a contrarreferência, não tem um retorno, não tem uma resposta do profissional lá do outro serviço pra dizer: “olha, recebi a pessoa tal que você encaminhou e foi realizado atendimento tal e tal”. Quase zero, é muito difícil ter isso. Acaba que eles encaminham pra a gente, a gente também não dá a contrarreferência e a gente encaminha pra eles e não, também não temos a contrarreferência. Fica muito solto (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 1).

A gente tem aquele instrumental da referência e contrarreferência, mas eu avalio isso como uma coisa muito frágil ainda. Falta compartilhar a responsabilidade. [...] A gente tá muito ainda nesse discurso: “fulano não é do Areolino, fulano é do CAPS”. Então, a gente ainda não conseguiu superar essa lógica do usuário ser de um lugar só, então essa lógica do território, a gente ainda não absorveu muito, sobretudo nós aqui do Areolino (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

A gente vê que ainda está permanecendo a questão dos encaminhamentos, que é mais um repasse de responsabilidade, né. Nós estamos trabalhando com uma rede de articulação, mas a gente ainda tá tendo que trabalhar nessa lógica de repasse de responsabilidades, quando na verdade ela deve ser compartilhada (GESTOR 1).

De modo geral, as entrevistas acima assinalam que o encaminhamento, a referência e a contrarreferência tem sido, no concreto, uma forma de transferência de responsabilidade, entre quem encaminha um caso e quem o recebe, e vice-versa, havendo uma precária e irregular comunicação entre os serviços, geralmente por meio de informes escritos, como formulários e protocolos, que não oferecem uma boa resolutividade (CHIAVERINI et al., 2011). Portanto, a “cultura do encaminhamento”, largamente utilizada na realidade investigada, aparece como um fator que dificulta a materialização da intersectorialidade de forma efetiva, na medida em que ela não pode ser reduzida ao mero repasse de demandas e ao diálogo pontual entre profissionais e instituições.

Nesse diapasão, as participantes da pesquisa assinalam que disponibilizam de um formulário para realizar o encaminhamento do usuário para outro serviço, que é a chamada referência, contudo, encontram dificuldades na contrarreferência, que é a resolutiva da instituição encaminhada. Assim, além da dificuldade em se ter uma comunicação efetiva entre os serviços, também não há um compartilhamento de responsabilidade frente às necessidades dos usuários, o que é um desafio para a implementação de uma intersectorialidade “ampla”. Os trechos a seguir reiteram essas questões:

Nós temos um instrumental que utilizamos pros encaminhamentos, que alguns chamam de referência e contrarreferência. Mas muitas vezes ele fica até esquecido no nosso armário, e quando a gente utiliza realmente, não tiramos uma cópia pra guardar, só pro usuário, não fica as duas vias pra gente guardar, pra gente ter o controle desses encaminhamentos, pra gente saber, de fato, como é que ele foi recebido, e pra ter esse retorno de encaminhamento e de discussão de caso [...]. Então, ainda fica muito solto, a gente fica sem retorno, fica mais por conta de perguntar pro usuário. Mas se a pessoa não é usuária do CAPS, aí a gente não sabe, não sabe se chegou realmente ao CRAS, se deu pra ser atendida (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

A gente tem um instrumental do encaminhamento, que é a referência e a contrarreferência, que é exatamente uma forma de incentivar os outros órgãos, as outras políticas, a darem retorno pra a gente. Porque assim, a gente encaminha a pessoa, solicita a resposta do órgão ao encaminhamento que foi dado, mas a gente não tem resposta. Só que tem uma outra questão, alguém poderia perguntar: “mas, e vocês estão cobrando essa resposta?” Não! A resposta, muito pouco é cobrada. Mas porque a gente tá tão envolvido com os casos atuais que acaba deixando os casos que passaram pela instituição a cargo da outra instituição. Como se fosse: “já passou por aqui, pronto! Não é mais minha responsabilidade” E eu não concordo, entendeu? Pra gente, como profissional, isso é um problema, porque a gente diz: meu deus, e aquela pessoa, que passou por aqui! Como é que tá? Será se ela resolveu aquele problema? A gente não sabe (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

A gente faz os encaminhamentos, faz a referência, mas a contrarreferência a gente não tem. É difícil. A gente aciona a rede, encaminha a pessoa, mas não sabe se ela chegou, não sabe se teve a demanda atendida. E as nossas demandas aqui são tantas que a gente não tem pernas pra ir atrás, para acompanhar, pra saber se o problema daquele sujeito foi atendido, porque a gente tem um monte de outros em situação igual ou pior pra dar conta. [...] Eu acredito realmente que essa contrarreferência ela é frágil, e isso aí é uma das limitações da gente na rede (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

As assistentes sociais participantes da pesquisa afirmam que, muitas vezes, não tem um retorno quanto aos encaminhamentos feitos, mas, ao mesmo tempo, a contrarreferência também não é cobrada pelo próprio serviço de referência, o que ocorre, segundo as entrevistadas, principalmente devido ao excesso de demandas institucionais que fazem com que os profissionais não disponham do tempo necessário para realizarem esse acompanhamento da forma que gostariam ou deveriam. Isso revela que o encaminhamento nem sempre é utilizado como uma forma de buscar a integralidade da assistência dos usuários, mas como uma transferência de responsabilidade entre as instituições.

Nos trechos anteriores, podem ser observadas diversas problemáticas apontadas pelas profissionais, como o não acompanhamento dos encaminhamentos realizados e o “repasse” de responsabilidades entre os serviços, frente às demandas dos usuários, contudo, poucas entrevistadas apresentam propostas ou soluções para essas questões, o que revela, em partes, uma postura fatalista. Segundo Iamamoto (2015, p. 22), as assistentes sociais fatalistas são aqueles que “visualizam a realidade como se já estivesse dada em sua forma definitiva, os seus desdobramentos e os limites estabelecidos de tal forma, que pouco se pode fazer alterá-los”. Isso faz com que, muitas vezes, os profissionais se limitem a realizarem ações emergenciais,

burocráticas e repetitivas, dificultando o planejamento e a reflexão do seu exercício profissional.

Assim, coloca-se como exigência que as assistentes sociais entrevistadas ultrapassem as posturas fatalistas, que as impedem de decifrar a realidade, vislumbrar possibilidades e construir estratégias para agir na perspectiva do Projeto Ético-Político, o que demanda dessas profissionais uma postura comprometida, crítica, qualificada, propositiva e resolutiva.

Os achados da pesquisa evidenciam ainda a questão do registro e sistematização dos encaminhamentos realizados como um desafio, pois, mesmo com a existência de um instrumental de referência e contrarreferência, o formulário é pouco utilizado ou, na maioria dos casos, é disponibilizado apenas uma via para o usuário, não ficando uma segunda via para o/a profissional que fez o encaminhamento, para que faça o acompanhamento. Nesse sentido, muitas entrevistadas afirmaram não ter controle dos encaminhamentos realizados, mas, ao mesmo tempo, não apresentam propostas ou soluções para modificar isso.

No entanto, algumas assistentes sociais destacaram que fazem esse acompanhamento através de um livro de registro:

Pra controle, eu tenho um livro de encaminhamentos, que eu coloco o nome da pessoa, pra onde foi, que eu coloco pra onde eu mandei, que dia eu tive o retorno, se essa pessoa ficou sendo acompanhada por aquela instituição, enfim. Isso é pra controle meu, não é nem protocolo da Fundação. Foi uma coisa que eu mesma criei, pra minha organização (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

A gente registra tudo no livro, a gente tem o nosso livro de registro, a gente bota o nome, inclusive pede pra pessoa assinar também, né, a gente diz que atendeu aquela família, assim, a gente escreve tudo, né. [...] Mas a gente tem livro de registro, até pra quando a outra plantonista chegar, ver que a gente fez aquele encaminhamento, porque muitas vezes assim: veio o usuário, a família no caso, a gente faz aquele encaminhamento, faz todo aquele processo, aí não deu certo, ela vem no outro dia e diz que nós não fizemos, então, é a importância do registro, né. Então a gente registra tudo, fica tudo registrado (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

A gente tem um caderno, que a gente coloca só dos leitos de saúde mental. Então se eu fiz algum tipo de encaminhamento pro usuário, eu preciso registrar nesse livro, até pra estreitar a comunicação com a equipe, porque às vezes a gente tá pela manhã e o outro profissional vem só a tarde, então é bom pra ele verificar e tudo (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Os depoimentos destacam que o livro de registro é algo utilizado por algumas assistentes sociais para facilitar a comunicação com outros profissionais, podendo ser uma estratégia que contribui para a intersetorialidade. Todavia, são poucas as entrevistadas que afirmam utilizar-se desse instrumento, de forma que esse ainda depende muito da postura de cada profissional.

Ademais, a maioria das informações registradas não é sistematizada e/ou analisada, pois, ao serem questionadas acerca de quantos encaminhamentos realizaram no último ano, nenhuma entrevistada soube responder. Ressalta-se que algumas assistentes sociais afirmaram

que produzem relatórios dos encaminhamentos às instituições, mas apenas de casos mais complexos que, no geral, envolvem situações de violação de direitos e necessitam acionar algum órgão do judiciário, como Ministério Público, Defensoria ou Tribunal de Justiça, que exigem a elaboração de um relatório.

Nessa direção, Matos (2013) defende que mais do que realizar o registro das ações, é necessário que as assistentes sociais façam a sistematização da prática, que envolve um esforço crítico e de avaliação do exercício profissional. Isso, por si só, não leva à investigação científica, mas pode ser instrumento de reflexão sobre o cotidiano de trabalho. Costa (2010) reitera que sem a sistematização de informações, muitas vezes, as articulações intersetoriais ficam restritas a ações pontuais, emergenciais e de responsabilidade apenas de um profissional, que não superam o conjunto de ações fragmentadas. Portanto, a autora reforça a importância da sistematização e publicização dessas articulações, como estratégia para implementar efetivamente a intersectorialidade como uma diretriz do processo de trabalho das equipes e da gestão das políticas sociais.

Segundo pesquisa realizada por Mioto e Schutz (2011), a dificuldade para acionar a rede de serviços leva a assistente social a acionar o campo de relações pessoais para realizar os atendimentos, pois, em várias situações, depende do estabelecimento de vínculo com profissionais de outras instituições para realizar a articulação intersectorial. Esse aspecto também foi observado na realidade estudada:

Muita coisa a gente só consegue pela via da amizade. Se não for pela via da amizade, você não vai ter resposta. Mas a gente sabe que isso não é certo, que deveria ser via institucional, mas muitas vezes não é (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

As coisas acontecem mesmo a partir mesmo dos sujeitos que estão na ponta dos serviços. Se a gente consegue ter uma pessoa lá de referência bem articulada, ela consegue fazer as coisas andarem (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

Existe um grupo de *whatsapp* com os profissionais, aí a gente faz o contato no grupo, o grupo já dá uma resposta imediata, porque a gente faz logo aquela sensibilização: “ó, tem uma família assim, assim, tem condição de atender?” Então, quando a gente encaminha, já coloca tudo já acertado, então acaba facilitando muito o acesso pro usuário (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 1).

A gente tem grupos de *whatsapp* pra conversar sobre os casos, trocar informações, só que é uma coisa informal, é pelo telefone, é pelo *whatsapp*. [...] Então eu acho que a gente fica dependendo muito da relação pessoal que os profissionais têm entre si, não é nada institucionalizado [...] É com quem você tem um vínculo pessoal que faz as coisas andarem. Então, eu acho que formalizar mais as coisas seria bem interessante (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

A forma como a gente faz esses encaminhamentos é muito ainda pelo contato telefônico. [...] A gente precisa amarrar melhor esse encaminhamento, essa forma como a gente faz o encaminhamento para as outras instituições, né. Geralmente é aquele encaminhamento verbal, que a gente liga pro colega e diz que tem um usuário nosso que precisa ir até lá (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

Essa coisa da rede interpessoal é muito forte. Por exemplo, pra eu agilizar a questão do benefício aqui, ajudou muito eu ter uma boa relação com as assistentes sociais do CRAS, que eu já conhecia, que estudaram comigo. [...] Então, você vê que isso é um poder de articulação que a gente tem que ter, que no senso comum a gente chama de jogo de cintura, mas tecnicamente é um poder de articulação mesmo, de rapidez, de raciocínio, de articular mesmo, de dizer que precisa daquilo, de saber negociar com a colega assistente social, pra tentar viabilizar o direito dessas pessoas que são vulneráveis (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 4).

Verifica-se que diversas vezes as assistentes sociais buscam estratégias, como o contato informal com um colega de outra instituição, através de ligações, de mensagens via *whatsapp*, ou mesmo apelam para o relacionamento pessoal com o profissional para tentar viabilizar a demanda do usuário e atender às suas necessidades com mais rapidez. Nesse sentido, Mioto e Schutz (2011) afirmam que as assistentes sociais se utilizam do campo da “cultura do favor” para buscar o atendimento da população:

Os assistentes sociais se referenciam por determinados profissionais das instituições, que se mostram mais comprometidos, e, desta forma, “personalizam” o encaminhamento. Assim, o assistente social cria referências pessoais com outros assistentes sociais, para saber se o usuário está sendo atendido ou se seu encaminhamento terá continuidade (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p. 18).

O estudo realizado por Pereira (2016) reitera essa perspectiva:

Ao invés do trabalho intersetorial estar firmado na ação interdisciplinar, universal e impessoal de técnicos, pelo contrário, entre os profissionais são recorrentes consultas a instituições ou organizações em que eles mantêm algum tipo de relação pessoal com os profissionais que nela atuam (PEREIRA, 2016, p. 127).

É necessário sublinhar que apesar do contato informal ser uma estratégia utilizada pelos profissionais para viabilizar o atendimento das demandas do usuário, contudo, essa não é uma solução permanente e não pode ser adotada por todos os profissionais, correndo o risco de a ação ser transmutada de sua perspectiva de direito para o assistencialismo, que está presente historicamente nas políticas sociais e, na atualidade, vai contra os princípios do SUS e do SUAS, e isso vem sendo legitimado pelos/as profissionais.

Nessa direção, cabe enfatizar a análise realizada por Damatta (1997), em sua obra “A casa e a Rua”, em que defende que a sociedade brasileira é relacional, ou seja, a relação social desempenha um papel central na dinâmica da ordem social, e isso tem impactos na cidadania. Isto, pois, para o autor, o conceito de cidadania implica, de um lado, na ideia fundamental de indivíduo e, de outro, em um sistema de leis e regras universais que valem para todos igualmente, perpassando pelas ideias de universalidade e impessoalidade. No entanto, em uma sociedade relacional, a noção de cidadania sofre um desvio que a impede de assumir

integralmente seu significado político universalista, sendo determinada pelas redes de relações pessoais: “quem você conhece versus quem eu conheço”.

Holanda (1995), no seu livro “Raízes do Brasil”, também compreende que a lógica das relações pessoais predomina historicamente na sociedade brasileira, afirmando que existe uma cultura da personalidade no país, herdada pela colonização portuguesa, de forma que não foi possível naturalizar, no Brasil, a ideologia da impessoalidade.

A análise desses dois autores fornece elementos para refletir sobre a realidade investigada, em que se observou a utilização das relações pessoais por parte das assistentes sociais entrevistadas, como forma de viabilizar o acesso do usuário a bens e serviços, levando à personalização das relações profissionais e institucionais. Entretanto, por mais que a rede de relações pessoais seja um recurso mobilizado na tentativa de responder às necessidades sociais postas pelos usuários, a intersetorialidade deve fazer parte do planejamento e do processo de trabalho das equipes e da gestão das diferentes políticas sociais.

Apesar de se utilizar da “cultura do favor” e do personalismo, um aspecto interessante destacado nos trechos dos depoimentos anteriores diz respeito ao uso da tecnologia para agilizar e/ou solucionar as demandas, como é o caso dos grupos de *whatsapp* citados por diversas assistentes sociais entrevistadas. Dessa forma, a tecnologia é uma ferramenta importante de trabalho, que pode potencializar a ação profissional e que, por isso, deveria ser formalizada pelos gestores, transmutando da esfera do personalismo para a esfera institucional.

Em relação às ações de caráter intersetorial realizadas no âmbito do SUS, também foi destacado pelas assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina e por representantes da gestão de saúde mental a questão do matriciamento. O apoio matricial envolve o apoio, a orientação e o suporte técnico dos profissionais que atuam nos serviços especializados de saúde mental, como CAPS e NASF, às equipes de Atenção Básica, visando criar uma cultura de corresponsabilização frente às demandas de saúde mental presentes em um mesmo território.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004a, p. 81).

Assim, o apoio matricial difere da lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência, pois significa responsabilidade compartilhada dos casos, de forma a

aumentar a capacidade resolutive dos problemas de saúde pelas equipes, através do estímulo à interdisciplinaridade e intersetorialidade (BRASIL, 2004a). Nessa direção, o matriciamento potencializa uma nova forma de se produzir saúde, a partir da integração dialógica entre saberes, instituições e setores diferentes, constituindo-se enquanto uma ferramenta de transformação não só do processo saúde-doença, mas da realidade dessas equipes e comunidades (CHIAVERINI et al., 2011).

É pertinente lembrar que o CAPS é um dispositivo estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo responsável por articular, organizar e tecer a rede de atenção à pessoa com transtorno mental e sua família, dentro do território em que estão inseridos. Nessa direção, a articulação com a atenção básica, através do apoio matricial, é uma responsabilidade do CAPS, que deve fornecer orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, desenvolver ações conjuntas, realizar ações de educação permanente, dentre outros (BRASIL, 2004a).

Considerando a importância da integração da atenção no cuidado em saúde mental, a partir do ano de 2017 as ações de matriciamento passaram a fazer parte da lista de indicadores de saúde no Brasil, conforme consta na Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Isso significa que o matriciamento deve fazer parte do planejamento, da avaliação e do monitoramento da Política de Saúde Mental em nível federal, estadual e municipal, além de ser uma exigência para o repasse de recursos do governo federal.

Nessa direção, desde 2016 e, sobretudo, em 2017, quando passa a haver uma exigência maior em torno do matriciamento pelo Ministério da Saúde, verifica-se um avanço nessas ações em Teresina:

O matriciamento é uma ferramenta indispensável pra comunicação, pra criar esse elo entre a atenção básica com a saúde mental. [...] Então, eu acho que a gente vem fortalecendo o matriciamento, inclusive em 2017 os nossos índices de matriciamento, eles superaram a meta que é exigida pelo Ministério da Saúde. Então assim, começou tímido, mas eu vejo que a gente tá se fortalecendo, tá levando a sério e tá começando a ver que se a gente não cresce o vínculo, só o CAPS em si ele não vai suprir a necessidade da população. Então, eu acho que a gente tá caminhando, não é cem por cento ainda, não é o perfeito, não é o desejado, mas assim, pelos próprios dados que a gente tem, a gente vê que a gente avançou bastante nos últimos anos (GESTÃO 1).

A articulação com as equipes da atenção básica, por causa do matriciamento, tá fluindo mais. A gente vê uma boa aceitação dos profissionais em relação ao matriciamento, a gente consegue quebrar aquela coisa de “ah, estão vindo me dar um trabalho a mais”. Não, eles já aceitam nessa perspectiva de compartilhamento de

cuidado, de entender que o usuário realmente também é deles, não tem aquela coisa de dizer “é do CAPS”, não, tá lá no território. A gente consegue levar bem essa mensagem pras equipes da atenção básica (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

O depoimento da gestora de saúde mental do município revela a importância do apoio matricial no compartilhamento de responsabilidades entre o CAPS e a atenção básica, o que é essencial para garantir a integralidade da assistência e a diversificação das estratégias de cuidado, em consonância com a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial. Destaca-se que apesar de o CAPS ser o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica brasileira, esse não pode ser o único serviço responsável pelo cuidado à saúde mental no país, por isso a RAPS foi criada, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental, conforme analisado nos capítulos anteriores.

Os achados da pesquisa apontam, ainda, segundo análise das entrevistas e documentos da gestão, avanços em relação aos índices de matriciamento em 2017, que totalizaram 196⁵³ ações realizadas pelos 7 CAPS de Teresina, superando a meta exigida pelo Ministério da Saúde, que é de no mínimo 12 ações de matriciamento realizadas por CAPS por ano.

Uma das assistentes sociais entrevistadas estava responsável pela implementação das ações de matriciamento no município no período de 2016 e 2017, e falou sobre os desafios desse processo no seu depoimento:

Eu fiquei à frente do matriciamento do município de Teresina por dois anos, em 2016 e 2017, eu fui responsável pelo matriciamento do município e, assim, eu tive muitas dificuldades de sensibilizar o profissional de CAPS de que era sua obrigação, de que fazia parte do seu processo de trabalho realizar o matriciamento. Então, até o final do ano passado eu ainda tava tendo muitas dificuldades com os profissionais, porque não tem insalubridade, porque não tem transporte todo dia e porque matriciar requer que você estude e que você tenha argumento, porque você vai convencer outra pessoa a dividir seu trabalho e tiveram alguns profissionais que chegaram na atenção básica e levaram pancada, e aí eles recuaram. Então: avançou? Avançou, porque eu tenho pelo menos um em cada serviço que matricia, que antes eu não tinha nada! Hoje eu já tenho, um ou dois em cada serviço que matricia. Hoje eu já tenho profissional sensibilizado pra realizar matriciamento. Cem por cento? Não, mas setenta por cento, eu tenho. Então, avançou, mas eu acredito que se eles continuarem vendo a importância do processo, só tem a avançar. [...] Não é por ser o indicador da saúde mental, mas é pra ser o carro-chefe de todo e qualquer serviço. Se a gente quiser trabalhar nessa perspectiva de reinserir, de reabilitar, eu vou fazer matriciamento, eu vou articular a rede [...] Então, o meu trabalho nesses dois anos foi com os profissionais dos CAPS de Teresina, pra sensibilizá-los pra eles realizarem justamente esse trabalho de matriciamento e de articulação (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

⁵³ No ano de 2017 o CAPS III realizou 27 ações de matriciamento; o CAPS II Norte realizou 79; o CAPS II Sudeste 16 ações; o CAPS II Sul realizou 28; o CAPS II Leste 39 ações; o CAPS AD realizou 05 ações; e o CAPS infantil do município realizou 02 ações de matriciamento, porém, o mesmo foi inaugurado no final do ano de 2017, segundo relatório da Gerência de Saúde Mental da FMS.

O trecho acima revela significativos avanços no apoio matricial em Teresina, que já conta com a adesão de muitos profissionais que veem a sua relevância no cuidado em saúde mental. Entretanto, o depoimento revela que um dos desafios enfrentados diz respeito à sensibilização dos profissionais quanto à importância do matriciamento, na medida em que ele requer uma mudança no processo de trabalho das equipes, que passam a realizar ações fora da instituição e que precisam estudar para fazer as atividades de apoio à atenção básica. Além disso, outra dificuldade enfrentada diz respeito às condições materiais de trabalho, como a questão do transporte que não é disponibilizado nos CAPS diariamente, inviabilizando a ida até os locais de realização das ações, que geralmente ocorrem nas UBS.

Os depoimentos reiteram esse e outros aspectos que dificultam a implementação do matriciamento:

A gente tá recebendo muita cobrança de matriciamento, por parte da gestão essa cobrança. Só que tem a cobrança, mas às vezes não tem a contrapartida deles, de ajudar em como é que a gente vai fazer esse serviço, como em relação ao carro, por exemplo, como a gente faz matriciamento sem carro? (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

É muito complicado, porque requer muito do profissional, requer, às vezes, que você pegue seu próprio carro e vá fazer matriciamento. Quem é o profissional que faz isso? Então, requer e às vezes o profissional não tem pra oferecer e nem a gente pode obrigar (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Em relação ao matriciamento, é outro desafio. Por quê? Não é que eu não faça o matriciamento, a gente faz, tá lá no calendário, eu tenho minha parceira que faz o matriciamento comigo, que é enfermeira. Mas às vezes são tantas as demandas, são tantas atividades que a gente tem que fazer aqui dentro do serviço que a gente não dá conta, a gente não consegue ficar saindo pro território, tendo essa comunicação efetiva (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Observa-se que, de modo geral, os desafios para as ações de matriciamento têm relação com as próprias condições materiais de trabalho, como ausência de transporte e o excesso de demandas internas aos serviços que sobrecarregam os profissionais e dificultam a realização de atividades externas. No geral, isso é resultado da própria vontade política dos gestores, que não fornecem condições mínimas para realização dessas ações, mas, ao mesmo tempo, cobram dos profissionais a sua efetivação, o que é incoerente. Assim como esse contexto também pode ser analisado como consequência do avanço do ideário neoliberal que vem reduzindo o investimento nas políticas sociais e precarizando as relações trabalhistas. Entretanto, são poucas as mobilizações coletivas e de luta pelos direitos por parte dos assistentes sociais na realidade entrevistada, de forma que esses ficam, muitas vezes, restritos ao “muro das lamentações”, em posturas fatalistas, não buscando estratégias políticas coletivas de enfrentamento aos desafios.

É pertinente ressaltar que em relação ao transporte, uma das representantes da gestão de saúde mental entrevistadas afirmou que recentemente passou a disponibilizar um carro uma vez por semana para todos os CAPS da cidade para as ações de matriciamento. Apesar de ser um incentivo, os desafios relacionados à sobrecarga de trabalho ainda permanecem como um fator dificultador para a implementação efetiva do apoio matricial no município.

A importância das ações de matriciamento foi reforçada no depoimento abaixo:

O matriciamento contribuiu demais pra que se tenha uma assistência integral, né. Agora não fica cada uma na sua casinha, as pessoas conversam. [...] Porque a equipe da atenção básica, ela tá perto da vida das pessoas, ela conhece as famílias, eles sabem da história de tudo, da histórica de vida das pessoas, conhece o vizinho, sabe o histórico da vida dela. Então, eu acho que veio contribuir demais (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

A entrevista reitera a relevância do apoio matricial para potencializar a integração e o diálogo entre as diferentes equipes e os serviços, sendo uma possibilidade de “sair das casinhas” em que os profissionais ficam reclusos nos seus processos de trabalhos cotidianos, o que tem impactos na integralidade do cuidado em saúde. Ademais, a assistente social assinala acerca da importância da atenção básica, pela proximidade que têm com as pessoas que habitam o território, suas casas, suas famílias e histórias de vida, o que também foi destacado por um dos representantes da gestão entrevistados:

Já está tendo um trabalho dos CAPS com atenção básica, pra que a gente faça a atenção básica se corresponsabilizar pelo cuidado, não só pelo cuidado em saúde em si, mas porque a gente sabe a potencialidade da atenção básica no território. [...] A equipe de atenção básica tem total conhecimento do território, dos espaços, da moradia das pessoas. Eles são os nossos olhos e ouvidos no território, e os CAPS tem que saber lidar com isso, aproveitar essa potencialidade (GESTOR 2).

A partir da análise de documentos institucionais, dos depoimentos, da observação do cotidiano de alguns serviços, assim como na participação em algumas ações de matriciamento, verificou-se que, apesar dos desafios, o apoio matricial já faz parte do planejamento das equipes dos CAPS de Teresina:

O matriciamento, ele tá acontecendo. A gente dividiu os técnicos por bairros. Por exemplo, eu sou responsável pelas equipes do Parque Piauí, Promorar, Betinho e Carolina Silva, então, a gente faz reuniões mensais em cada uma dessas Unidades Básicas e, como o próprio nome sugere, o matriciamento é esse suporte técnico dos técnicos da saúde mental pra com o pessoal da saúde, da atenção básica, e a gente vai realmente e faz esse diálogo, estreita esses laços, faz essas capacitações (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Assim, para a realização das ações de matriciamento há uma divisão das equipes de atenção básica existentes no território, e cada dois profissionais ficam responsáveis por apoiar uma quantidade de equipes. Essas ações são inseridas no planejamento mensal do CAPS e, ao

final do ano, são incluídas no relatório a ser enviado para a Gerência de Saúde Mental do município.

Um aspecto importante diz respeito ao caráter interdisciplinar do matriciamento, na medida em que ele não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, ou seja, todo profissional de qualquer formação de nível superior que atue na saúde mental pode ser um matriciador. Para Chiaverini et al. (2011, p. 16), “isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento”. Sobre isso, destaca-se o depoimento a seguir:

Todos os profissionais do CAPS fazem o matriciamento. Minha dupla do matriciamento é uma enfermeira. A diferença é que os bairros são divididos entre as equipes, entre os profissionais da equipe, e o profissional médico, ele fica para todas as equipes que houverem necessidade. Claro que nós temos alguns médicos mais resistentes, mas no nosso caso específico da manhã, a gente não tem dificuldade com o médico da manhã. [...] A gente tem uma boa relação com os médicos, eles não se eximem de participar, eles participam bastante. Só que assim, a gente vai na frente, aí quando tem a demanda que precisa do médico a gente agenda com ele e faz o planejamento e ele vai (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Assim, o matriciamento é uma atividade essencialmente interdisciplinar, de responsabilidade da equipe multiprofissional dos CAPS. Entretanto, o depoimento acima revela que essa ação não é vista como uma obrigação do médico, contando com a sua participação esporádica, apenas quando solicitada por outros profissionais, o que revela resquícios do modelo biomédico no processo de trabalho de um serviço que é substitutivo ao manicomial.

É necessário lembrar que a Reforma Psiquiátrica envolve uma desconstrução do paradigma e do saber médico psiquiátrico tradicional, que historicamente prevaleceu no modelo manicomial (AMARANTE, 1996). Bisneto (2009) afirma que apesar da crítica à centralidade do saber médico feita pela Reforma Psiquiátrica, o mandato social do psiquiatra nas instituições de saúde mental ainda não foi completamente superado, devido à dominação histórica que esse profissional deteve nesse campo, o que foi possível observar na realidade investigada.

No depoimento anterior, a entrevistada destaca que tem uma boa relação com o médico, todavia, constata-se que esse profissional não participa igualmente das atividades que são de responsabilidade do restante da equipe multiprofissional. Esse aspecto também pode ser observado em outros depoimentos:

A gente ainda tem uma dificuldade em conversar com o psiquiatra, porque a gente ainda tem uma cultura muito arraigada de que o médico é o médico, aí ele tem os horários dele pra vir, mas não vem. [...] Ainda tem essa cultura de que os médicos estão no centro da saúde, de que eles são os bambambans, né. O que eu vejo é que são profissionais que têm muitos vínculos, em várias instituições, aí quando ele chega pra fazer a sua atividade, ele já faz e já sai correndo. Normalmente, são os que não

cumprem horários, aqui mesmo [...] essa discussão é bem presente, quem é que bate ponto, quem é que não bate ponto. Por que aqui só quem não bate o ponto é o médico. Por isso a gente vê que não tem uma isonomia dos profissionais, e isso é visível, inclusive no salário, porque o nosso salário aqui é péssimo, não só dos assistentes sociais, mas da maioria dos profissionais, diferente do salário dos médicos, né. [...] É claro que isso também vai refletir nessa articulação. Por que como o médico chega e sai sem ter um horário a cumprir, a gente vai atrás dele no horário e ele às vezes não está, e quando ele está nem sempre a gente tá disponível também. Então isso eu acho que fragiliza a nossa comunicação (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Existe correlação de força com os médicos, principalmente aqui [...] que é um lugar que historicamente teve o médico como central, né. Então, a gente tem um pouco essa dificuldade de se relacionando com o médico (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

O depoimento da assistente social 5 é inquietante, pois evidencia que há um tratamento claramente diferenciado entre o médico e os profissionais das demais áreas, que pode ser constatado desde o fato de o primeiro ser o único trabalhador da instituição que não precisa bater ponto e, ao mesmo tempo, tem um salário maior que o restante da equipe. Essa questão é tão grave nessa instituição – mas não é exclusiva dela – que inclusive os refeitórios, que são espaços de alimentação dos profissionais e pacientes, são divididos, de forma que os médicos têm um refeitório exclusivo, como foi possível constatar a partir de visita institucional. Isso revela o predomínio de uma cultura que privilegia o poder biomédico, contrariando a própria Reforma Sanitária, que defende a importância dos diferentes saberes interdisciplinares no cuidado em saúde, o que é desafiador para a implementação da intersetorialidade, tendo em vista que essa demanda não só articulações entre setores, mas também entre saberes e profissões.

Por interdisciplinaridade se entende, segundo Vasconcelos (2010), a reciprocidade entre os diferentes tipos de conhecimento, havendo o enriquecimento mútuo entre eles, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados, permitindo múltiplos olhares sob um mesmo objetivo. Conforme analisado em capítulos anteriores, defende-se que a interdisciplinaridade é uma exigência para a materialização da intersetorialidade. Contudo, em alguns cenários, essa atuação interdisciplinar ainda precisa avançar, especialmente no que se refere à superação da centralização no médico.

Nesses termos, é importante sublinhar o papel do matriciamento na construção do diálogo entre profissionais de diferentes serviços de um mesmo território, e para a criação de uma cultura de responsabilidade compartilhada frente às demandas de saúde mental, entre os CAPS e a atenção básica. Dessa forma, Bezerra e Dimenstein (2008, p. 643) afirmam que “o apoio matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental”, na medida em que permite lidar com a saúde de uma forma

integrada e também amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento das equipes de atenção básica, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua.

No geral, o matriciamento foi citado nas entrevistas como uma ação de caráter intersetorial, entretanto, o fato dele potencializar a articulação, sobretudo entre os CAPS e a atenção básica, ou seja, entre serviços que fazem parte da Política de Saúde, pode levar ao questionamento se ele é uma atividade intersetorial ou intrassetorial. Todavia, o apoio matricial gera o diálogo efetivo entre equipes de instituições diferentes, fomenta a interdisciplinaridade e propicia o planejamento de atividades realizadas entre serviços diferentes, o que faz com que essa seja caracterizada, sim, como uma ação de caráter intersetorial.

Em relação especificamente sobre as ações de caráter intersetorial, é importante destacar a respeito do projeto “Rede, Instituições e Articulações” (RIA), que tem como principal finalidade articular a rede formal e informal do seu território de abrangência, criando um espaço de comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem essa rede, de forma a promover a integralidade do cuidado da pessoa com transtorno mental.

Cabe lembrar, como visto em capítulos anteriores, que os Centros de Atenção Psicossocial devem regular, mobilizar e trabalhar em conjunto tanto com os serviços de saúde – como postos de saúde, hospitais, dentre outros – quanto outros recursos da rede, sejam eles assistenciais, jurídicos ou voltados para o lazer e a cultura (BRASIL, 2004a). Dessa forma, através da atuação em rede, o CAPS “deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental” (BRASIL, 2004a, p. 78).

Foi nessa perspectiva que a RIA foi criada, em julho de 2015, por assistentes sociais do CAPS II Sul de Teresina-PI, tendo como objetivos:

Mapear e articular a rede formal (conformada por serviços e instituições públicas) e informal (conformada por grupos sociais, cooperativas, movimentos sociais, grupos de familiares, dentre outros) de cada zona territorial de Teresina-PI; proporcionar a comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede formal e informal do município de Teresina; realizar ações intersetoriais nos diversos espaços da rede; planejar atividades intergeracionais a serem executadas em cada território, sem critérios de exclusão; favorecer a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território (LIMA; SANTOS, 2017, p. 131).

Para atingir esses objetivos, a RIA propõe articular os dispositivos da rede de atenção psicossocial, da rede socioassistencial e demais redes e serviços do território que tenham interesse de participar, utilizando-se, como estratégias de intervenção: a realização de reuniões mensais; a discussão de casos; a produção de atividades compartilhadas no território; a realização de visitas conjuntas; dentre outros (LIMA; SANTOS, 2017).

Assim, através dessas ações a RIA pretende articular a rede intersetorial, de forma a considerar a pessoa com transtorno mental como pertencente ao seu território, e não a um serviço específico, construindo um cuidado compartilhado, conforme apontam os depoimentos dos assistentes sociais a seguir:

A RIA nos oportunizou a gente conseguir sensibilizar as outras pessoas para as demandas de saúde mental, colocando pra elas que essas pessoas têm direitos, têm necessidades, independente de qualquer coisa, elas precisam ser atendidas em suas necessidades outras. [...] Então a RIA trouxe essa correponsabilização efetiva pra gente (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

A RIA, realidade fez aquilo: pessoal, tá na hora da gente sentar, vamos sentar que o problema não é meu, o problema é nosso e não é um problema, é uma pessoa que está com seus direitos, de certa forma, fragilizados, violados (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4)

Dessa forma, os achados da pesquisa, tanto a partir das entrevistas quanto na observação da realidade, apontam a RIA como um projeto importante para a construção de uma cultura de cuidado compartilhado no território da Zona Sul e para o desenvolvimento da comunicação contínua entre os diversos setores. Nos relatos acima, é possível observar isso quando os profissionais que trabalham na saúde mental e na assistência social se referem à RIA como uma possibilidade de correponsabilização efetiva em torno das problemáticas que perpassam a vida da pessoa com transtorno mental que demandam uma atenção intersetorial.

Destaca-se que a atuação em rede e a correponsabilidade pelo cuidado no território, como estratégias para a integralidade da assistência à pessoa com transtorno mental, são aspectos previstos, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da política de saúde mental, conforme visto em capítulos anteriores. Contudo, verifica-se que tais ações ainda são desafiadoras, o que foi destacado por grande parte dos participantes da pesquisa, que afirmam encontrar dificuldade de implementar a intersetorialidade como parte de seu processo de trabalho. Nessa direção, a RIA se apresenta como um projeto ousado, ao propor alternativas concretas de articulação entre os diversos serviços e profissionais da Zona Sul, mostrando a possibilidade da realização de um trabalho conjunto pautado na integralidade e na intersetorialidade, o que foi destacado em muitos depoimentos, tanto nas falas dos assistentes sociais que trabalham na saúde e na assistência social quanto em um dos representantes da gestão de saúde mental.

Cabe ressaltar que a proposta da RIA surgiu após uma das assistentes sociais do CAPS II Sul participar do Projeto Percursos Formativos⁵⁴ do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c;

⁵⁴ O Projeto de Percursos Formativos na RAPS foi lançado através de uma chamada pública para seleção de projetos, em novembro de 2013, contemplando apoio financeiro a 96 municípios para desenvolvimento de ações

2017d), a partir do qual a mesma realizou, no ano de 2015, um intercâmbio no município de Umbu das Artes, localizado em São Paulo, que tinha experiências exitosas em relação à consolidação da RAPS e a atuação em rede, juntamente com outros profissionais de serviços da saúde mental de todo o Piauí, conforme relato a seguir:

Em 2015 eu participei do intercâmbio no município Umbu das Artes, onde passei 30 dias, que era aquele Projeto dos Percursos Formativos do Ministério da Saúde. Aí esse projeto tinha três vertentes, que era o intercâmbio, que era a formação dos profissionais e a educação permanente. [...] Entre os intercambistas se escolhia uma pessoa, e essa pessoa seria o Ativador de Rede. Dentre os que foram, eu fui a escolhida na época, e aí a gente ia ser Ativador de Rede dentro do nosso município, que era onde entrava a questão da educação permanente (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Como parte do Projeto Percursos Formativos, a referida profissional foi escolhida para atuar como Ativadora de Rede em Teresina pelo período de dois anos, 2016 e 2017, tendo como objetivo estimular e articular processos de educação permanente em saúde e reflexões da equipe e da rede para redirecionar as suas ações, através de reuniões junto às equipes dos pontos de atenção da RAPS e de rodas de educação permanente com serviços do território, com ênfase entre os dispositivos da atenção psicossocial, da atenção básica e intersetorial. Nesses termos, a RIA surgiu como uma das propostas dessa profissional na sua atuação como Ativadora de Rede, pensada conjuntamente com outra assistente social do CAPS II Sul.

Uma das questões enfatizadas pelas participantes da pesquisa acerca da RIA diz respeito à possibilidade de que os profissionais de diferentes dispositivos de um mesmo território pudessem se conhecer formalmente e fortalecerem os vínculos entre si, de forma a potencializar a comunicação efetiva entre as instituições:

O que mudou com a RIA é que eu passei a conhecer as minhas colegas. Se eram Assistentes Sociais ou não, não importava, mas as pessoas que realmente faziam o serviço, a gente passou a conhecer. [...] A RIA nos trouxe essa possibilidade de se apresentar, de conhecer, de trocar (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Na RIA a gente tem oportunidade de se conhecer, enquanto rede assistencial, enquanto rede de saúde, enquanto rede de saúde mental. Lá a gente encontra os demais profissionais e nós temos a oportunidade de conhecer a realidade do nosso usuário nos outros serviços. Então, assim, é uma troca muito importante (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Devido à RIA, que realmente é um projeto que teve muito sucesso, a gente dialoga, já realmente estreitamos os vínculos, como é o propósito do projeto, e passamos a ter essa comunicação contínua (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

de educação permanente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), contemplando ações de formação no âmbito específico da troca de experiências entre profissionais: intercâmbio entre experiências; oficinas de atualização; Plano de educação permanente; Engrenagens da educação permanente (BRASIL, 2017b).

Assim, a RIA proporciona o diálogo e o estreitamento de vínculos entre os profissionais de um mesmo território, o que é essencial para a implementação da intersectorialidade, na medida em que o trabalho em rede é construído e materializado pelos trabalhadores que executam as políticas sociais. Dessa forma, a RIA propõe uma nova forma de trabalhar, “que envolve vínculo, afeto, trocas, ajuda mútua, comunicação, dinamismo, aspectos qualitativos de uma nova forma de relacionar-se enquanto rede que de fato está sendo articulada para o cuidado comunitário” (LIMA; SANTOS, 2017).

Verifica-se, como um dos significativos avanços da RIA Sul, o fortalecimento da articulação entre os serviços da RAPS e da rede socioassistencial na região, como destacam os depoimentos a seguir:

Na RIA, a gente pode conhecer como é nosso usuário na assistência e como é que a assistência tá lidando com essas demandas, o que está sendo possível a assistência trabalhar de forma técnica, quais as dificuldades. [...] E eles do mesmo jeito, ficam conhecendo a rede de saúde mental, como está aquele usuário que a Assistente social do CRAS conhece, já atendeu ele lá em relação a uma demanda x ou y, como ele é na saúde mental (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Com a RIA, hoje eu já tenho mais segurança de encaminhar um usuário pro CRAS, porque eu sei quem tá lá e a pessoa também sabe que a demanda vai chegar pra ela, independente de ser encaminhada por mim ou não. Então, há essa sensibilidade hoje (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Dessa forma, constata-se que o projeto da RIA potencializou a articulação entre os dispositivos de saúde mental e a assistência social da Zona Sul, o que é essencial pois, muitas vezes, as pessoas com transtornos mentais e seus familiares vão ter demandas que precisam ser atendidas pelos serviços da rede socioassistencial do seu território. Sobre isso, observa-se o relato a seguir:

A gente tem a RIA, que foi criada há dois anos e partiu do CAPS essa ideia de fazer a rede funcionar. Teve o convite do CAPS pra todas as instituições da assistência social, tanto o CRAS, o CREAS e os Centros de Convivência, e a partir daí a gente começou a fazer ações juntas, discussões de casos, porque a gente atende pessoas com transtornos mental, e deles pra saber dos pacientes que estão nos CAPS, que estão no território, também pra saber se estão sendo acompanhados, se eles têm os benefícios que eles têm direito. Também têm ações em datas comemorativas, carnaval, que a gente costuma fazer juntos, festa junina, são sempre ações que a gente faz conjuntamente (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

A entrevista acima reitera que através da RIA houve uma maior aproximação entre o CAPS II Sul e os serviços da assistência social em torno do atendimento das pessoas com transtornos mentais pertencentes ao território.

Conforme análise dos depoimentos, leitura dos registros documentais da RIA Sul e observação de algumas reuniões, constatou-se que os serviços que mais se fazem presentes nas reuniões e ações promovidas pela RIA são, principalmente, os da assistência social, que são os 05 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) do território, o CREAS Sul e os Centros de Convivência dessa região. O trecho da entrevista abaixo demonstra isso:

Dentro da reunião da RIA a gente articula melhor com a assistência social, então, em toda reunião praticamente todos os CRAS e CREAS da região estão presentes, os Centros de Convivência também, os profissionais e coordenadores pelos Centros de Convivências estão presentes (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Nessa direção, uma das novidades trazidas pela RIA diz respeito à realização de atividades conjuntas entre os serviços de saúde mental e da assistência social da Zona Sul, pensadas e implementadas efetivamente como ações da RIA Sul, tais como: Carnaval de rua, São João integrado e Fórum Antimanicomial da Zona Sul. Tais atividades reúnem não só os profissionais e os usuários dos diferentes serviços, quanto propõem a sua abertura para a comunidade em geral, visando à reinserção social e a criação de vínculos entre a pessoa com transtorno mental e as pessoas que habitam o seu território.

A entrevistada a seguir fala um pouco sobre essas ações:

Partindo dessa nossa articulação com a rede socioassistencial, a gente faz muitas ações em conjunto, fazemos planejamento dessas atividades em conjunto, então, por exemplo, nós fazemos três grandes eventos, que é, o carnaval de rua, que acontece de forma intersetorial, onde é planejado dentro da RIA. O São João integrado que também é planejado dentro da RIA. E o Fórum Antimanicomial, que essa última edição já saiu também dentro da RIA, já foi na perspectiva de Fórum Antimanicomial da zona sul. Então, essas três ações macro, elas já são feitas de forma integrada com os participantes da RIA. Além desses, a gente sempre tem também os eventos que, dependendo do mês, do tema específico, por exemplo, Setembro Amarelo, a gente vai para dentro dos CRAS fazer palestras que os próprios Assistentes Sociais do CRAS ou coordenadores chamam o público-alvo e nós daqui vamos pra fazer isso, seja no Setembro Amarelo pra falar de suicídio, seja no Outubro que é o Dia Mundial da Saúde Mental, a gente também vai fazer esses temas. A gente faz também as capacitações com os próprios facilitadores dos serviços, porque eles pedem muito essas formações, então, a gente já fez capacitação com os facilitadores sobre luto, sobre saúde mental (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

O relato de um representante da gestão de saúde mental também falou da importância da RIA na organização desses eventos e atividades conjuntas:

Agora mesmo nós tivemos o carnaval integrado da Zona Sul, onde a RIA juntou o CAPS II Sul, juntou o CAPS AD, juntou toda a rede da Zona Sul pra organizar esse momento e, assim, a gente vem tentando incluir essas outras instituições pra que eles se sintam pertencentes do processo, né, pra que eles entendam que a saúde mental não depende só do CAPS, né, que o ser tem que ser visto de forma bem mais complexa, bem mais ampla e integrada. Então, eu acho que a gente já vem realizando algumas datas em conjunto, alguns eventos. O pessoal do CAPS II Sul, eles realizam uma

atividade na semana da luta antimanicomial, que eles mesmos tomam frente, e essas instituições também são convidadas a participar. Nós também tivemos o São João integrado, tudo como uma forma de um processo de aproximação, de conhecimento, pra que a gente possa realmente se articular de maneira efetiva (GESTOR 1).

As atividades realizadas em conjunto no território aparecem como uma inovação ocasionada pela RIA, que provoca os profissionais a saírem do interior dos “muros” dos seus serviços e dialogarem com a comunidade e outros serviços, além de possibilitar a construção de um planejamento coletivo com outras instituições, áreas e saberes.

Sobre as atividades realizadas, merece destaque as ações alusivas ao dia da luta antimanicomial. Antes da RIA, era realizado o “Fórum Antimanicomial do CAPS II Sul”, de responsabilidade apenas desse serviço e, atualmente, passou a ser “Fórum Antimanicomial do Território Sul”, planejado e implementado por profissionais que compõem a RIA, de diferentes serviços – apesar de ainda necessitar do incentivo e iniciativa dos profissionais do CAPS II Sul.

No ano de 2018 foi realizado o III Fórum Antimanicomial do Território Sul, com o tema “O CAPS para além dos muros: a busca pela territorialização do cuidado”, que foi marcado pelo debate acerca do território, da intersetorialidade e da integralidade e, para tal, contou com a presença de profissionais de diferentes serviços de Teresina na composição das mesas, tais como CAPS II Norte, Sul, Sudeste, CAPS infantil, CAPS ad, UBS, CRAS Sul e Casa de Metara. Na imagem abaixo, é possível observar a programação do evento:

Figura 2 - Programação do III Fórum Antimanicomial do Território Sul

**IV FÓRUM
ANTIMANICOMIAL DO
CAPS II SUL
III FÓRUM
ANTIMANICOMIAL DO
TERRITÓRIO SUL**

*O CAPS para além
dos muros: a busca
pela territorialização
do cuidado*



Desenho feito pela usuária Maria de Deus do Caps II Sul

Endereço do CAPS II SUL: Av. Barão de Gurgúcia, nº 2913, Pto XII
Telefone para contato: (86) 3218-4865 Fundação Municipal de Saúde – FMS / Piauí

1 PROGRAMAÇÃO

MANHÃ

8 às 8:30h – CREDENCIAMENTO

8:30 às 9h – MESA DE ABERTURA

9 às 9:15h – Apresentação cultural “Da luta ao luto”

9:15 às 10h – PALESTRA DE ABERTURA
TEMA: Qual o lugar do Caps no território?
PALESTRANTE: Diaponira Santos (Assistente Social/ CAPS II Sul)

10 às 10:30h – LANCHE

10:30 às 11:30h – MESA REDONDA

TEMA: A integralidade do Cuidado na RAPS
MEDIADOR: Sofia Laurentino (Doutoranda em Políticas Públicas – UFPI)
PARTICIPANTES: Isabel Karine (Gerência de Saúde Mental de Teresina/PI)
Joviane Moura (Psicóloga/CAPS Norte)
Latiffé Cure (Enfermeira – UBS São Pedro)

11:30 às 14:30h – INTERVALO

TARDE

14:30 às 15:30h – MESA REDONDA

TEMA: Cuidado Compartilhado no território: o papel da intersetorialidade
MEDIADORA: Sayonara Lima (Coordenadora do CAPS i)
PARTICIPANTES: Nayrard Braga (Assistente Social CRAS Sul II e CAPS Sudeste)
Rosalva Lima (Coordenadora Casa de Metara)

15:30 às 16:30h – MESA REDONDA

TEMA: Vamos promover Saúde Mental no Território
MEDIADORA: Prof. Dra Lucía Rosa (UFPI)
PARTICIPANTES: Joana D’arc (Assistente Social – CAPS ad)
Luís Carvalho (CAPS ad)
Ismênia Reis (Facilitadora de Biodança)

Fonte: Elaboração do CAPS II Sul.

O Fórum Antimanicomial do território Sul já vem se consolidando como uma importante atividade para o debate em torno da saúde mental em Teresina e, principalmente, ao levantar a bandeira da luta antimanicomial e levá-la para a comunidade em geral, mostrando que a Reforma Psiquiátrica não ocorre apenas no interior dos muros do CAPS e precisa ultrapassar as barreiras sanitárias.

Assim, após a criação da RIA, o CAPS II Sul passou a promover mais ações externas ao serviço, contribuindo para a desinstitucionalização do próprio CAPS, para sua efetiva territorialização e articulação com outros serviços e políticas sociais. Isso é essencial, tendo em vista que o trabalho “extra muros” é desafiador, pois questiona os tradicionais processos de trabalho e visa criar uma nova cultura e inventar novas formas de se produzir saúde, no território e com a comunidade.

É pertinente evidenciar que em dezembro de 2017 a Fundação Municipal de Saúde promoveu a II Mostra de Saúde Mental de Teresina, com o objetivo de dar visibilidade às boas iniciativas dos profissionais e diferentes serviços de saúde mental localizados no município, por meio da divulgação de práticas e saberes. A Mostra ofereceu três premiações em dinheiro para os profissionais que apresentassem as experiências mais exitosas, e a RIA, representada no evento pelas suas mentoras, ganhou o primeiro lugar, o que evidencia o reconhecimento da importância do projeto pela gestão municipal. O trecho da entrevista a seguir demonstra isso:

Eu acho que a RIA, ela é um potencial que a gente tem. A gente precisa apresentar pro Brasil essa proposta da RIA, e eu acredito que a nossa possibilidade de avanço é fortalecer a RIA, né, de modo que as coisas possam fluir, que as coisas possam acontecer, que as informações possam chegar. É assim o modo que eu vejo de como a gente vai fortalecer essa questão da intersetorialidade, através da RIA (GESTOR 1).

Em diversos momentos de sua entrevista, o representante da gestão citou a importância da RIA como uma estratégia para avançar a atuação em rede e a intersetorialidade no município:

Inclusive, nós da gerência, a gente tem toda uma preocupação no apoio da RIA, porque é a saída que a gente vê pra solucionar essa intersetorialidade no momento. E em 2017, nós colocamos como meta da gerência a implantação da RIA Sudeste, porque nós já tínhamos a RIA Sul, a RIA Norte e a RIA Leste, mas a RIA Sudeste, por algum motivo, a gente não estava conseguindo implantar. Então, a gente fechou numa articulação com a *Fulana*, que foi uma das idealizadoras da RIA, com a coordenação local e com os profissionais pra implantação da RIA Sudeste (GESTOR 1).

O depoimento revela que há um reconhecimento da gestão de saúde mental em relação à importância da RIA para a Política de Saúde Mental do município, de forma que após a implantação do projeto na Zona Sul, a gestão incentivou a expansão da experiência para outras regiões da cidade, originando a RIA Leste, Norte, Sul e Sudeste, em cada uma das quatro Zonas

da capital. É necessário evidenciar que os quatro territórios citados têm no mínimo um CAPS, que fica responsável por ordenar e impulsionar as ações da RIA.

A questão do apoio da gestão em relação à RIA também foi destaque na fala de alguns profissionais:

A atual gestão de saúde mental abriu todos os caminhos, ela comprou a ideia da RIA. A RIA não é mais do território Sul, hoje a RIA é de Teresina, ela é do município, então, ela tá em todo lugar, e isso a gente só conseguiu porque as nossas gerentes nesse processo compraram a ideia e junto com a gente elas se colocaram a disposição, e hoje a gente conseguiu expandir, e é algo que traz sensibilidade, é algo que traz retorno e a gestão gosta, né (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

O incentivo da gestão ao projeto da RIA é essencial, tendo em vista sua importância para a integração entre os diferentes serviços e trabalhadores frente ao atendimento das necessidades postas às pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares. Ademais, a intersetorialidade demanda uma transformação no âmbito da gestão pública, exigindo planejamento, participação, acompanhamento, avaliação das ações desenvolvidas e vontade política para romper com práticas e estruturas tradicionais (SILVA, 2014). Portanto, apesar de a RIA ser considerada uma experiência positiva, ela ainda precisa fazer parte efetivamente da agenda pública e do processo de planejamento das ações das diferentes gestões das políticas sociais, não apenas da Gerência de Saúde Mental, mas também da Política de Assistência Social e demais políticas.

É necessário destacar que quando os profissionais do CAPS falam sobre a gestora de saúde mental, estão se referindo à Gerente de Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde, e não ao Secretário de Saúde do município, que é o gestor da política de saúde de Teresina e, portanto, quem tem maior poder político de decisão. A esse respeito, destaca-se a fala de uma das participantes da pesquisa, que afirma que “a gerência de saúde mental do município é ótima, mas não tem autonomia e nem tem voz com a gestão, com o secretário” (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2). Assim, de modo geral, os depoimentos das assistentes sociais da RAPS confirmam o apoio e o diálogo frequentes com as Gerências de Saúde Mental do município e do Estado, mas apontam a desvalorização dos serviços e dos trabalhadores de saúde mental por parte dos Secretários de Saúde da FMS e da SESAPI.

Compreendendo isso, reitera-se a necessidade de que o projeto da RIA, assim como outras iniciativas de cunho intersetorial, não fique a cargo de um profissional, instituição ou setor, e, sim, que seja formalmente pactuado entre os gestores das diferentes políticas sociais do município e do Estado, garantindo um planejamento e a implementação conjunta das ações, garantindo uma maior efetividade e continuidade.

Outro ponto observado foi que, apesar da presença constatada dos serviços da assistência social nas reuniões e demais atividades da RIA Sul, o mesmo não ocorre em relação aos dispositivos de saúde, que têm dificuldade de adesão ao projeto, com exceção do CAPS AD e do próprio CAPS II Sul. Além desses, o CAPS III e o NASF participaram esporadicamente de alguma reunião da RIA. Quanto aos demais dispositivos do SUS do território, como Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), hospitais ou postos de saúde, esses nunca estiveram presentes em nenhuma ação do referido projeto, até o momento da pesquisa. Isso pode ser verificado nos relatos a seguir:

Termina que a própria RAPS tem uma dificuldade de participar das reuniões da RIA. O CAPS III é um pouco ausente, o NASF é um pouco ausente, Consultório na Rua também. Então, a gente tem essa dificuldade de trazer os próprios serviços da RAPS pra dentro da reunião da RIA, a gente articula um pouco melhor com a assistência social, então, em toda reunião, praticamente todos os CRAS e CREAS da região estão presentes e os Centros de Convivência também, os profissionais e coordenadores pelos Centros de Convivências estão presentes (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Não posso dizer que eu tenha a adesão de todos os serviços da zona sul, porque eu não tenho. Existem profissionais que não veem a RIA como algo que traga benefícios, que podem até trazer mais trabalho, então eu não tenho a adesão de todos os serviços. Nem da atenção básica, nem no CAPS III, eu não tenho adesão na RIA Sul. Mas todos os CRAS eu tenho. De todos os CRAS, de todos os centros de convivência do território a gente tem adesão e a gente consegue fazer tudo junto (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Foi possível verificar que nas duas instituições hospitalares investigadas, que foram a Maternidade Evangelina Rosa e o Hospital Areolino de Abreu, ambas sabem da existência da RIA, mas não participam de suas ações, principalmente pela dificuldade de “sair dos muros” das instituições, o que é uma característica própria do modelo hospitalocêntrico, como revela o trecho da entrevista a seguir:

A gente não tem quase nada nesse sentido de atividades e ações externas ao hospital, como a RIA tem. A gente sabe que a RIA já tem atividades comemorativas, ações nas praças, em outros locais fora dos CAPS. Mas aqui a gente não conseguiu extrapolar esse muro ainda, em termos de atividades, de eventos. [...] Então, eu acho que ainda estamos muito dentro dos nossos muros, dentro do Areolino de Abreu, eu acho que poderíamos tentar sair um pouco mais desse nosso casulo, precisamos interagir melhor com o que tá lá fora (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

É pertinente lembrar que o Hospital Areolino de Abreu é localizado na Zona Norte de Teresina, logo, a sua articulação deve ser feita na RIA dessa região. Entretanto, as duas entrevistadas que trabalham nessa instituição afirmaram que não participam de nenhuma ação da RIA e que sentem dificuldade de realizar atividades externas ao hospital, principalmente por se tratar de uma instituição manicomial.

Assim, ao ser questionada sobre o porquê de não participar de mais atividades externas ao hospital, como as ações da RIA, a assistente social que trabalha no HAA realiza uma comparação com o CAPS e afirma que o desafio se dá justamente por se tratar de uma instituição fechada, pois o Areolino de Abreu é um hospital psiquiátrico que, como visto em capítulos anteriores, tem como base o modelo asilar, com pouco diálogo com a comunidade e com outras instituições, o que ainda prevalece nesse cenário, mesmo com as transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica na Política de Saúde Mental brasileira. Mesmo reconhecendo tais desafios, a assistente social não aponta alternativas, ficando, novamente, no “muro das lamentações”, não visualizando possibilidades de enfrentamento individual ou coletivo que permita mudanças nessa realidade.

É pertinente lembrar que a RIA foi se expandindo para diferentes regiões de Teresina, e a forma de adesão dos serviços e profissionais ao projeto vai sofrer diferenciações, a depender do território:

Hoje, a RIA Sul se resume ao CAPS II SUL, ao CAPS AD, que é nosso parceiro, e aos CRAS e Centros de Convivência. O que é diferente da RIA Norte, que já tem muita presença da atenção básica, que é diferente da RIA Leste, que já tem educação pelo meio e é diferente da RIA Sudeste, que tem tudo isso e mais um pouco, até segurança pública. Então, cada RIA vai se estabelecendo da forma mais interessante e, também, como já tinha experiência das outras, cada pessoa vai pegando uma formatação diferenciada (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Apesar da proposta inicial do projeto da RIA ter sido inaugurado no território Sul, o seu desenvolvimento é diversificado em cada Zona da cidade, assumindo características particulares dos profissionais e serviços que materializam o projeto.

Na última reunião da RIA no ano de 2017 foi realizada uma avaliação com os profissionais presentes acerca do projeto, na qual foi sugerida a realização de um seminário integrado das quatro RIAs de Teresina, para troca de experiências.

Outro aspecto analisado em relação à RIA Sul foi a ausência de membros das redes informais em suas atividades:

Quando a gente elaborou o projeto da RIA e começou a execução das atividades, era pra gente fazer a articulação com a própria RAPS, com a rede socioassistencial e com as redes informais, né. [...] Só que na rede informal a gente tem uma dificuldade, a gente ainda não conseguiu trazer a rede informal pra dentro das reuniões da RIA (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Nós não temos um vínculo muito bom com rede informal. Não é nossa culpa e não é culpa da rede informal, é porque assim, a gente nunca teve tantas pernas pra se dirigir até elas, pra convidar a participar de uma reunião de RIA, pra expor quem é o CAPS Sul dentro do território [...] Mas isso é algo que a gente quer fazer, que a gente precisa avançar mais ainda com a RIA, trazer a rede informal, trazer novos atores pra

discussão, disseminar a saúde mental mais ainda dentro do território (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Ambos os depoimentos confirmam a ausência das redes informais nas reuniões, mas, ao mesmo tempo, reconhecem a sua importância e afirmam estarem pensando em estratégias de aproximação com os segmentos da sociedade civil.

É pertinente lembrar que por redes informais se entende recursos sociocomunitários, associações, cooperativas, grupos sociais, movimentos sociais, etc. Assim, defende-se uma concepção de rede ampliada que compreende não apenas os serviços e instituições formais, mas abrange os diversos atores sociais, na qual o Estado e a sociedade exercem papéis importantes para a constituição da política de saúde mental. Saraceno (1999) defende essa perspectiva, reitera a necessidade de articulação dos serviços de saúde mental com recursos comunitários e territoriais, pois esses podem ser uma rica fonte de recursos, tanto humano quanto material, atuando como parceiros da Política de Saúde Mental.

As atividades coletivas realizadas pela RIA Sul – como Carnaval de Rua, Festival Junino, Fórum da Luta Antimanicomial etc – contam com a presença de usuários dos serviços tanto da saúde mental quanto da assistência social, assim como são convidadas para participar as associações de apoio à pessoa com transtorno mental, tal como a Âncora. Entretanto, nas reuniões mensais da RIA, onde é feito o planejamento das ações, a discussão de casos e a avaliação das atividades, essas contam com a presença apenas de profissionais das instituições.

Em relação à ausência da participação de grupos da sociedade civil nas reuniões da RIA, essa questão também foi destacada por assistentes sociais que atuam na rede socioassistencial:

Se a gente for pensar, os usuários não participam nas reuniões da RIA, né? Qual o coletivo de usuário que nós temos? Nós não temos nenhum coletivo de usuários de CRAS nessa história, nós não temos nenhum coletivo de usuários dos CAPS, nós não temos nenhuma entidade representante de moradores do território, tá entendendo? Então, assim, nós não temos essa participação da sociedade civil mesmo, que seria o ideal (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 2).

Nessa direção, destaca-se a importância de que o projeto da RIA inclua as redes informais em suas ações, como uma estratégia de fortalecimento dos laços do CAPS com os grupos da sociedade civil, coletivo de usuários, associações de moradores, movimentos sociais, dentre outros, o que é essencial também para a reconstituição da dimensão sociocultural do “louco” e da “loucura” na comunidade.

Também foi questionado a um membro da Associação Âncora, representante da rede informal nesta pesquisa, acerca da sua participação em atividades das Políticas de Saúde Mental de Teresina:

A gente tem participado mais das ações do CAPS Sul, dos fóruns da Luta Antimanicomial, em que eles têm chamado mais a Âncora e tudo. [...] Mas eu queria dizer que tá presente é uma coisa, e participar é outra. Eu tenho sentido muito falta dessa coisa de realmente participar desde concepção da ideia, do planejamento da Política de Saúde. Porque o que tem acontecido muitas vezes é assim, de que a gestão municipal ou estadual, ela faz um evento e aí convida a Âncora para estar presente lá na mesa, pra sentar na mesa de abertura. Mas, assim, em termo de participar, de chamar os usuários e até a Âncora e dizer assim: “Nós estamos pensando em fazer alguma atividade no janeiro branco, ou então no dia da Luta Antimanicomial, vamos pensar juntos? Como é que a gente pode pensar, o que vocês acham que seria bacana?”. Isso não acontece (ÂNCORA - MEMBRO 1).

Assim, o depoimento aponta a presença da Âncora em atividades realizadas pelo CAPS II Sul, como os Fóruns da Luta Antimanicomial, entretanto, questiona sobre a participação efetiva da associação no planejamento da Política de Saúde Mental, sobretudo no âmbito da gestão estadual e municipal, de forma a fortalecer a participação e o controle social. Dessa forma, observa-se que ainda é frágil a articulação da RAPS de Teresina com os segmentos da sociedade civil.

É necessário enfatizar que o estímulo à participação social na construção das políticas sociais, tanto no âmbito dos serviços de saúde mental quanto nos espaços de controle social, como fóruns, conselhos e Conferências, é essencial para o fortalecimento do protagonismo das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, enquanto atores da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial (AMARANTE; NUNES, 2018). Assim, constata-se a importância de um maior investimento em ações que promovam a participação dos usuários na Política de Saúde Mental de Teresina.

Ainda sobre a RIA, os achados da pesquisa apontam que são, sobretudo, os profissionais do Serviço Social que mais se fazem presentes nas suas atividades:

Não tem pra onde correr, são as Assistentes Sociais que mais participam. Porque assim, os outros profissionais, não é que eles se desresponsabilizam, mas eles não se colocam nesse lugar de articulador, eles acham que é o Assistente Social que tem essa função dentro do serviço, e aí também a gente assume porque não quer ficar só no atendimento individual, porque a gente não quer fazer só o grupo, e a gente acaba se sobressaindo, por conta da nossa formação. Por exemplo: do CAPS AD, só quem vai para as reuniões é o assistente social; dos CRAS, só quem vai são as assistentes sociais e, também, as coordenadoras. Muito raramente aparece uma figura de outro profissional dentro do processo (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Nessa direção, faz-se necessário lembrar a análise de Mioto e Schutz (2011, p. 15), que afirmam que “o Serviço Social é uma profissão que tem competência para trabalhar com a intersetorialidade, pela formação profissional, pela sua compreensão de política”. Assim, defende-se que os assistentes sociais têm uma contribuição fundamental na articulação intersetorial entre políticas, serviços e redes sociais, conforme analisado ao longo desse estudo.

Dessa forma, as habilidades e competências da profissão para lidar com a intersectorialidade fazem com que, embora as demandas de natureza intersectorial se coloquem para o conjunto da equipe multiprofissional nas mais diversas políticas sociais, elas são comumente encaminhadas aos assistentes sociais, conforme destaca análise de Costa (2010) e que também foi constatado na realidade investigada. Todavia, apesar da relevância das iniciativas do Serviço Social, a construção da intersectorialidade não é e não deve ser tarefa de uma profissão, sob pena de não ser implementada efetivamente, correndo o risco dos/as assistentes sociais caírem em uma postura messiânica, conforme analisado anteriormente.

Reitera-se que a promoção da articulação intersectorial é uma ação coletiva, compartilhada e integrada a objetivos e possibilidades de diferentes áreas, de forma a garantir a integralidade do atendimento à população (BRASIL, 2009a). Por isso, é fundamental que as equipes multiprofissionais também façam parte desse processo, a começar pela participação nas próprias atividades da RIA Sul.

Um dos desafios que a gente tem atualmente é colocar a RIA Sul no turno da tarde. A RIA, se não me engano, na Zona leste, ela acontece nos dois turnos. Mas aqui, nós só temos no turno da manhã, então, um dos desafios é fazer com que aconteça também no turno da tarde. [...] A dificuldade tá não só dentro da própria equipe do CAPS, porque como as mentoras do projeto, termina que muita coisa gira em torno da gente, que é outro desafio, a gente conseguir plantar a RIA na cabeça dos profissionais da equipe, fazer com que eles se envolvam nisso, pra não ficar sobrecarregado na gente e eles fazerem parte também do projeto, porque o projeto não é só de assistente sociais. E ter à tarde. Tu imagina, se a própria equipe da manhã tem essa dificuldade, que vive a RIA, imagina à tarde (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Constata-se que as reuniões e atividades realizadas pela RIA Sul ocorrem, sobretudo, no turno da manhã, horário de trabalho das idealizadoras do projeto, o que indica que os próprios profissionais do turno da tarde do CAPS II Sul ainda têm dificuldade de aderir à RIA, além de ser um entrave para a participação de profissionais de outras instituições que não trabalham pela manhã. Nessa direção, percebe-se que as ações da RIA Sul ainda estão centradas nas suas mentoras – conhecidas pelos profissionais dos serviços da Zona Sul como “meninas da RIA” – o que revela traços de personalismo em relação à forma de implementação do projeto, como se as suas ações fossem encargo apenas das assistentes sociais do CAPS II Sul, e não do conjunto de profissionais que atuam nos serviços desse território.

Novamente, assinala-se que essas questões são particulares à RIA Sul, pois os depoimentos revelaram que na RIA Leste e Norte há um rodízio entre os profissionais dos CAPS que ficam responsáveis por conduzir cada reunião, e também uma alternância no turno em que são realizadas, o que indica uma corresponsabilização maior entre as equipes dos serviços, em relação à implementação e à continuidade do projeto nos seus territórios.

Reitera-se o mérito da RIA, por ser um projeto pensado por profissionais que querem “balançar a rede” e fazer a intersetorialidade acontecer, contribuindo para a construção de uma cultura de diálogo e corresponsabilidade pelo atendimento e cuidado à pessoa com transtorno mental em Teresina. Entretanto, ainda é necessário que o projeto se torne uma política de Estado, e seja efetivamente incorporado pela gestão, como diretriz estratégica no planejamento das ações públicas.

Apesar do mérito e da relevância da proposta RIA, é necessário reforçar que o projeto precisa ser assumido formalmente pela gestão e por todos os trabalhadores da saúde mental e das demais políticas sociais, como uma das estratégias para implementar efetivamente a intersetorialidade, o trabalho em rede e o cuidado compartilhado em Teresina. Por isso, deve-se ter cautela para que o projeto não seja reduzido a uma mera atividade passageira e de responsabilidade apenas de determinados profissionais, sem os quais não há garantia de sua continuidade.

A intersetorialidade não pode ser entendida de forma simplificada, como um mero somatório de ações realizadas pela “boa vontade” de alguns profissionais. Ao contrário, ela exige ação planejada, coordenada, conjugada e compartilhada entre os diversos setores, trabalhadores, gestores e atores sociais envolvidos, portanto, precisa ser construída coletivamente. Nessa direção, os achados da pesquisa indicam que essa concepção de intersetorialidade “ampla” ainda não está efetivamente materializada na realidade investigada.

Outro aspecto analisado diz respeito à articulação entre os dispositivos da RAPS de Teresina e as redes informais, que são as associações, os movimentos sociais e os grupos da sociedade civil. Nesse sentido, foram entrevistados dois membros da Âncora, que é uma associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental do Piauí, que vem realizando, nos últimos anos, uma atuação estratégica na defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial na cidade de Teresina e no Estado do Piauí.

Acerca do surgimento e dos objetivos da Âncora, um dos membros da associação, explicitou:

A ideia da associação surgiu mais ou menos em 1999, pelo usuário Luciano Gonçalves, que começou a fazer algumas correspondências com as outras associações do Rio de Janeiro, e começou a pensar na ideia de ter um espaço de troca de experiências aqui em Teresina. O Luciano morreu antes de concluir essa ideia da associação, e a irmã dele, Irlane Gonçalves, que era geóloga, procurou apoio no Hospital Areolino de Abreu e teve o apoio de um grupo de Assistentes Sociais, e aí elas começaram a discutir essa proposta de abrir essa associação, né?! E daí, então, mais ou menos em 2001, a Âncora foi oficializada legalmente, com inscrição no CNPJ. [...] Os objetivos da Âncora, primeiro passo assim, pensado, foi essa questão mesmo de troca de experiência, de fortalecimento de vínculos de ter um espaço, né, que eles pudessem tanto trocar a experiência, né, mas compartilhar alguma parte de

sofrimento, mas com o decorrer também dos anos a Âncora foi se tornando como um espaço de resgate de direitos, né, de politização dos usuários, né, de cobrança de ações, de propostas e ações, né, de políticas no estado e no município. No empoderamento, né, e também não deixa de continuar fortalecendo os vínculos sociais. Esses são os objetivos mais presentes, assim, na Âncora (ÂNCORA - MEMBRO 1).

Assim, a Âncora foi idealizada em 1999, por um usuário, e com o apoio de assistentes sociais do Hospital Areolino de Abreu, foi oficializada legalmente em 2001. Inicialmente, objetivava propiciar um espaço de trocas de experiências e o fortalecimento de vínculos entre usuários e familiares, e no decorrer dos anos, a associação foi se tornando um espaço importante de luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma:

A Âncora é de suma importância no estado como entidade que tem como objetivo a defesa de interesses e direitos da pessoa com transtorno mental na construção de espaço de discussão entre profissionais, usuários, estudantes, poder público e sociedade. Vale salientar a relevância no controle social no estado e no incentivo da formação política de seus membros, através dos eventos promovidos pela associação. Contribui para inserção social, apoio a seus integrantes, cidadania e lazer que para muitos dos associados às reuniões quinzenais é um espaço que eles podem dialogar com amigos e ficar mais informados a respeito da saúde mental e de interação entre os membros (MOURA; SOUSA, 2015, p. 12).

Nesse sentido, a Âncora vem alcançando importantes ações de fortalecimento ao protagonismo de usuários e familiares no âmbito da saúde mental do Piauí, estimulando a participação social e o acesso aos direitos. Desde agosto de 2003, a associação vem promovendo vários eventos voltados para o debate da saúde mental, tais como: II Fórum Nordestino da Luta Antimanicomial, em 2003; I Encontro de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, em 2004; I Seminário de combate ao estigma da doença mental, em 2004; I Encontro Nordestino do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em 2006; I, II e III Encontro Piauiense da Luta Antimanicomial, de 2007 a 2009, consecutivamente; I, II, III e IV Encontro de Formação Política para usuários e familiares de saúde mental, realizados nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2014 respectivamente; I Ciclo de palestras sobre saúde mental, em 2012; I Fórum Estadual da Deficiência Psicossocial, em 2016; I Assembleia Geral dos CAPS de Teresina, em 2017, dentre outros (ÂNCORA, 2017).

Além disso, a entidade vem empreendendo esforços para garantir a inserção de usuários e familiares em oficinas, cursos e capacitações, tais como: Cursos de Terapia Comunitária; participação em Capacitação em ajuda e suporte mútuo, realizada em conjunto com o Projeto Transversões da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); capacitação em biodança; oficina de fotografia; oficina de poesia; oficina informativa etc. (ÂNCORA, 2017).

A respeito dos membros da associação, tanto a presidente da Âncora como o membro da associação entrevistado afirmaram que há um predomínio da participação de usuários, sobretudo dos CAPS de Teresina, e com uma presença pequena de familiares e profissionais.

Um aspecto questionado foi a respeito da forma como os usuários chegam até a Âncora:

Os usuários, eles têm chegado através de encaminhamento de outros usuários. Então, o que tem motivado eles a irem é o convite de outro usuário, e não de profissional. E também quando a gente faz eventos, assim, científico ou os encontros de formação, depois disso a gente vê que muita gente procura a Âncora, porque já fez amizade com os usuários da Âncora, né?! E aí eles procuram a Âncora. Na última reunião já apareceu dois, três, que não conheciam a Âncora, mas que foram participar do encontro de formação. Então, os encaminhamentos, eles têm sido praticamente de usuário pra usuário. Os próprios usuários dentro dos grupos do CAPS eles fazem: “oh, amanhã tem reunião. Semana que vem tem reunião”. Alguns escrevem de caneta mesmo, de punho, no papel, dizendo as datas das reuniões e pregam no mural do CAPS [...] Por que que o encaminhamento de usuário pra o usuário ele funciona? Porque o usuário marca: “Então tu vem pra cá e nós vamos juntos. Se encontra em tal lugar e tu vai comigo”. Então, desse jeito funciona. Só encaminhamento de profissional dando endereço, telefone, não sei o que, não tem funcionado (ÂNCORA - MEMBRO 1).

Eles chegam mais aqui encaminhados pelos usuários mesmo. A gente vai nos CAPS e fica convidando os usuários a participarem da Âncora. A gente diz que lá é muito bom e lá realmente é muito bom pra gente, diz que lá a gente é escutado. Então, é a gente que convida, a gente diz o horário das reuniões, o local (ÂNCORA - MEMBRO 2).

Os depoimentos revelam que, no geral, o incentivo para participação da Âncora é feito pelos próprios usuários que já são membros da associação e fazem a divulgação e o convite para outros usuários o que, para a participante da pesquisa, é mais efetivo, na medida em que os usuários têm maior identidade um com o outro e, muitas vezes, combinam de ir junto, diferente de como é feito com o encaminhamento dos profissionais que apenas dão o endereço ao usuário. Além disso, os eventos promovidos pela Âncora também têm sido importantes para dar visibilidade e têm sido uma estratégia para chamar mais usuários para participarem da associação.

Nessa direção, constatou-se que há dificuldade de adesão dos trabalhadores dos dispositivos da RAPS em relação às ações da Âncora, o que repercute no incentivo à participação dos usuários:

A gente ainda tem essa pequena falha em relação a Âncora, por que nem todos os profissionais do serviço se envolvem tanto, e aí a gente faz um incentivo pros usuários, mas eu acredito que se nós tivéssemos envolvidos, pra eles seria muita mais fácil se vincular também. Às vezes eu digo, eu costumo dizer que a gente fala tanto que os nossos usuários não se interessam pelos movimentos sociais, mas, e nós? Como estamos? Então, como é que nós vamos incentivá-los, se nós também não participarmos? Então, a gente ainda precisa avançar muito em relação a isso. [...] Acho que o incentivo pra estar participando de movimentos sociais, ou dispositivos como a Âncora, que é mais político, é mais difícil (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

A gente orienta os usuários a participar. Não sei até que ponto orientar é um incentivo, mas a gente orienta, a gente informa quando tem uma atividade da Âncora (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Às vezes a gente procura encaminhar os usuários, orientar pra que procurem a Âncora. Mas a gente mesmo ir lá, a gente participar, isso não acontece (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

De movimento social a gente conhece a Âncora, mas a gente não se articula muito com ela não (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

A gente conhece a Âncora, eu já participei de alguns eventos promovidos por ela. Mas enquanto profissional [...] eu nunca me articulei com a Âncora não (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Os depoimentos, tanto dos assistentes sociais de diferentes serviços da RAPS quanto de membros da Âncora, revelam que, no máximo, os profissionais da RAPS participam de eventos promovidos pela Âncora, mas são coisas pontuais, o que não pode ser configurado como uma articulação intersetorial “ampla”. Esse aspecto também foi ressaltado por um dos representantes da gestão de saúde mental:

A Âncora é um movimento mais forte com relação à saúde mental, eles vêm desempenhando um trabalho importante e ganhando o espaço deles, se mostrando e a gente sempre tem se articulado com a Âncora. Nos eventos que a gente promove a gente convida pra participarem. Mas eu vejo que essa articulação poderia melhorar, a gente podia se articular mais efetivamente com a Âncora (GESTOR 1).

Assim, verifica-se que a articulação que ocorre entre a Âncora e a gestão está mais restrita à participação em eventos, porém, quanto à realização, ao planejamento e à organização de ações conjuntas, tanto os profissionais quanto os gestores e os participantes da Âncora afirmaram que isso não ocorre, como pode ser observado no trecho a seguir:

A verdade é que a participação dos profissionais da RAPS na Âncora, em relação à presença nas reuniões mensais da Âncora é zero. Não posso também dizer que eles não incentivam a participação dos usuários na Âncora. Eles incentivam, mas eu acho que incentivam de forma errada. É uma coisa assim: “vai pra lá, que aquilo ali é pra ti”. Não é um incentivo acompanhado, realmente incentivado e dizendo: “vamos lá juntos”. É um incentivo “isso aqui é pra ti, vai lá tu só”. Agora, eles participam, assim, a Âncora quando faz algum evento, solicita a presença de alguns profissionais, mas eu até lhe digo que há mais solicitação de profissionais da academia do que do próprio serviço, e a contribuição de ir dar uma palestra. Mas de contribuir na organização, nunca aconteceu. Pelo contrário, eu acho que a Âncora, em contrapartida, ela participa mais dos serviços do que os serviços da Âncora (ÂNCORA - MEMBRO 1).

Que eu saiba, nunca veio nenhum profissional pra nenhuma reunião da Âncora não, acho que teve uma vez só que foi uma profissional, uma assistente social do CAPS. [...] Às vezes no CAPS, quando tem grupo da assistente social com os usuários, ela me apresenta, diz que eu sou presidente da Âncora, diz pra eu convidar os usuários pra participar da Âncora (ÂNCORA - MEMBRO 2).

Os depoimentos revelam que os profissionais da RAPS não se fazem presentes nas reuniões mensais da Âncora e incentivam de forma insatisfatória os usuários a participarem. No geral, a presença dos profissionais ocorre em eventos promovidos pela associação, entretanto, o que mais acontece é o inverso, ou seja, a Âncora participando de atividades realizadas pelos profissionais. O trecho a seguir reitera essa questão:

Essa questão da ausência dos profissionais nos eventos que Âncora promove, ela é sentida pelos usuários. Eu fiquei muito boba nesse último Encontro de Formação Política que teve, alguns usuários que tavam lá disseram assim: “sabe o que que eu tô percebendo? Que não tem profissional aqui, não tô vendo nenhum profissional dos CAPS” (ÂNCORA - MEMBRO 1).

No depoimento, um dos membros da associação afirma que em muitos eventos, como o Encontro de Formação Política para usuários e familiares de saúde mental, que é realizado desde 2010⁵⁵, pela Âncora em conjunto com outras associações de saúde mental do Piauí, conta com pouca presença de profissionais, o que foi constatado pelos próprios usuários que estavam no último encontro realizado no ano de 2017. Isso é inquietante, tendo em vista que esses encontros têm se consolidado como espaços de trocas e incentivo ao protagonismo, empoderamento político e reafirmação de lutas pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no Piauí, o que indica que os profissionais e os gestores da saúde mental têm se engajado pouco em ações de fomento ao controle social e à participação de usuários.

Entretanto, ao contrário do depoimento acima, a representante da gestão relatou acerca da importância da Âncora e afirmou apoiar as ações realizadas pela associação:

A Âncora vem desenvolvendo um papel importante na parte de formação política dos usuários e familiares no Estado, sempre com o apoio, seja da gerência de saúde mental, tanto do Estado quanto do município. E todos os cursos de formação que o Estado destina na área de saúde mental, sempre é chamado as associações, os familiares, porque a gente entende que isso é um processo de educação permanente e de garantias de direitos. Porque eu sempre digo: nós profissionais e gestores do SUS, nós podemos passar, mas os usuários estão permanentemente nesse lugar. E capacitados e qualificados pra garantia de direitos deles é a nossa única chance de defender o Sistema Único de Saúde e a RAPS. Então, isso a gente entende de maneira muito firme, e a Âncora tem esse papel decisivo, porque ela faz essa problematização da garantia desse direito da equiparação dessa pessoa pra o mercado de trabalho, da questão da qualificação permanente, então isso a gente vem fazendo de forma muito harmoniosa e articulada com as associações (GESTOR 1).

⁵⁵ O I Encontro de Formação Política foi realizado em Teresina, no período de 8 a 10 de outubro de 2010, com o tema “Nada de nós, sem nós”; o II Encontro ocorreu em Água Branca, no período de 18 a 20 de maio de 2012, tendo como tema “Nós podemos muito, nós podemos mais”; no período de 23 a 25 de maio de 2013, em Parnaíba, foi realizado o III Encontro de Formação Política, com o tema “Quem sabe faz a hora, não espera acontecer”; o IV Encontro ocorreu em Teresina, de 15 a 17 de outubro de 2014, tendo como tema “A diferença viva”; em Luís Correia, no período de 26 a 28 de novembro de 2015 foi realizado o V Encontro de Formação Política, com o tema “Arte e cultura na promoção dos direitos humanos”; e o VI Encontro ocorreu em Parnaíba, no período de 17 a 19 de novembro de 2017, com o tema “Mente presa nunca mais: pelo direito de ocupar a cidade”.

Constata-se que há uma contradição entre os depoimentos dos entrevistados: de um lado, o membro da Âncora afirma que não há incentivo da gestão na realização das ações da associação e em outras relacionadas à participação social dos usuários e, de lado oposto, a entrevista da representante da gestão diz o contrário, afirmando o apoio tanto da Gerência do Estado quanto do município, além de proferir acerca da importância da Âncora na luta pela garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais na realidade piauiense.

Os achados da pesquisa indicam, sobretudo a partir da observação⁵⁶ da realidade que, de fato, há o apoio da gestão em determinadas ações promovidas pela Âncora, assim como os membros da associação são convidados para algumas atividades realizadas pela Gerência de Saúde Mental. No entanto, isso, por si só, não significa que exista uma participação efetiva dessa associação ou de outros segmentos da sociedade civil no processo de planejamento e avaliação da Política de Saúde Mental de Teresina e do Piauí.

Esse aspecto foi muito destacado na entrevista do membro da Âncora:

Eu acho que fica muito dividido: a Âncora é de usuário, enquanto algumas coisas é só de profissional, e outras é só da gestão. [...] Por exemplo, a gestão estadual, fez dois encontros para coordenadores de CAPS, aí eles dizem pra gente: a Âncora tem duas vagas. Mas esse encontro é pra coordenador de CAPS, então, porque que não diz assim: “cada coordenador de CAPS tem que trazer um usuário, lá de Floriano, de Piri-piri, sei lá de onde, tem que trazer pra tá aqui no encontro”. Mas não, é só dar duas vagas pra Âncora e pronto. Mas e que hora é que se escuta o usuário? Porque não fazer uma coisa mais misturada? Ou então, se acha que não dá pra misturar, fazia uma coisa específica pro usuário. Mas não, por eles dizem que já tem o encontro de formação política que é pra o usuário. Só que no encontro de formação política não tem ninguém da gestão lá pra escutar o que os usuários estão dizendo. E olha que já foram seis encontros de formação política, de todos os seis saem propostas enviadas para a coordenação de saúde mental, e nunca deram resposta, acho que nem leram. [...] Enquanto a gestão tiver investindo na saúde mental, mas com essa separação, e achar que o que diz respeito ao usuário é de uma associação e não é da conta da gestão, quem perde é a gestão, é o serviço (ÂNCORA - MEMBRO 1).

O depoimento expõe que há uma separação entre as ações promovidas pela gestão da Política de Saúde Mental e as ações desenvolvidas pela Âncora, como se a primeira fosse para profissionais e gestores, e a segunda apenas para usuários e familiares, o que é um erro, segundo a participante da pesquisa, na medida em que deveria haver um planejamento participativo dessa política social. Ela traz o exemplo novamente do Encontro de Formação Política de usuários, que é um momento de mobilização e organização das pessoas com transtornos mentais quanto aos seus direitos, mas que não conta com a presença da gestão para ouvir as

⁵⁶ A observação foi realizada em alguns eventos e atividades tanto promovidas pela Âncora quanto pelas Gerências de Saúde Mental do Estado e do Município, tais como I Assembleia Geral dos CAPS, II Mostra de Saúde Mental de Teresina, Colegiado Estadual de Coordenadores de Saúde Mental e reuniões do Grupo Condutor da RAPS do Estado.

reivindicações e propostas desses sujeitos. Além disso, a entrevistada afirma que no final dos seis encontros sempre é enviado um documento para os gestores de saúde mental, com propostas, entretanto, nunca tiveram retorno.

A excessiva separação entre gestores, profissionais e usuários na realização das ações, conforme é destacado no depoimento, aparece como uma dificuldade para a materialização da intersectorialidade, pois demonstra como a setorialização e fragmentação ainda são presentes no cotidiano da Política de Saúde Mental na realidade investigada.

A entrevista acima indica que a forma de implementação da participação e do controle social pelos gestores e trabalhadores da Política de Saúde Mental de Teresina e do Piauí ainda é restrita, pois, no geral, reduz-se a convites pontuais para usuários estarem presentes em eventos pensados e organizados pelos profissionais ou gestores. Entretanto, essa participação não se traduz na presença concreta desses usuários e/ou familiares no planejamento e avaliação das atividades, dos serviços e da própria Política, o que é preocupante, tendo em vista que o SUS é produto da organização e mobilização popular, sobretudo do movimento de Reforma Sanitária.

Em outros momentos da entrevista foi destacada essa questão:

A verdade é que tanto os profissionais e quanto os gestores da saúde mental daqui e ainda tem essa ideia de que o usuário não sabe de saúde mental, de que o usuário não é pra tá nesses momentos de planejamento e discussão da saúde mental. Mas como, se é ele que tá dentro do serviço? (ÂNCORA - MEMBRO 1).

O depoimento aponta a dificuldade de inclusão dos usuários do planejamento da Política de Saúde Mental, o que é inquietante, tendo em vista que uma das conquistas da Constituição Federal foi a gestão participativa, mediante o controle social da sociedade civil nas ações de formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas, de forma a ser conhecida como “Constituição Cidadã”.

Especificamente na saúde, a participação da comunidade foi firmada como uma das diretrizes constitutivas do SUS, o que foi resultado das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, conforme discutido anteriormente. Nessa direção, Paim (2009) defende que a participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, o que é condição fundamental para o exercício da saúde enquanto direito.

A questão do protagonismo e da participação social dos usuários na Política de Saúde Mental diz respeito à dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica brasileira, que coloca a necessidade de que o “louco” deixe de ser um simples objeto da intervenção psiquiátrica, como

foi historicamente, para se tornar um ator político capaz de construir propostas e possibilidades de transformação da realidade (AMARANTE, 1998).

Nesse diapasão, a IV Conferência de Saúde Mental colocou como uma das reivindicações:

A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental (BRASIL, 2010b, p. 38).

De tal modo, a referida Conferência reforça a importância da articulação dos serviços de saúde mental com as associações e movimentos sociais, através de ações que fomentem a participação dos usuários, como assembleias, bem como o incentivo à ocupação de espaços de controle social, tais como Conselhos e Conferências.

É pertinente destacar que dentre as atividades previstas a serem executadas pelos CAPS, estão as assembleias ou reuniões de organização dos serviços:

A Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004a, p. 17).

O trecho acima, retirado de um documento do Ministério da Saúde, traz a importância das assembleias e afirma que a sua realização deve ocorrer, de preferência, semanalmente. Contudo, a partir da leitura de relatórios e registros institucionais dos CAPS II Sul e CAPS III, constata-se que essas ações ocorrem com pouca frequência nessas instituições, havendo casos de passar quase um ano ou mais sem que haja nenhuma assembleia.

Percebendo essa dificuldade, a Âncora promoveu, em abril de 2017, a I Assembleia Geral dos CAPS de Teresina, com o apoio da Gerência Estadual de Saúde Mental, Gerência de Atenção Psicossocial de Teresina e do Conselho Estadual de Saúde, que contou com a participação de 172 pessoas, dentre elas usuários dos serviços, familiares, profissionais e estudantes da saúde mental. O trecho a seguir, retirado do relatório da assembleia, apresenta a motivação e importância da realização dessa ação:

A ideia de organizar a primeira Assembleia geral dos CAPS nasceu dentro das reuniões da Âncora. Costumeiramente nesta associação abrimos espaços para fala dos usuários e, com frequência ouvimos algumas queixas e elogios referentes aos CAPS de Teresina, que findavam ali naquele espaço e pouco eram compartilhadas com os profissionais, gestores, usuários, educadores e estudantes. Por outro lado, na

Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde nasceu a necessidade de avaliarmos o funcionamento dos CAPS. A junção dessas duas necessidades apresentadas, ligadas ao desejo de fortalecer o controle social e de ampliar a voz dos usuários, atores mais importantes na saúde mental, fez com que hoje organizássemos esse momento (ÂNCORA, 2017).

Assim, a ideia da assembleia se originou dentro das reuniões da Âncora, onde se constatou a necessidade de um espaço em que os usuários pudessem manifestar suas avaliações sobre os serviços, possibilitando ainda o fortalecimento do controle social na saúde mental. Destaca-se, ainda, a importância dessa ação, pois ela foi pensada para reunir todos os CAPS de Teresina, o que ainda não havia acontecido no município, pois as assembleias eram realizadas no interior de cada CAPS. Sobre isso, observa-se o depoimento a seguir:

Aquela assembleia geral que teve do CAPS, aquilo ali foi a Âncora chamando e organizando. A gerência participou, ajudou, pediu o carro, mobilizou o pessoal, levaram os profissionais e os usuários e tudo, mas a iniciativa quem tem tido é a Âncora. Se vocês for parar pra pensar, até então não tinha tido nenhuma assembleia desse tipo, com todos os CAPS de Teresina. Agora em março vai fazer um ano, e cadê? Aí a Âncora vai ter que provocar uma outra assembleia, porque senão não tem (ÂNCORA - MEMBRO 1).

Dessa forma, a entrevistada afirma que a assembleia contou com o apoio das Gerências de Saúde Mental do Estado e do município, que mobilizou os profissionais e usuários e forneceu transporte para eles, todavia, a ação somente ocorreu porque a Âncora teve a iniciativa, o que é comprovado pela não realização de uma nova assembleia, mesmo após mais de um ano.

A questão da participação social e da articulação da RAPS com os segmentos da sociedade civil é algo que também deixa a desejar na própria Portaria nº 3.088/2011, como ressalta a entrevistada em sua fala:

Se fala tanto em inclusão, em participação, mas eu não sinto que o usuário está incluído dentro da RAPS, e aí vem uma concepção que eu critico: quando você pega a portaria da criação da RAPS, ela limita a RAPS a serviços de saúde. Olhe se na RAPS tem associação. Não tem. Como é que pode uma portaria ignorar o papel das associações de saúde mental dentro da RAPS? (ÂNCORA - MEMBRO 1).

O depoimento faz uma crítica acerca da estruturação da RAPS, conforme a Portaria nº 3.088/2011, que limita a rede aos dispositivos do SUS, não incluindo as associações ou movimentos sociais, assim como também exclui outras políticas sociais. De tal modo, constata-se que a RAPS estabelece um conceito de rede reduzido, diferente da concepção defendida nesse estudo, que abrange tanto os dispositivos da Política de Saúde Mental, quanto de outras políticas e da sociedade civil. Isso, pois, a Reforma Psiquiátrica não pode acontecer restrita aos serviços de saúde, ela precisa ultrapassar barreiras sanitárias e alcançar todas as dimensões da sociedade, na medida em que ela se envolve em uma verdadeira transformação social. Logo,

essa não inclusão da sociedade civil na normativa da RAPS pode ser considerado um retrocesso, do ponto de vista da Reforma.

Apesar do pouco incentivo e presença limitada de trabalhadores e gestores da Política de Saúde Mental nas ações promovidas pela Âncora, a associação vem se destacando na promoção do protagonismo, da participação social e da luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no município e no Estado, o que pode ser observado no depoimento da presidente da Associação, que é uma usuária de CAPS e que já sofreu várias internações no Hospital Areolino de Abreu:

Foi através da Âncora que eu descobri minha autonomia, que eu conheci pessoas com o mesmo problema que eu, e lá dentro a gente tem o espaço de vez e voz para falar o que a gente sente, lá a gente é escutado, a gente é respeitado, as nossas decisões são ouvidas, os nossos problemas que a gente relata (ÂNCORA - MEMBRO 2).

O trecho expõe o significado da Âncora para a usuária, que vê na associação um espaço de encontros e de fortalecimento de vínculos entre pessoas que se encontram em situação semelhante, no que diz respeito à condição de sujeito com transtorno mental, além de ser um ambiente em que ela se sente à vontade para falar, sendo escutada e respeitada.

Nas discussões do grupo focal realizadas com usuários do CAPS II Sul, foi questionado se os mesmos conheciam a Âncora, no entanto, dos 15 participantes, apenas 2 afirmaram conhecer, e somente 1 era membro efetivo da associação. No trecho abaixo, ele relatou um pouco sobre a Âncora:

A Âncora é um espaço de representatividade, que representa os usuários que têm transtorno mental. Ela ajuda a gente a descontrair, ajuda a gente a pensar sobre nossos direitos. Depois que eu passei a fazer parte da Âncora, eu fiquei mais autônomo, mais independente. Lá eu fiz amigos, que são pessoas que também passam pelo que eu passei (USUÁRIO 11).

Assim, mesmo diante das dificuldades, observa-se que a Âncora tem um significado importante para a construção de vínculos entre as pessoas com transtornos mentais de Teresina, potencializando avanços na implementação da Reforma Psiquiátrica, que é tão desafiadora. Além disso, os achados da pesquisa revelam que a associação tem realizado ações essenciais de fortalecimento à participação social e estímulo ao controle social na Política de Saúde Mental de Teresina e do Piauí, mesmo com pouco incentivo dos gestores e profissionais.

É pertinente relembrar que uma das concepções de intersetorialidade defendidas está alinhada a um projeto político democrático, sendo associada às ideias de gestão participativa, descentralizada e regionalizada, comprometida com os interesses dos cidadãos que demandam políticas sociais capazes de responder às suas necessidades sociais de forma integral. Nessa

direção, a materialização da intersetorialidade na Política de Saúde Mental demanda que haja uma participação efetiva da sociedade civil e, no caso, dos segmentos de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Todavia, os achados da pesquisa apontam que muito precisa avançar para que seja implementada uma intersetorialidade nos moldes do projeto democrático na realidade estudada.

6.2.3 Limites e possibilidades para a implementação da intersetorialidade

A materialização da intersetorialidade demanda transformações nos planos da macropolítica, ou seja, no âmbito do planejamento e gestão pública, e na micropolítica, que envolve os processos de trabalho dos profissionais que atuam nas políticas sociais (COSTA, 2010). Na realidade investigada, o processo de construção e implementação da intersetorialidade entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais enfrenta desafios, limites e possibilidades tanto no campo da macropolítica quanto da micropolítica, como será discutido ao longo deste tópico.

No plano da micropolítica, os achados da pesquisa apontam que há dificuldade de diálogo entre os profissionais, prevalecendo uma cultura de fragmentação e isolamento:

Acho que o maior desafio é a própria vontade do profissional em realizar essa articulação. Porque depende muito da nossa desenvoltura, da nossa disponibilidade mental pra estar conversando, articulando, abordando outros dispositivos. Você precisa ter um potencial argumentativo pra mostrar a sua importância diante do outro, porque todo mundo se acha mais importante do que o outro, você tem que chegar lá e dizer: “eu sou a saúde mental, eu sou importante e gostaria de trabalhar junto com você.” E ele vai dizer: “é, mas eu tenho as minhas demandas, eu não posso acolher as suas e nem tenho disponibilidade pra dividir com você” (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

A gente tem muita dificuldade de estar lá fora, no território, de tá dialogando com os outros serviços. Mas isso é muito cultural, é muito cultural do Areolino de Abreu. Porque essa é a lógica manicomial, da gente ficar isolado. E não é que a gente fique isolado, mas essa articulação ainda é muito fragilizada. [...] O ambiente não ajuda, e os próprios funcionários têm ainda aquela visão antiga, de que hospital psiquiátrico é assim mesmo. A lógica institucional é muito forte na cabeça das pessoas (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

A gente vê resistência de profissionais em aderir ao trabalho intersetorial. É da própria cultura que nós temos. Parece que é mais que institucional, a gente tem dificuldade de tá saindo da instituição, parece que é cada um no seu quadrado. Então assim, os desafios são grandes, porque ninguém quer puxar, ninguém quer ter a iniciativa, ninguém quer assumir a responsabilidade, a gente sempre fica esperando pelo outro. Então, assim, a gente vê muita dificuldade, porque esse trabalho intersetorial envolve uma mudança, do que a gente tá acostumado (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

Os depoimentos evidenciam que um dos obstáculos para a implementação da intersetorialidade tem relação com a própria forma com que tradicionalmente as políticas

sociais foram materializadas, marcadas pela fragmentação, hierarquização, centralização e setorialização excessiva, conforme visto em capítulos anteriores. Assim, faz-se necessário criar condições reais de se questionar o modelo que historicamente moldou as políticas sociais, e pensar a intersectorialidade de forma ampla, não podendo ser vista como meramente agregadora ou integradora de “setores” das políticas sociais. Somente assim será possível realizar uma transformação profunda nos processos de trabalho, para que sejam pautados na intersectorialidade, o que, na realidade investigada, aparece como um desafio.

Assim, as entrevistas anteriores revelam a resistência que muitos profissionais têm em aderir ao trabalho intersectorial, em realizar ações no território, em dialogar com outros serviços e com a comunidade em geral. Destaca-se que, no plano da micropolítica, a implementação da intersectorialidade exige profissionais comprometidos, qualificados, propositivos e resolutivos, mas não se resume a isso. Por mais que sejam os trabalhadores que estão na ponta dos serviços que realizam no seu cotidiano as ações de natureza intersectorial, também se deve ter cautela para não culpabilizar ou responsabilizar exclusivamente os profissionais pela materialização da intersectorialidade, tendo em vista que ela demanda a corresponsabilização efetiva entre os diferentes setores, trabalhadores, gestores e segmentos da sociedade civil.

Ademais, sabe-se que os assistentes sociais são trabalhadores assalariados, ou seja, estão submetidos à situação de exploração e alienação, e se encontram em situação de autonomia relativa. Isso significa que o exercício profissional não depende apenas das intenções individuais dos trabalhadores, mas também das condições políticas, estruturais e conjunturais postas (IAMAMOTO, 2015). O trecho a seguir traz essa reflexão:

A gente sabe que o trabalho intersectorial, ele tá difícil, que a gente tem dificuldade de se relacionar com os outros serviços, aí a gente fica culpabilizando o outro profissional: “ah, é porque a assistente social do CAPS é incompetente, porque ela não fez isso, ela não faz aquilo”. Só que o que a gente não vê é que o problema realmente é estrutural, que o problema é que o serviço não lhe dá condições de trabalho pra responder todas as demandas da forma que gostaria. [...] E aí a gente nem pode criticar o outro profissional, dizer que é incompetente, porque a gente vê que ele também já tá cansado, porque tem várias outras pessoas pra atender, tem uma clientela bem maior do que ele poderia dar conta (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

O depoimento acima assinala como a falta de condições dignas de trabalho e a precarização das políticas sociais, que são consequência do avanço do neoliberalismo no país, dificultam a realização de ações intersectoriais, tendo em vista que os profissionais se veem sobrecarregados e, muitas vezes, não encontram alternativas para responder ao excesso de demandas institucionais postas no cotidiano de trabalho.

É necessário lembrar que os/as assistentes sociais, enquanto trabalhadores assalariados, sofrem dos dilemas vivenciados pelo conjunto da classe-que-vive-do-trabalho, deparando-se com situações de precarização das relações trabalhistas, exploração, alienação, perda de direitos sociais, dentre outros, que são consequência do modelo de acumulação flexível que avança em escala global desde a década de 1970, como apresentado em capítulos anteriores.

Nessa direção, um dos fatores mais destacados nas entrevistas, que dificultam a intersetorialidade, dizem respeito às condições de trabalho e aos limites estruturais, físicos e materiais das instituições:

Um dos maiores desafios que eu vejo é que a gente se depara muito com a falta de estrutura física e material mesmo. Às vezes a gente pede uma visita, mas pra ter essa visita, haja paciência! Porque a fila é grande, não tem carro, é pouco profissional, e aí a gente ainda conta com essa limitação, realmente de falta de recursos (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 6).

Pra gente tentar fazer alguma coisa diferente não é fácil, falta apoio, falta estrutura. Mas se for esperar a estrutura, não tem, então a gente cria, às vezes falta cadeiras, uma sala tá trancada, a gente não pode usar, mas a gente tenta. A gente tem um problema estrutural muito grande, de salas, de ter um lugar melhor pra fazer um grupo, por exemplo, a gente faz mesmo na marra, mas a gente faz, mesmo com cinco ou dez, a gente faz. Então, o ambiente não ajuda (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 7).

O nosso desafio aqui é principalmente a falta de material pra trabalhar, porque o material humano tem, a força de vontade a gente tem, mas a gente é muito limitado, muito limitado mesmo. [...] Porque a gente não tem recursos financeiros, a gente não tem transporte. É muito complicado, a gente trabalha praticamente sem nada (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 8).

É muito complicado, porque nunca tem recurso, porque nunca nunca, nunca tem nada. Então, assim, a gente tem essa dificuldade, a gente não tem dinheiro, a gente não tem apoio, aí fica difícil fazer as coisas (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 2).

Qual é o maior desafio hoje: o desafio é o número de usuários que nós temos hoje e a gente não consegue dar um atendimento diferenciado, um atendimento como a gente gostaria porque o nosso número de funcionários é pouco e as nossas condições de trabalho são péssimas. Pra você ter noção, a gente tá com quase um mês que não tem carro pra fazer visita, telefone pra ligar nós estamos há três anos que não temos. Então, são questões que a cada dia dificultam mais as nossas condições de trabalho (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

Eu sei que quando falam de dificuldades todo mundo fala de condições de trabalho, mas não tem como não falar, se a gente não tem as condições mínimas, se não tem um telefone, se não tem um carro disponível, não tem o mínimo de estrutura, não tem recurso pra nada, parece que a gente sempre vive na incerteza, até pra fazer um planejamento é difícil (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Os depoimentos demonstram que a precária estrutura física e/ou material das instituições dificulta a realização do trabalho intersetorial, a exemplo da necessidade de um carro à disposição para atividades externas, tais como visitas domiciliares e/ou institucionais, e outras ações que necessitam de transporte. Também foi salientada a ausência de um telefone na

instituição que, aliado à dificuldade de transporte, inviabiliza o contato com outras instituições, a não ser que os profissionais utilizem seu celular pessoal para realizar a ligação.

Esses aspectos expõem o insuficiente investimento público nesses serviços, que tem impacto nas condições de trabalho dos profissionais que, muitas vezes, se veem incapazes de atenderem às demandas institucionais, o que limita a realização de ações fora do serviço e, conseqüentemente, dificultam as atividades de cunho intersetorial, como destacam os assistentes sociais que atuam na RAPS:

A demanda aqui vem aumentando a cada dia. Todo dia é mais usuário que aparece aqui pra gente atender, e a quantidade de profissionais não aumenta não, pelo contrário, faz é diminuir. Aí fica muito difícil pra gente estar saindo daqui, estar fazendo atividades fora do CAPS, na comunidade, no território, por que a gente não dá conta (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 3).

Esses desafios também foram destaque nos depoimentos dos profissionais da assistência social:

Uma das dificuldades também é a questão da demanda muito alta e poucos profissionais. Você imagina que aqui tem cadastrado no território treze mil famílias, e só tem dois técnicos de nível superior: um Assistente Social e um Psicólogo, só no turno da manhã. A gente não tem a equipe mínima, que seriam dois técnicos de nível superior pela manhã e dois à tarde, e só temos dois pela manhã, à tarde não tem (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 1).

Nós estamos aqui com duas assistentes sociais e uma psicóloga, e a assistente social da tarde acaba ficando sem a parceira, e a psicóloga da manhã acaba ficando sobrecarregada, e as profissionais assistentes sociais também ficam sobrecarregadas porque a demanda não para, e é muita demanda, você não tem ideia. Então, não temos pernas pra responder tudo, no tempo certo, da forma certa (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

Observa-se, nos depoimentos, que as assistentes sociais tanto da RAPS quanto da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina, afirmaram que a quantidade de profissionais nas equipes é insuficiente para o atendimento das demandas, fazendo com que haja uma sobrecarga desses trabalhadores.

Foi possível verificar que, no geral, as assistentes sociais entrevistadas reconhecem os desafios enfrentados, sobretudo no que diz respeito às precárias condições de trabalho, o que, em tese, é necessário para que possam ser pensadas estratégias individuais e coletivas de resistência e lutas por melhorias, na medida em que o assistente social “tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais” (IAMAMOTO, 2015, p. 21). Contudo, os sujeitos da pesquisa pouco apontaram possibilidades de enfrentamento para os desafios, permanecendo muitas vezes em posturas fatalistas.

Nesse sentido, coloca-se a necessidade de que não apenas as assistentes sociais, mas as demais profissionais, de modo coletivo, articulem-se frente aos gestores para requisitar possíveis melhorias nas condições de trabalho – pelo menos no que se refere a recursos materiais e/ou físicos, que são as reclamações mais frequentes colocadas por eles. Assim como os profissionais e, principalmente, os assistentes sociais, também podem – e devem – incentivar os usuários dos serviços e demais segmentos da sociedade civil a exercerem um papel mais ativo, no sentido de fiscalizar e pressionar os gestores no que se refere à qualidade dos serviços ofertados.

Outro desafio apontado diz respeito ao trabalho interdisciplinar:

A gente percebe que essa interdisciplinaridade ainda é fraca. Porque que ela é fraca? Porque nós não temos pernas pra toda situação a gente tá aqui. Existe a interdisciplinaridade? Existe. Mas ela não é a que tá posta pra mim. A que está posta nas literaturas, não é ainda aquela idealização, ela ainda tá longe, porque uma coisa é você dizer que existe interdisciplinaridade quando se tem cinquenta prontuários, outra coisa é quando cada profissional tem tipo setenta, oitenta, noventa prontuários e ainda tá faltando psicólogo, porque o outro psicólogo que tinha aqui foi pra outra instituição (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Além do trecho acima, anteriormente foram ressaltados outros depoimentos que destacaram a questão da interdisciplinaridade como algo desafiador para muitas das entrevistadas, o que vai ter impacto na implementação da intersetorialidade, tendo em vista que o diálogo entre profissionais, saberes e conhecimentos distintos é uma exigência para que haja uma atuação intersetorial.

A entrevistada anterior aponta a interdisciplinaridade como algo que existe na literatura, na teoria, mas que, na prática, é difícil de ser materializada, reproduzindo o discurso equivocado de que “na prática, a teoria é outra”. Essa dúvida que alguns assistentes sociais afirmam ter em relacionar a teoria com a prática, segundo Santos (2006) e Guerra (2012), expressa a dificuldade de apreensão da inter-relação entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que constituem o trabalho do Serviço Social.

Santos (2006) reitera que essa dificuldade acontece devido a uma apreensão equivocada da teoria, em que se acredita que ela se transforma, de forma imediata, em prática, e que, por si só, oferece os procedimentos para a intervenção. Da mesma forma que há um entendimento incorreto de prática apreendida como sinônimo de instrumentos e técnicas. Assim, a compreensão da teoria é essencial para que o assistente social possa apreender a realidade e as expressões da questão social que ali se encontram, compreendendo seu movimento, sua direção, suas contradições, e possa buscar estratégias para intervir na realidade.

Essa ausência de clareza pode ter repercussões na desenvoltura desse trabalho, pois, como afirma Santos (2006), não vislumbrar os componentes teóricos no momento da intervenção pode resultar em uma compreensão equivocada ou incompleta acerca da realidade, como pode ser observado na entrevista anterior.

Os resultados da pesquisa sinalizam ainda que os desafios para integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais não diz respeito à implantação de mais serviços, e sim à potencialização e integração entre eles:

Na nossa gestão anterior a gente ainda que tava buscando implantar os serviços, era uma gestão que trabalhava muito mais pra implantação dos serviços pra o avanço da rede, por que a gente não tinha, a gente não tinha CAPS, não tinha Residência Terapêutica, era só Hospital Psiquiátrico. Hoje a gente tem CAPS em todos os territórios de desenvolvimento, hoje nós temos Residências Terapêuticas. [...] Então, hoje o desafio que nós temos não é mais de ampliar os serviços, mas de qualificar e dar potência aos serviços, é fazer o processo de trabalho dos serviços, fomentar esse processo de trabalho, é fazer com que a rede consiga ser potente. Agora o nosso desafio é trabalhar a qualificação da rede e o diálogo dela pra fora, né, quando eu digo diálogo pra fora, você já sabe que é com o intersetor, é trabalhar em rede, no território (GESTOR 2).

Hoje nós temos uma rede de serviços bem estruturada, nós temos em Teresina oito CAPS, coisa que até alguns anos atrás não existia. Tivemos outro CAPS infantil inaugurado recentemente, por que esse era um público muito desassistido no município. Então, o que a gente observa é que o desafio hoje não é mais criar serviços, claro que não tô dizendo que os serviços que tem são suficientes, por que de fato a demanda de transtorno mental é muito grande. Mas eu vejo que o desafio não é mais tanto isso, e sim a gente potencializar esses serviços, a gente potencializar essa rede (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1)

Um avanço que eu observo são os próprios Leitos Psicossociais na Maternidade, o fato da gente ter implementado esse serviço que até então não existia no nosso Estado, da gente ter aqui uma equipe que discute a saúde mental, isso já é um avanço. [...] Hoje o problema não é serviço, não é falta de serviço, é muito mais a efetivação dos serviços que já existem. É muito mais a articulação entre esses serviços (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

É possível observar, nos trechos acima, que as entrevistadas colocam como desafio não mais a expansão dos dispositivos da RAPS, mas, principalmente, a qualificação dos serviços já existentes e a sua articulação. Em capítulos anteriores já havia sido discutido como o Piauí vem avançando e ampliando a oferta de serviços de saúde mental nos últimos anos, contanto, em 2018, com 65 CAPS. Todavia, os dados quantitativos não revelam acerca da qualidade da assistência prestada, principalmente no que diz respeito à articulação dos serviços em rede, o que foi constatado como algo que ainda precisa avançar, como aponta o depoimento a seguir:

Acho que a nossa rede está cheia de furos. A verdade é que a gente pouco estreitou os laços em relação a essa rede. Aqui mesmo [...] a gente precisava estreitar os laços com outros municípios, por que a gente recebe pessoas de todo o Estado, e também outros Estados, então a rede é ainda bem mais ampla em relação aos nossos usuários como

um todo. E se a gente tá tendo dificuldade de comunicação com os serviços do mesmo bairro, da mesma zona, imagina com os outros municípios, imagina com os outros Estados. Então, eu avalio que essas articulações são extremamente necessárias para que a gente avance, no sentido de fortalecer as ações de cada instituição. E a comunicação mesmo é algo bem embrionário, eu acho que a gente já tem falhas em relação à própria comunicação, é um momento que a gente senta pra discutir o caso com a rede de fato pra saber o que foi feito, porque cada uma das instituições que esses usuário passa, tem um crédito a contribuir, porque são visões diferentes sobre o mesmo usuário, né, mas acaba que ele passou por aqui, foi encaminhado pra outra instituição, a responsabilidade já é deles, né. E acaba que o usuário fica rodando nas instituições e inclusive repetindo mesmo a história, as instituições fazem a mesma investigação em relação ao usuário. Então, acho que avança muito mais conjuntamente, né. Então, eu acho que o prejudicado de fato é o usuário, e a falha é nossa (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

A assistente social acima reconhece a importância da integração entre os diferentes serviços e políticas sociais para o atendimento das demandas dos usuários, entretanto, afirma que tem dificuldades de comunicação com outras instituições dentro do mesmo território da Zona Sul, o que é agravado ao se tratar do diálogo com serviços de outros municípios ou Estados, tendo em vista que a instituição em que atua recebe pessoas de todo o Piauí e também de Estados vizinhos. Para a entrevistada, essa falta de articulação é algo que prejudica o usuário que, muitas vezes, fica peregrinando entre instituições, buscando respostas às suas demandas.

Entretanto, nem todos os profissionais entrevistados afirmaram ter dificuldade de articulação com os serviços da rede, principalmente os entrevistados que participam da RIA Sul que, conforme analisado anteriormente, foi um projeto que trouxe muitos avanços para a aproximação e a potencialização do diálogo entre os dispositivos da RAPS e da rede socioassistencial do território Sul. Nessa direção, as assistentes sociais entrevistadas dos CRAS e do CAPS II Sul, que são justamente os serviços que participam com mais frequência da RIA, avaliaram positivamente a comunicação intersetorial entre instituições e setores localizados na Zona Sul.

É pertinente lembrar que a integração entre as políticas sociais não depende apenas da atuação dos profissionais que trabalham nesses serviços e, portanto, não pode ser reduzida ao plano da micropolítica. Assim, exige-se também, dos gestores públicos, um planejamento de intervenções conjuntas para o enfrentamento de situações concretas, como condição essencial para efetivação da intersetorialidade, o que já entra no campo da macropolítica.

No entanto, os achados da pesquisa indicam a necessidade de maior aproximação e diálogo entre os gestores, não apenas os secretários das diferentes políticas sociais, mas entre as próprias Gerentes de Saúde Mental do Estado e o município, o que também vai impactar na dificuldade de diálogo entre os profissionais que trabalham nos serviços municipais e estaduais:

Eu percebo que tem uma certa separação de os serviços do município e do Estado: “Ah, ali é do Estado, aqui do município”. A gente sente muito isso. Muda gestor de um lado, muda do outro, mas a gente sente muito isso. A própria gerência de saúde mental do Estado e do município pouco conversam. De vez em quando eles se encontram, trocam ideias, figurinhas, mas na hora do vamos ver, termina cada um querendo a brasa pra sua sardinha e às vezes o serviço fica prejudicado, a parte assistencial. Isso é uma coisa muito histórica, que eu tenho observado ao longo dos tempos (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

A leitura dos registros e dos documentos institucionais traz elementos que comprovam, em parte, o que a entrevistada acima afirmou acerca da separação entre profissionais e gestores da Política de Saúde Mental municipal e estadual, o que aparece como um ponto crítico para o avanço da intersetorialidade, tendo em vista que até mesmo os sujeitos que constroem a política na realidade local têm dificuldade de dialogar. Isso demonstra que a intersetorialidade ainda não foi adotada como paradigma de orientação da gestão pública na realidade investigada.

A intersetorialidade demanda mudanças no âmbito da gestão pública, exigindo planejamento, participação, acompanhamento, avaliação das ações desenvolvidas e vontade política para romper com práticas e estruturas tradicionais, o que ainda é um desafio na realidade investigada.

Segundo Monnerat e Souza (2014), apesar de a intersetorialidade exigir a construção de objetivos comuns entre os setores, o que se observa na prática é a disputa entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo, sobretudo ao se tratar dos gestores, pois demanda transformações que afetam a cultura organizacional da gestão pública, que é tradicionalmente marcada pela fragmentação, hierarquização e centralização. Os trechos a seguir trazem elementos para refletir sobre isso:

A gente observa que falta diálogo entre os gestores, né, e isso gera impasse na nossa prática profissional cotidiana. Primeiro porque não é só um gestor, né, são vários. Tem o gestor da maternidade, tem o gestor da saúde mental, aí tem o secretário de saúde, enfim. Então às vezes a gente tem até abertura pra comunicação com o gestor daqui, mas a coisa depende lá do outro gestor, que está no âmbito hierarquicamente acima dele, aí a coisa não anda, é outro embate. Tem hora que parece que tá cada um preocupado só com a sua parte, só com o seu pedaço (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Eu vejo que a gestão poderia incentivar muito mais essa questão da intersetorialidade. Porque, veja bem, eu não posso chegar na casa do outro, principalmente na política de saúde, né, que é outra secretaria, exigindo alguma coisa. Era uma coisa que deveria ser conversado de Secretário pra Secretário, e não de profissional pra profissional. A gente conversa de forma técnica, de forma amigável, como amigos, conhecidos. Mas os próprios gestores tinham que acordar melhor isso, sobre como aconteceria essa intersetorialidade. [...] Então, eu vejo que essas questões, elas devem, precisam ser pactuadas de forma articulada, de Secretário pra Secretário, sentarem e discutirem. Só que a gente sabe que isso não acontece, nunca aconteceu (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

As entrevistas revelam que a fragmentação e o isolamento entre os setores ocorrem entre os próprios gestores, o que desafia a implementação da intersetorialidade e têm impactos no exercício profissional, principalmente porque existem conflitos entre gestores, em graus hierárquicos diversos, como aponta o depoimento. Essa questão é inquietante, tendo em vista que a intersetorialidade “exige uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão de sistemas e serviços de proteção social envolvidos” (COSTA, 2010, p. 218).

No depoimento anterior, a assistente social do SUAS 3 também defende a necessidade de maior aproximação entre os gestores, especialmente os responsáveis por políticas sociais diferentes, como é o caso da saúde e assistência, de forma que haja uma pactuação acerca da articulação entre os serviços e não fique a cargo apenas dos profissionais, o que é uma visão mais ampla acerca da intersetorialidade. Nessa direção, Yasbek (2014) defende que a intersetorialidade é uma decisão política que exige um pacto entre gestores, técnicos, saberes, projetos e instituições para o enfrentamento das problemáticas sociais, o que ainda precisa avançar na realidade investigada.

Esse aspecto foi bastante ressaltado nas entrevistas, em que foi constatado o embate político por parte dos gestores das políticas sociais que atuam, de forma geral, como “donos” de um pedaço, de um setor. Essa visão está presente em diversas instâncias, setores, atores e profissionais, e é um grande obstáculo para a materialização da intersetorialidade, na medida em que ela demanda a pactuação, negociação e cooperação de todos os envolvidos.

Em diversos momentos, a gestão foi citada como um limite para a atuação intersetorial, entretanto, no geral, as entrevistadas se referiam, de modo geral, aos Secretários do município e do Estado, e não às Gerentes de Saúde Mental:

A gestora de saúde mental, a nível de Estado, é uma pessoa que tá bem envolvida com a política de saúde mental, que tem os preceitos firmados na reforma psiquiátrica, ela tá afinada com nosso discurso. Então, ela segura as pontas em relação a muitas coisas pra favorecer o nosso usuário, pra garantir o direito dos nossos usuários, mas nem sempre é assim, por que a gente sabe que em algumas coisas ela também vai ficar amarrada, porque ela depende de outros, infelizmente, ela depende de outros gestores que não pensam como ela, que não têm as mesmas prioridades (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Nós temos todo o apoio da Gerência de Saúde Mental do município, todo o apoio. Mas a situação é outra, em relação aos Secretários, ao Secretário de saúde. E aí a gerente fica sem ter tanto poder, sabe, e isso limita bastante (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 1).

Eu sinto falta de um olhar diferenciado da gestão, um olhar mais humanizado, um gestor que tentasse ver cada instituição de forma diferenciada, que pensasse que devia ter mais profissionais, mais estrutura, né. Eu acredito que tudo vai da vontade do gestor. [...] Por exemplo, a *Fulana* que está à frente da Gerência de Saúde Mental do

Estado, ela é sensível à causa da saúde mental, ela tem um olhar mais humanizado. Mas ela tá sozinha, ela tá sozinha (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 3).

Esses gestores são muito complicados, sabe. E não tô falando da gerente de saúde mental não, por ela nem tem esse poder todo. Tô falando é do gestor maior, aquele que tem poder de negociar, de mandar, porque aí passa pelo Secretário, o Secretário de Saúde, da Assistência, são eles que têm o poder. E se a gente for pensar ainda tem o outro gestor maior, que é o prefeito, né, e por aí vai (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 2)

Os depoimentos revelam que as Gerentes de Saúde Mental da FMS e da SESAPI são afinadas com o discurso da Reforma Psiquiátrica e defendem a importância de ações intersetoriais, todavia, as mesmas esbarram nos limites hierárquicos e nos embates políticos internos das próprias Secretarias de saúde e/ou de gestores superiores.

A intersetorialidade exige transformações em todas as escalas e níveis de gestão, práticas e saberes entre os trabalhadores e a sociedade em geral, de forma a ultrapassar as relações verticalizadas, hierarquizadas, centralizadas e fragmentadas que historicamente predominaram na implementação das políticas sociais. Todavia, os achados da pesquisa demonstram que ainda é necessário avançar para superar essas características tradicionais das políticas sociais, tanto no que diz respeito aos gestores quanto aos trabalhadores, e também às organizações da sociedade civil, para que se possa implementar a intersetorialidade de forma ampla.

Os achados da pesquisa também indicam como um dos desafios no campo da macropolítica a gestão da Política de Saúde Mental em âmbito federal, sobretudo no que diz respeito às transformações implementadas recentemente pela Portaria nº 3.588/2017, que traz em seu bojo uma série de retrocessos que sinalizam para a desconstrução da RAPS nos moldes defendidos pela Reforma Psiquiátrica em sua perspectiva antimanicomial, conforme analisado em capítulos anteriores.

Eu vejo como um grande desafio essa mudança que teve na RAPS pelo governo federal. Ela vem de encontro a tudo aquilo que a gente acreditava, em tudo aquilo que a gente construiu e tava tentando solidificar. Então, agora mudou tudo, a gente ainda tá tentando entender como vai ser, como vamos nos adequar a isso, pra trazer o menor impacto negativo pra sociedade. E o maior desafio é justamente porque a gente vem numa luta contra manicômios, e agora eles estão sendo fortalecidos, mas eu acho que a gente tem que procurar uma saída pra lidar, já que ela é fato, essa mudança é fato. A gente tem que procurar saídas pra lidar com essa situação e trazer o menor impacto negativo (GESTOR 1).

Hoje você está visualizando que está tendo uma revisão ou o que eles chamam de uma nova política de saúde mental que eles estão implementando. Eles estão tentando destruir esse lugar que nós conquistamos a duras penas com a Reforma Psiquiátrica, estão querendo trazer de volta os manicômios, e a gente tá tentando sobreviver isso. [...] Eles dizem que a RAPS é insustentável, que não tem recurso para os serviços comunitários, para os CAPS, mas, ao mesmo tempo, destinam os recursos para as Comunidades Terapêuticas. [...] Nós, enquanto gestão, ainda estamos tentando

entender essas mudanças, que foi feita nessa nova Portaria, mas estamos muito preocupados (GESTOR 2).

Outro desafio também são essas transformações na RAPS colocadas pelo governo federal. Eles claramente estão dizendo que não acreditam na Reforma Psiquiátrica, que não acreditam nos CAPS e que agora vão investir nos manicômios novamente. Então, como a gente fica nessa histórica? (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2)

Essa reformulação da política de saúde mental que tá acontecendo é um grande, grande retrocesso, é um grande desafio pra Reforma Psiquiátrica. Então, é claro que as coisas vão ser ainda mais complicadas daqui pra frente. E isso porque tô falando só da política de saúde mental, mas a gente sabe que os retrocessos não estão sendo apenas na saúde mental, mas em todas as políticas sociais (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

É triste ver o que o poder público tá fazendo com a Política de Saúde Mental, com essa mudança aí, esse desmonte da RAPS, esse desmonte dos CAPS e no lugar acaba fortalecendo as Comunidades Terapêuticas. É triste isso. [...] Você vê aí organizações não governamentais tomando pra si uma responsabilidade do Estado. Nada contra, eu gosto de muitas dessas instituições, mas assim, tão aí as Comunidades Terapêuticas tomando conta de tudo, e isso é preocupante, porque cadê o Estado? Cadê o investimento nos serviços públicos? Aí o Estado vem e diz que serviço público não presta, que CAPS não presta, e pega o dinheiro público e investe no privado (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

Os depoimentos revelam inquietações dos gestores e profissionais em relação às novas diretrizes aprovadas para a Política de Saúde Mental, que sinalizam para o retorno de um modelo manicomial e excludente. É necessário lembrar que a aprovação da Portaria nº 3.588/2017 ocorreu de forma verticalizada, sem a realização de debates com movimentos sociais, trabalhadores, usuários, entidades ligadas à saúde mental e pesquisadores da área, sinalizando enormes retrocessos na Reforma Psiquiátrica brasileira e na história de luta e mobilização dos movimentos em prol da luta antimanicomial no país.

Os desmontes sofridos pela Política de Saúde Mental não são exclusivos a ela, mas fazem parte do contexto vivenciado no país nos últimos anos, acentuado principalmente a partir de 2016, com o Golpe constitucional vivenciado, que colocou Michel Temer na presidência do país. Aliado a grandes interesses do capital, a gestão de Temer vem implementando uma agenda de contrarreformas como saída para a crise econômica, que tem como consequência a contínua desconstrução das políticas públicas, a redução de direitos em benefício de interesses mercadológicos e a radicalização do desmonte do Estado como provedor de bem-estar social. Essa conjuntura traz enormes desafios para as políticas sociais, como a redução do investimento e a precarização dos serviços públicos, o que vai colocar limites concretos para o avanço da intersetorialidade, tanto no campo da macropolítica quanto na micropolítica.

Dentre as mudanças advindas com a chamada “nova” Política de Saúde Mental, destaca-se a ampliação do financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, assim como sua inclusão na RAPS, que passaram a receber o financiamento de R\$ 60 milhões, e as Comunidades

Terapêuticas (CTs), que têm previsão de recebimento de R\$ 100 milhões do orçamento destinado à Política de Saúde Mental, enquanto a RAPS receberá 70 milhões a serem distribuídos para todos os seus serviços, tais como CAPS e Residências Terapêuticas (PINHO, 2018). Tais dados comprovam a fala dos entrevistados anteriormente, no que diz respeito à priorização de recursos públicos de saúde mental para instituições asilares, tais como hospitais psiquiátricos e as CTs.

Dessa forma, as Comunidades Terapêuticas passam a receber grande parte do financiamento público destinado à Política de Saúde Mental, enquanto os serviços públicos de atenção psicossocial sobrevivem a uma constante diminuição do investimento do Estado, o que impacta no desmonte do próprio SUS. Esse aspecto também foi destacado nas entrevistas, que afirmam que o poder público vem se desresponsabilizando do seu papel protetor, o que é consequência do avanço do neoliberalismo, acrescido e fortalecido pelo Golpe, que, além de defender a redução da regulação estatal na esfera social, utiliza de estratégias ideológicas para descredibilizar os serviços públicos.

Em tal contexto, a defesa da saúde mental, enquanto política social inserida no SUS e em sua perspectiva antimanicomial, faz parte da luta coletiva por um projeto societário democrático, colocando como compromisso inadiável aos defensores da Reforma Psiquiátrica brasileira a reafirmação do seu potencial de resistência, mobilização e articulação com outros movimentos sociais e amplos setores da sociedade, de forma a construir uma agenda mais ampla da luta democrática e popular no país. Todavia, apesar de muitos dos sujeitos entrevistados terem destacado as transformações na Política de Saúde Mental no âmbito federal como um retrocesso, são poucas as estratégias de resistência e luta por parte dos trabalhadores, gestores e segmentos da sociedade civil no cenário investigado, principalmente no que diz respeito à organização e mobilizações coletivas.

Outro desafio apontado para o avanço da intersetorialidade diz respeito ao preconceito e ao estigma que ainda sofre a pessoa com transtorno mental ao buscar acessar outras políticas e serviços disponíveis no seu território, como é possível verificar nos depoimentos a seguir:

O desafio principal é a gente diminuir o estigma e preconceito, esse eu acho que é o maior desafio da política de saúde mental, né, porque se a gente diminuir esse preconceito e esse estigma, a gente teria como avançar, não só nos dispositivos da saúde, mas de forma intersetorial. Porque nós temos desafios dentro da própria saúde, dentro da rede cegonha, dentro da urgência e emergência, dentro das redes temáticas de saúde a gente não consegue ainda o acolhimento, imagine o intersetor, pra você ver que o nosso desafio é tremendo. [...] Então, essa questão do estigma e preconceito é o balizador da saúde mental hoje pra que a gente faça esse avanço e as possibilidades é que a gente conseguindo vencer esse estigma, esse preconceito, essa invisibilidade da pessoa com transtorno mental, a gente tem de fato como efetivar uma política pública

que seja abrangente, que seja humana, que seja responsável com as pessoas (GESTÃO 2).

A questão do preconceito é outro desafio, né. Porque se existe preconceito até aqui, por parte dos profissionais, imagine dos outros serviços, imagina na rede. [...] Ainda tem muito essa visão hospitalocêntrica da pessoa com transtorno mental, de que o lugar dela é lá internada no Areolino de Abreu. [...] Porque isso? Por falta de conhecimento dos profissionais em relação à própria causa, à própria saúde mental. Então, ainda há o preconceito arraigado de que o lugar de louco é no hospício (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 5).

Ainda tem muito isso, de preconceito, de ver a pessoa como um doido, como um louco, de ter medo. Um dia eu tava em um evento de saúde mental na FACIME, aí uma usuária foi dar um depoimento e ela disse que chegava na casa dela e as crianças dos vizinhos ficavam gritando: “corre que lá vem a doida!”. Então, assim, ainda existe essa visão na sociedade (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 4).

A questão do preconceito e do estigma que historicamente prevaleceram em torno da pessoa com transtorno mental, vista como “louca”, perigosa, incapaz de viver em sociedade, ainda existe na atualidade, mesmo com as transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica que, dentre outros aspectos, visa transformar o imaginário sociocultural em torno da “loucura”.

Esses aspectos não só dificultam a realização de ações intersetoriais, mas também intrasetoriais, ou seja, articulações entre serviços no interior da própria Política de Saúde, como se observa nas entrevistas anteriores. Nessa direção, uma das representantes da gestão de saúde mental afirma que os próprios serviços da rede de atenção à saúde, como rede cegonha e urgência e emergência têm resistência no atendimento ao público com transtorno mental. Esse aspecto também foi destacado no trecho abaixo:

A gente da saúde mental, nós temos algumas dificuldades ainda de articulação dentro da própria rede de saúde. Com os hospitais é difícil, a gente tem muita dificuldade de encaminhar usuário nosso pro hospital. Com o CAPS III também nem sempre é fácil, mas a gente consegue se entender. [...] Mas a maior dificuldade mesmo é com o SAMU, dentro da rede de urgência e emergência, porque eles não têm trato com o usuário, o próprio médico às vezes não quer liberar a ambulância por se tratar de uma pessoa com transtorno mental. Eu já ouvi foi eles dizerem assim “eu não vou, porque não quero botar os profissionais da minha equipe em risco” (ASSISTENTE SOCIAL - SUS 2).

O depoimento assinala a dificuldade de articulação dos serviços de saúde mental com os demais serviços da rede de saúde, sobretudo com o SAMU que, segundo a Portaria nº 3.088/2011, é um dos pontos de atenção da RAPS, como componente de urgência e emergência. A fala da entrevistada reitera o que foi dito em capítulos anteriores acerca do espaço problemático assumido pelo SAMU no atendimento a pessoas com transtorno mental em situação de crise aguda, que tem resistência em atender esse público, principalmente devido ao preconceito e despreparo dos profissionais (DIMENSTEIN, 2012).

A questão do estigma e do preconceito também tem impactos na articulação com as políticas e setores de promoção de emprego e renda, conforme analisado em tópicos anteriores, em que foi possível constatar a dificuldade de inclusão das pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho, o que gera, muitas vezes, uma espiral de pobreza em torno desses sujeitos e seus familiares.

Apesar dos desafios de inserção desse público no mercado de trabalho, é necessário lembrar um avanço recente que se deu no Piauí, com a aprovação da Lei nº 7.095/2018, que inclui as pessoas com transtornos psicossociais nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí, conforme se verifica nos artigos a seguir:

Art. 1º - Constitui dever do poder executivo estadual reconhecer, conscientizar e divulgar a condição de deficientes psicossociais das pessoas com transtornos mentais em todo o Piauí;

Art. 2º - Fica o poder executivo autorizado a incluir pessoas com deficiência psicossocial em todas as ações da Secretaria Estadual para Inclusão da Deficiência (SEID), a fim de promover ações e políticas públicas que visem ampliar a inclusão desta parcela da população na sociedade;

Art. 3º - A inclusão da pessoa com deficiência psicossocial nas políticas do Estado deverá ter como objetivo prioritário a qualificação profissional, o incentivo para preparação para ingresso no mercado de trabalho e a criação de locais para o desenvolvimento do emprego apoiado (PIAUI, 2018).

Observa-se que a referida legislação traz como foco a inclusão da pessoa com transtorno mental em políticas públicas e ações desenvolvidas pelo poder público estadual, voltadas à pessoa com deficiência, tendo em vista que, até então, esse público não era oficialmente compreendido como deficientes, e isso levava a sua exclusão de muitas ações já desenvolvidas pelo Estado.

Segundo Maranhão (2018), o Piauí tem um atraso nas discussões em relação às possibilidades efetivas de inserção da pessoa com deficiência psicossocial na sociedade, o que leva à exclusão e à discriminação desse público nas ações do Estado, sobretudo nas atividades de promoção e inserção no mercado de trabalho. Por isso, o reconhecimento dos direitos da pessoa com deficiência psicossocial, no âmbito do Estado do Piauí, aparece como um avanço para o processo de protagonismo e empoderamento desses indivíduos, e também como um fator importante para promover a articulação entre a Política de Saúde Mental e as políticas de trabalho, educação e renda.

Apesar desse avanço, faz-se necessário indagar até que ponto a construção e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial favoreceram, de fato, a construção de um novo lugar social para a “loucura” na sociedade, como preconiza a Reforma Psiquiátrica. Isto, pois os achados da pesquisa demonstram que existem dificuldades para que a pessoa com transtorno mental possa

transitar na comunidade, se inserir em outros setores e construir laços sociais fora dos serviços de saúde mental, sobretudo por conta da manutenção do estigma e preconceito em torno do “louco”, que tem relação com a própria lógica do sistema capitalista, que coloca esses sujeitos como “inúteis” para o processo produtivo, colocando a intersectorialidade como um desafio a ser enfrentado.

Outro desafio encontrado diz respeito à articulação dos serviços da RAPS com movimentos e associações da sociedade civil, assim como a participação social de usuários e familiares no planejamento da Política de Saúde Mental, o que tem impactos na intersectorialidade que demanda o planejamento de ações conjuntas entre trabalhadores, gestores e sociedade. Assim, os achados da pesquisa revelam a necessidade de maior fomento ao protagonismo e à participação social por parte dos profissionais e da gestão, o que é uma prerrogativa do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica. Apesar disso, é necessário destacar que a Âncora, associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na saúde mental, vem realizando ações importantes de luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais e incentivo ao protagonismo, mesmo com pouco incentivo e participação de gestores e profissionais em suas ações.

Segundo Junqueira, Inosoja e Komatsu (1997, p. 24), a intersectorialidade é “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social”. Dessa forma, a materialização da intersectorialidade envolve transformações no campo da macropolítica e da micropolítica, demandando o compromisso político dos gestores, a transformação dos processos de trabalho dos profissionais e a articulação com a sociedade civil, o que é extremamente complexo, pois envolve profundas mudanças na forma com que tradicionalmente as políticas sociais foram pensadas, rompendo com a lógica de fragmentação, segmentação, hierarquização e centralização.

Conforme observado ao longo desse estudo, a integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais é essencial para que haja o enfrentamento conjunto das problemáticas que permeiam as precárias condições de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que afetam o processo de saúde-adoecimento. Apesar de tais sujeitos apresentarem demandas concretas que envolvem a articulação entre diferentes setores, ainda se trata de um trabalho, no geral, mais restrito ao espaço da micropolítica e, ainda assim, precário, pois está voltado para realização de encaminhamentos, orientações e iniciativas de alguns profissionais. Portanto, ainda é necessário avançar muito para que a intersectorialidade seja uma

diretriz efetiva do planejamento e da execução das políticas sociais em Teresina, principalmente no que se refere ao campo da macropolítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersectorialidade passa a fazer parte da agenda pública brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, com destaque ao seu Art. 14, o qual aponta que as políticas que compõem o sistema de Seguridade Social devem ser entendidas como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa integração pressupõe a necessidade de articulação intersectorial entre essas políticas que compõem a Seguridade, de forma a consolidar um sistema de proteção social amplo, centrado na ideia de cidadania.

Além de sua presença na Seguridade Social na Carta Magna, a intersectorialidade se torna a diretriz de várias políticas e programas sociais destinados a assegurar direitos, como educação, habitação, meio ambiente, trabalho e renda no país. Assim, a intersectorialidade aponta para uma visão integrada das problemáticas sociais, que devem ser enfrentadas coletivamente.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a intersectorialidade é incentivada através da criação de redes de atenção e cuidado à saúde, que tomam forma através de portarias, legislações e decretos governamentais. Apesar da reconhecida necessidade de a Política de Saúde ser pautada em uma lógica intersectorial, contudo, o fortalecimento do diálogo e o desenvolvimento de articulações entre a saúde e as diversas políticas sociais ainda aparece como um desafio para os trabalhadores e gestores, principalmente no cenário atual de intensificação das estratégias do neoliberalismo no país.

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersectorialidade é essencial para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que demandam a criação de uma trama de possibilidades para a pessoa com transtorno mental conquistar sua autonomia dentro do seu território, exercitando sua cidadania. Isto, pois a Reforma Psiquiátrica não pode ser operada restrita aos serviços de saúde, devendo ultrapassar as fronteiras sanitárias, operando a construção de sociabilidade e cidadania para esses sujeitos nos espaços da cidade.

A integração entre a Política de Saúde Mental e as demais políticas sociais é essencial para que haja o enfrentamento conjunto das problemáticas que permeiam as precárias condições de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, que afetam o processo de saúde-doença. Nesse sentido, a intersectorialidade está prevista, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da Política de Saúde Mental, assim como das demais políticas que compõem a Seguridade Social, todavia, os resultados da pesquisa apontam que a implementação de ações de cunho intersectorial ainda é um desafio na realidade de Teresina, especificamente na Zona Sul, cenário do estudo empírico.

Foi possível concluir que as pessoas atendidas pelos serviços públicos de saúde mental de Teresina chegam até os serviços em busca de assistência à saúde mental, contudo, aliado ao sofrimento psíquico estão outras necessidades sociais, que perpassam diversas expressões da questão social, inerentes às condições básicas de sobrevivência desses sujeitos, relacionadas a questões de renda, transporte, trabalho, alimentação, habitação, educação, cultura, lazer e violência, que demandam articulação com outros serviços, órgãos ou políticas sociais. Por isso, a realização de articulações intersetoriais é imprescindível (a realização) para suprir as necessidades sociais que afetam, direta ou indiretamente, a saúde mental da população, dentro e fora do sistema de saúde.

Os resultados da pesquisa apontam que os setores que se articulam com os serviços da RAPS do território Sul de Teresina, de forma a responder às demandas intersetoriais postas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares aos assistentes sociais, são: a assistência social, a previdência, a habitação, a educação, o sociojurídico e o trabalho e geração de renda. É necessário destacar que, muitas vezes, as demandas apresentadas são complexas e envolvem a articulação simultânea com diferentes setores, instituições, políticas sociais e sujeitos, sendo necessário mobilizar várias políticas sociais e instituições, até que tenham suas necessidades respondidas.

As demandas no campo da assistência social foram as mais destacadas nos depoimentos, relacionadas às necessidades sociais básicas dos indivíduos e suas famílias, e também envolvendo situações de violação de direitos, que requerem respostas dos serviços do Sistema Único de Assistência Social. Nessa direção, a crescente demanda de pessoas com transtornos mentais à Política de Assistência Social, principalmente no que se refere à busca pelo acesso a benefícios socioassistenciais, tais como BPC, Bolsa Família e Passe-Livre, tem relação com a dificuldade que esse público tem de se inserir no mercado de trabalho e em outros setores importantes para a vida em sociedade, o que gera uma espiral de pobreza em torno desses sujeitos e suas famílias, expressa não apenas pela situação de desemprego, mas também pela ausência do acesso a serviços sociais públicos necessários ao processo de reprodução social.

Isso ocorre porque essas pessoas estão inseridas em uma sociedade capitalista e, portanto, sofrem com as dificuldades de sobrevivência em um Estado burguês neoliberal que exclui e marginaliza aqueles que considera “inúteis” para o processo de produção e reprodução do capital através do trabalho, nos quais se incluem o segmento de pessoas com transtornos mentais que, historicamente, sofreram – e ainda sofrem – com o estigma e o preconceito que ainda prevalece em torno do “louco” e da “loucura”, vistos como perigosos e incapazes. Nessa direção, as pessoas com transtornos mentais, ao lado dos idosos, dos deficientes, dentre outros

que não são considerados “úteis” para o capital, passam, cada vez mais, a fazer parte da significativa parcela da população que necessita da Política de Assistência Social para sobreviver.

Entretanto, foram constatados alguns desafios para a implementação da intersetorialidade na Política de Saúde Mental em Teresina, como o pouco diálogo entre os gestores, inclusive no interior da mesma política social, como é o caso dos gerentes da Saúde Mental do Estado e do município, o que é inquietante, tendo em vista que a intersetorialidade exige a pactuação de responsabilidades e a cooperação entre os gestores responsáveis pelas diferentes políticas sociais, para que haja um planejamento integrado das intervenções intersetoriais. Portanto, ainda se faz necessário avançar na incorporação da intersetorialidade como diretriz estratégica do planejamento e execução da Política de Saúde Mental de Teresina, mas também nos demais níveis de gestão, políticas sociais, setores, órgãos e sujeitos sociais.

Isso faz com que, muitas vezes, a intersetorialidade seja restrita ao espaço da micropolítica dos processos de trabalho, limitada à realização de encaminhamentos, orientações e ações pontuais entre profissionais, sem o devido acompanhamento/monitoramento por parte dos setores envolvidos e/ou dos próprios gestores. No entanto, no geral, tanto os assistentes sociais entrevistados quanto os gestores, destacaram a importância da atuação intersetorial, mas apontaram como dificuldades para sua materialização: as precárias condições de trabalho; a manutenção da cultura de fragmentação, hierarquização e centralização de poderes e saberes; a dificuldade de diálogo interdisciplinar, sobretudo com o profissional médico; a sobrecarga de trabalho, o que dificulta/impede a realização de atividades “extra muros”, ou seja, no território etc; assim como a manutenção, entre profissionais, da ideia de que o “louco” é perigoso e incapaz.

Tal cenário é consequência, sobretudo, da expansão do neoliberalismo – que está presente no país desde a década de 1990 e se agrava no Governo Temer – que gera a redução do investimento nas políticas sociais e precariza as relações trabalhistas, aliada à própria vontade política dos gestores municipais, estaduais e federais. Entretanto, as assistentes sociais – assim como trabalhadores em geral – não apontam estratégias de resistência e organizações coletivas de luta pelos direitos, ficando, muitas vezes, restritos ao “muro das lamentações”, em posturas fatalistas, não visualizando, na realidade, limites e possibilidades concretas de enfrentamento a esses e tantos outros desafios.

Um dos obstáculos constatados para a implementação da intersetorialidade têm relação com a própria forma com que tradicionalmente as políticas sociais foram materializadas, marcadas pela fragmentação, hierarquização, centralização e setorialização excessiva. Assim,

é necessário criar condições reais de se questionar o modelo que historicamente moldou as políticas sociais para que a intersectorialidade “ampla” seja materializada, exigindo negociação, pactuação, cooperação e compromisso por parte dos gestores, profissionais e demais sujeitos sociais envolvidos, o que ainda precisa avançar muito na realidade investigada.

É pertinente evidenciar que também existem importantes iniciativas que contribuem para a integração entre diferentes serviços, políticas, profissionais e sujeitos sociais que colaboram para o atendimento às necessidades postas por pessoas com transtornos mentais e seus familiares em Teresina, como é o caso das ações de matriciamento e do projeto “Rede, Instituições e Articulações” (RIA).

A respeito do matriciamento, esse aparece como um avanço na construção de uma nova cultura na assistência à saúde mental, ao fortalecer o diálogo entre os serviços especializados em saúde mental e a atenção básica, propiciando uma corresponsabilização pelo cuidado no território, de base interdisciplinar e comunitária. Especificamente em Teresina, as ações de matriciamento vêm se expandindo nos últimos anos, sobretudo após ele se tornar um indicador de monitoramento dos CAPS pelos gestores públicos, sendo obrigatória a sua realização para o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde.

Do ponto de vista apenas da articulação entre setores, o matriciamento não pode ser considerada uma atividade de natureza intersectorial, e sim intrasectorial, na medida em que objetiva a articulação de equipes e instituições do próprio SUS, ou seja, que fazem parte de um mesmo setor. Todavia, ao analisar o apoio matricial como capaz de provocar transformações nos processos de trabalho, fomentar práticas interdisciplinares, exigir planejamento coletivo e ações territoriais, pode sim ser caracterizado como uma atividade intersectorial.

Em relação ao projeto da RIA, esse se apresenta como uma iniciativa motivada por assistentes sociais do CAPS II Sul que queriam “balançar a rede” e potencializar a articulação entre os diversos setores, serviços e profissionais de um mesmo território, mostrando a possibilidade da realização de um trabalho conjunto pautado na integralidade e na intersectorialidade.

Na Zona Sul, o referido projeto permitiu principalmente a aproximação entre as equipes das instituições da Política de Saúde Mental e da Política de Assistência Social, sobretudo entre os assistentes sociais que trabalham nos CAPS e CRAS, possibilitando o enfrentamento conjunto das problemáticas que perpassam a vida da pessoa com transtorno mental que demandam uma atenção intersectorial.

O reconhecimento da importância da RIA pode ser comprovado com o incentivo da Gerência de Saúde Mental do município para a expansão da experiência, que foi implantada

inicialmente na Zona Sul, para outras regiões da cidade, originando a RIA Leste, Norte, Sul e Sudeste, em cada uma das quatro Zonas de Teresina. Todavia, ainda é necessário que o projeto da RIA, assim como outras iniciativas de cunho intersetorial, seja efetivamente incorporado na agenda pública do Estado e do município, através de pactuação e negociação entre gestores de níveis e políticas sociais diferentes, tornando-se uma política de Estado, objetivando garantir um planejamento e implementação conjunta das ações, possibilitando uma implementação efetiva da intersetorialidade.

É pertinente evidenciar que a RIA foi criada por assistentes sociais e, no geral, nas suas reuniões mensais e demais atividades realizadas, prevalece a participação de profissionais do Serviço Social, o que assinala que esses profissionais têm contribuído e buscado fortalecer as ações de cunho intersetorial em Teresina. Assim, defende-se que o Serviço Social, devido à sua formação generalista, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre as redes de políticas, serviços e movimentos sociais, contribui para a construção de práticas moldadas pela intersetorialidade, como estratégia para o acesso e a garantia dos direitos. Todavia, reitera-se que essa não é e não deve ser uma tarefa exclusiva de uma profissão.

Dentre os desafios, destaca-se o fortalecimento da articulação entre as redes formais e informais do território, na medida em que ainda não há presença de segmentos da sociedade civil, tais como associações e movimentos sociais, em nenhuma reunião da RIA Sul, o que foi destacado pelos próprios profissionais como algo que precisa ser repensado. Existe participação de usuários, tanto dos serviços de saúde mental quanto da assistente social, em atividades coletivas realizadas pela RIA, como Carnaval de Rua, Festival Junino e Fórum da Luta Antimanicomial. Entretanto, nas reuniões mensais da RIA, onde é feito o planejamento das ações, a discussão de casos e a avaliação das atividades, há presença apenas de profissionais das instituições.

Nessa direção, foi possível constatar que a participação da sociedade civil em ações de planejamento e avaliação da Política de Saúde Mental ainda precisa avançar em Teresina e no Piauí, o que é um desafio também para a intersetorialidade, tendo em vista que ela inclui a participação dos usuários e suas representações como elementos fundamentais para a garantia da qualidade dos serviços e políticas sociais. Compreendendo isso, é necessário que os profissionais e gestores públicos avancem em ações de promoção do controle social e incentivo ao protagonismo dos usuários, que ainda são frágeis na realidade investigada.

Em que pese a necessidade de maior articulação entre gestores e profissionais dos serviços de saúde mental com segmentos da sociedade civil, tais como associações e movimentos sociais, é pertinente sublinhar que a Âncora tem promovido ações essenciais para

o protagonismo e a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais em Teresina e no Piauí.

Compreende-se que a intersetorialidade exige transformações em todas as escalas e níveis de gestão, práticas e saberes entre os trabalhadores e a sociedade em geral, de forma a ultrapassar as relações verticalizadas, hierarquizadas, centralizadas e fragmentadas que são históricas nas políticas sociais. Contudo, ainda é necessário avançar para superar essas características tradicionais das políticas sociais, tanto no que diz respeito aos gestores, aos trabalhadores e às organizações da sociedade civil, para que se possa implementar a intersetorialidade de forma ampla.

Conclui-se que a concepção de intersetorialidade, aliada à perspectiva do fortalecimento do projeto democrático, ainda é profundamente desafiadora nos cenários investigados, precisando ser assumida efetivamente pelos gestores, trabalhadores e segmentos da sociedade civil, tendo em vista sua importância para garantia de proteção social ampla e integral à população que, neste ciclo agressivo do neoliberalismo vivenciado no Brasil, coloca a intersetorialidade como uma exigência e um compromisso inadiáveis.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o acúmulo de conhecimentos e para fomentar o debate sobre a Política de Saúde Mental, a intersetorialidade e a intervenção em rede – temáticas contemporâneas debatidas não só pelo Serviço Social, mas também por diversas profissões, áreas do conhecimento, e que são do interessante da sociedade em geral. Pretende-se, também, fornecer subsídios tanto teóricos quanto técnico-operativos para que assistentes sociais e demais trabalhadores, gestores e usuários da Política de Saúde Mental, assim como de outras políticas sociais, possam repensar suas ações e fomentar o fortalecimento da articulação intersetorial na realidade local.

REFERÊNCIAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro, nov. 1996.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 11, n. 1, jun. 2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

_____. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (org.) **Fim de século**: Ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p. 47-53.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

_____. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-186.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

_____; TORRE, Eduardo Henrique G. 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira: luta por cidadania e democracia nas transformações das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, Breno Augusto S. Maior; FONTE, Eliane Maria M. de (Orgs.) **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. EDUFPE, Recife, 2010, p.113-136.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 6, p. 11-34, nov./dez., 2000.

ALMEIDA, Ney Luiz T. Descentralização e intersetorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz T.; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p.231-260.

_____; ALENCAR, Mônica M. Torres de. **Serviço social, trabalho e políticas sociais**. São Paulo: Saraiva, 2011.

ÂNCORA. **Relatório da I Assembleia geral dos CAPS de Teresina**. Teresina, 31 mar. 2017.

_____. Associação de Usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental no Piauí. **Quem somos?** Disponível em: <<https://associacaoancorapiauui.wordpress.com>> Acesso em: 22 ago. 2018.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-28.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lúcia W. (Orgs.) **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 127-154.

ASSOCIAÇÃO FÊNIX. **Estatuto da associação dos usuários, familiares, e amigos da saúde mental – Fênix**. Parnaíba-PI: out. 2014.

ASSOCIAÇÃO FRATERNIDADE. **Quem somos?** Disponível em: <<https://associacaofraternidade.org.br/>> Acesso em: 7 out. 2018.

ASSOCIAÇÃO HOMO LOBUS. **Estatuto Social**. Teresina, PI, 09 de junho de 2018.

ASSOCIAÇÃO LIBERDADE. **Estatuto Social**. União, 18 de junho de 2018.

BASAGLIA, Franco (Org.) A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o Golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 21, n. 2, Rio de Janeiro, mai./ago, 2017, p. 1-63.

BEHRING, Elaine R. **Política social no capitalismo tardio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Balanço Crítico do SUAS e o Trabalho do/a Assistente Social. In: Conselho Federal de Serviço Social. **O trabalho do/a Assistente Social no Suas: seminário nacional**. Brasília: CFESS, 2011, p.84-95.

_____. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da sociedade civil. In: CFESS (Org.) **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 69-86.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e política social: 80 anos de uma relação visceral. In: SILVA, Maria L. de Oliveira (Org). **Serviço social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. Cortez: 2016, p. 119-140.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

_____; SANTOS, Silvana M. de M. Questão social e direitos. In: CFESS (Org.) **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 267-283.

BELLINI, Maria Isabel; FALER, Camília Susana. Intersetorialidade e fragmentação: partículas a respeito. In: BELLINI, Maria Isabel; FALER, Camila Susana (Orgs.). **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Dados eletrônicos – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014, p. 23-40.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o Trabalho em Rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, ciência e profissão**, n. 28, v. 3, p. 632-645, 2008.

BISNETO, José. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOBBIO, Noberto. **A Era dos Direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, out./dez., 2015.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

_____. O SUAS e a seguridade social. In: Conselho Nacional de Assistência Social/Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Textos da V Conferência Nacional de Assistência Social**. Brasília, novembro de 2005, p. 10-16.

BRASIL. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Agosto de 2017. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.869**, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório CRACK, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>> Acesso em: 04 out. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados – 12**, ano 10, n. 12, Brasília, out. 2015a.

_____. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CapacitaSUAS**, Caderno 2. Proteção de Assistência Social: Segurança de Acesso a Benefícios e Serviços de Qualidade. Brasília: MDS, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e População em Situação de Rua**. Volume 3. Brasília: MDS, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **CapacitaSuas Volume 2: Desafios da gestão do SUAS nos municípios e Estados**. Instituto de estudos especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Brasília: MDS, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. **Decreto nº 6.307**, de 14 de dezembro de 2007. Dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o artigo 22 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, 2007a.

_____. **Decreto nº 6.214**, de 26 de outubro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao artigo 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, 2007b.

_____. **Decreto nº 6.135**, de 26 de Junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Brasília, 2007c.

_____. **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social** – NOB/SUAS. Brasília: MDS 2005b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2001.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. (Série textos básicos; n. 67)

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

_____. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, n. 45, p.49-95, 1998.

BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de et al. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e políticas públicas**, n. 35, p. 119-159, jul./dez, 2010.

CARDOSO, Francisca Maria Carvalho. **Regionalização da política de saúde mental no Piauí**: desafios na atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

_____; MACEDO, João Paulo Sales. A regionalização da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: caminhos e percursos. **Revista da Faculdade Santo Agostinho**. Teresina, v. 13, n. 4, art. 12, p. 235-261, jul./ago., 2016.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Família e políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (Org.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2008, p. 267-274.

_____. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos.

Información del Tercer Sector, abr. 2003. Disponível em:

<http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/a_ao_em_rede_na_implementao.pdf> Acesso em: 19 fev. 2017.

CASTELLS, Manoel. Sociedade em rede: do conhecimento à política. In: _____. **A**

sociedade em rede: do conhecimento à ação política. Disponível em:

<http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/Sociedade_em_Rede_CC.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

CASTRO, Magali S.; CARVALHO, Denise C.; CRONEMBERGER, Liana P. Assistente social atuando em rede sócio-assistencial. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos et al. (Orgs). **Saúde mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2008, p. 175-182.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A “Questão Social” no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1982.

CFESS. **Nota pública: por que dizer não ao Programa Criança Feliz**. Brasília (DF), 7 de março de 2017a

_____. **CFESS Manifesta**. 11ª Conferência Nacional de Assistência Social. Brasília (DF), de 5 a 8 de dezembro de 2017b.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. Brasília: CFESS, 2013a.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2013b.

_____. **Código de Ética do Serviço Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

COE, Neilanza Micas; DUARTE, Marco José de O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, Marco José de O; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tahiana Meyre da S. (Orgs). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017, p. 79-100.

COLIN, Denise; JACCOUD, Luciana. A assistência social e a construção do SUAS: balanços e perspectivas. In: CRUS, José Ferreira da et al. (Orgs). **Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 Anos da Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013, p. 42-65.

CONCEIÇÃO, Pedro Wilson Ramos da. **Uma história de vida no processo de reforma psiquiátrica piauiense**: a trajetória de Marta Evelin de Carvalho. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

CONH, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 219-246.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Enterrando o manicômio judiciário: contribuições da Reforma Psiquiátrica para a garantia do direito à saúde das pessoas em sofrimento mental autoras de delito. In: CORREIA, Ludmila Cerqueira; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs). **Dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira**: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 79-108.

CORREIA, Maria Valéria C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, Maria Valéria C; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs). **Reforma Sanitária e contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 67-89.

COSTA, Luciana A.; BRASIL, Flávia D. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014.

COSTA, Maria Dalva. **Serviço social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do SUS. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco – UFPE: Recife, 2010.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 304-351.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. Cortez: São Paulo, n. 62, p. 35-72, 2000.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015.

DAGNINO, Evelina. ¿Sociedad civil, participación e ciudadanía: de que estamos falando? In: MATO, Daniel (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil entiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar., 2013.

DAMATTA, Roberto. **A Casa & a Rua**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. **Estabelecimentos por tipo**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 31 jul. 2018.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1996.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução: Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DRAIBE, Sonia M. Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisas**, Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, n. 8, 1993.

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis Psique**, v. 2, n. temático, p. 95-127, 2012.

_____; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Rede, território e produção de cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, n. 15, Ribeirão Preto-SP, **Anais...** Ribeirão Preto: ABEPSS, 2016. 1 CD-ROM.

ENNE, Ana Lúcia S. Conceito de rede e as sociedades contemporâneas. **Comunicação e Informação**, v. 7, n. 2, p. 264-273. jul./dez, 2004.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, p. 181-192.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Lua Nova**, n. 35, São Paulo, p. 74-111, 1995.

ESPINOSA, Roberto Moreno. Descentralização. In: CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de; GONTIJO, Castro; BRAGA, Cynthia Rúbia; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 117-119.

FALCÃO, Maria do Carmo. A seguridade na travessia do Estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, Adailza. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995b, p. 109-126.

FALEIROS, Vicente de P. **A política social do estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FALER, Camília Susana. **Intersectorialidade: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. 231f.

_____. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008, p. 49-87.

FAZENDA, Isabel. Serviço social, direitos humanos e saúde mental. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva (Orgs). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel social, 2017, p. 209-230.

FEITOSA, Luciola Galvão; LAGO, Eliana Campelo; FEITOSA, Ilana Maria Lobão. Contexto organizacional e implementação de políticas públicas de saúde mental sob a perspectiva do quadrilátero da formação. In: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al. **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 191-212.

FERNANDES, Juliana Cristina; RIBEIRO, Clarice Scopin. Saúde mental e serviço social: entre o campo e núcleo. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos (Org.). **Atenção psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel social, 2016, p. 45-72.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FMS. **Relatório de Gestão - CAPS II Sul**. Teresina, Fundação Municipal da Saúde, 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde**. 17 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 12 out. 2017.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. A trajetória histórica da assistência social no Brasil no contexto das políticas sociais. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 65-92.

FRANÇA, Merilin Carneiro de. **Interseções, aproximações e distanciamentos entre a estratégia saúde da família e o programa bolsa família a partir da lógica da intersectorialidade**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa, 2014.

FRAZÃO, Iracema da Silva. **“Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar. Eu trabalho e não sou doente mental”**. O processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife: 2007.

FUNDAÇÃO WALL FERRAZ. **Missão**. Disponível em: <<http://fwf.teresina.pi.gov.br>> Acesso em: 31 jul. 2018.

GENTILLI, Raquel de M. Lopes. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social. *SER Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun., 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Antônio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Rede de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria. (Org.) **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010, p. 11-19. Disponível em: <http://www.fazendohistoria.org.br/downloads/4_rede_de_protecao_social.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

GONÇALVES, Larissa de Andrade. Compartilhando vivências: breve relato de experiência no apoio à implementação da rede de atenção psicossocial no estado do Piauí. In: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al. **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 139-158.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012b. p. 39-68.

HOLANDA, Sergio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos e competências**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.341-375.

_____. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001, ano 2, n. 3, p. 09-32.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 21. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Pero: CELATS, 2007.

IANNI, Octavio. **A era do globalismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1997.

IBGE. **IBGE Cidades - Piauí**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>> Acesso em: 31 jul. 2018a.

_____. **IBGE Cidades - Teresina**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>> Acesso em: 31 jul. 2018b.

_____. Diretoria de Pesquisas – DPE. **PNAD Contínua**. Junho de 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br>> Acesso em: 31 jul. 2018c.

INOJOSA, Marie Rosa. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 102-110, 2001.

_____. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar./abr. p. 35-48, 1998.

IPEA. **Nota técnica**: os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, n. 26, setembro de 2016.

JARDIM, Katia. “Por que a crise não cabe no sistema?” Divagações sobre a interface entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Urgência e Emergência. In: PASSOS, Rachel Gouveia; COSTA, Rosane de Albuquerque (Orgs). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, p. 65-86.

_____.; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, n. 13, v. 1, p. 169-190, 2007.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, Nov./dez. 2000.

_____. Novas formas de gestão na saúde: Descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: A Experiência de Fortaleza. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**. Caracas, 1997.

KOGA, Dirce. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 30-42, jul./dez. 2013.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LARANJEIRAS, Ronaldo. A segunda reforma psiquiátrica. **Folha de São Paulo**, 24 de dezembro de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/12/1945632-a-segunda-reforma-psiquiatrica.shtml>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

LEAL, Erotildes; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULIOR, Aluisio; MATTOS, Ruben A. (Orgs). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LESSA, Ana Paulo Girão. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, Liduina Farias A.; RIBEIRO, Herta Castelo B. (Orgs). **Políticas de saúde e serviço social**: contradições, ambiguidades e possibilidades. Paraíba: EDUFCEG/ Fortaleza: EDUECE, 2011, p. 79-90.

LIMA, Maria Edileuza da Conceição. Rede de apoio e suporte em saúde mental no Piauí: por uma clínica da Reforma Psiquiátrica com subjetividade, medicação com menos efeitos colaterais e maior poder de resolutividade associada a práticas integrativas e complementares. In: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin; MACEDO, João Paulo

(Orgs). **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011, p. 149-160.

LIMA, Rafaela Dayse Oliveira de; OLIVEIRA, Raquel Araújo; SOUSA, Fernanda Marques de. Intersectorialidade, política de saúde e serviço social: um processo de ações na busca da integralidade. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. **Anais...** São Luís, 2015, p. 1-12.

LIMA, Sayonara Genilda de Souza; SANTOS, Diaponira Vitória da Silva. Rede, instituições e articulação: o desafio de levar saúde mental para o território. IN: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al (org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. EDUFPI: Teresina, 2017, p. 123-137.

_____. **Perfil socioeconômico dos usuários ativos do centro de atenção psicossocial-CAPS II Sul: uma análise das desigualdades sociais em saúde mental**. Monografia. (Especialização em Saúde com ênfase em saúde mental). Faculdade Ademar Rosado, Teresina, 2017.

LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desigualdade Social e as expressões da Questão Social na Saúde Mental: contexto de vida e sobrevivência. In: TEIXEIRA, Solange Maria Teixeira; MACEDO, João Paulo Sales (Orgs). **Políticas sociais na contemporaneidade: programas, serviços e trabalho profissional**. Teresina: EDUFPI, 2017, Capítulo 2, p. 41-60.

MACAMBIRA, Dávila Dayana C. Branco. O benefício de prestação continuada e os desafios no reconhecimento do direito das pessoas com transtorno mental. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos (Org.). **Atenção psicossocial e serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 73-93.

MACEDO, Erica Fernanda Torres. **O desafio da intersectorialidade na prática do assistente social na saúde**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2013.

MACEDO, João Paulo et al. A RAPS na atenção em álcool e outras drogas: proposições para integralidade do cuidado a partir da APS. In: ROSA, Lúcia C. dos S. (Org.) et al. **CRR articulando a RAPS: a construção de novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília, Verbis Editora, 2015, p. 137-168.

_____; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, n. 22, p. 138-164, 2012.

MACEDO, João. Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Questões (im)pertinentes sobre as práticas em saúde mental no Piauí. In: ROSA, Lucia C. dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin de; MACEDO, João Paulo. **A política e as ações em saúde mental do Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011. p. 119-135.

MACHADO, Graziela S. O trabalho dos assistentes sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, Eduardo (Org.). **Abordagens psicossociais**. Volume III: Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/ Editora Hucitec, 2009, p. 32-120.

MARANHÃO, Laisla Shirley Rodrigues. **A inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho no contexto teresinense: avanços e desafios**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.

MARICONDI, Maria Ângela; SOARES, Maria Luísa P. Ventura. Família e rede social. In: GUARÁ, Isa Maria. (Org.) **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010, p. 71-82. Disponível em: <http://www.fazendohistoria.org.br/downloads/4_rede_de_protecao_social.pdf>.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política: livro I**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 24. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. **Contribuição para a crítica da economia política**. Tradução de Maria Helena Barreiro Alves. São Paulo: Edições Mandacaru, 1989.

MATOS, Joana Karolina V. Costa; ROSA, Lúcia C. dos Santos. A atenção em saúde mental em hospitais gerais de Teresina. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos et al. (Org.) **Experiências de cuidados intersetoriais na atenção integral dos consumidores de drogas no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2016, p. 255-284.

MATOS, Maurílio de Castro. **Serviço Social, ética saúde: e reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MDSA. Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação. **Relatório de Informações Sociais**. Junho de 2018. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016, p. 56-71.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

_____ et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 71-104.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MINHOTO, Laurindo Dias; MARTINS, Carlos Estevam. As redes e o desenvolvimento social. **Cadernos Fundap**, n. 22, p. 81-101, 2001. Disponível em: <www.abdl.org.br/287/as-redes-e-o-desenvolvimento-social.pdf> Acesso em: 27 jun. 2016.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. O trabalho com redes como um procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 51-58, 2002.

_____.; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL: o direito à saúde e à proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 08-10 ago 2011, Pelotas (RS), **Anais do DIPROSUL**, ISBN 978-85-7590-139-7, p.1-27. Disponível em: <<http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>> Acesso em: 4 abr. 2016.

MONNERAT, Giselle L; SOUZA, Rosimary G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

_____. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz T.; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p. 41-54.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca básica do serviço social; v. 5).

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 133-146.

_____. Crise contemporânea e transformações na produção capitalista. In: CFESS (Org.) **Serviço social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 51-67.

_____. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

MOURA, Franciele dos Santos; SOUSA, Karine Cabral. Empoderamento em saúde mental: experiências de uma associação de pessoas com transtorno mental. **Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/empoderamento-em-saude-mental-experiencias-de-uma-associacao-de-pessoas-com-transtorno-mental.pdf>> Acesso em: 8 mai. 2017.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria R; MIOTO, Regina Célia T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 218 - 240.

NUNES, Larissa Veloso; TEIXEIRA, Solange Maria. O sistema de proteção social brasileiro a partir da constituição federal de 1988 aos dias atuais: universalidade, focalização ou seletividade? **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 40, p. 154-175, jan./jun. 2014

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: Nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

_____. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Genebra, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008, p. 91-122.

PAIVA; Amanda Santos de; COSTA, Maria Dalva H. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 51-68, jan./jun. 2016.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate** (Pelotas), v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez. 2017.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima. Descentralização, intersetorialidade e interdisciplinaridade: elementos para uma nova gestão e operacionalização da política de assistência social. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel social, 2016, p. 131-152.

_____. **Intersetorialidade na política de assistência social: um estudo sobre os centros de referência de assistência social (CRAS) em Teresina-PI**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

_____; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, jan./jun, p. 114-127, 2013.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIRA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014, p.23 – 39.

_____. **Política social: temas e questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

_____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 87-108.

_____. Como conjugar especificidade e intersectorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, v. 77, ano XX, mar. 2004, p. 54-62.

PEREIRA, Sofia Laurentino B. **O processo de trabalho do serviço social na saúde mental**. EDUFPI: Teresina, 2017.

_____; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Intersetorialidade e redes no âmbito do SUS: a rede de atenção psicossocial brasileira e piauiense em foco. In: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al. (Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 43-78.

PFEIFER, Mariana. Notas acerca das redes de políticas sociais. In: 1º Simpósio sobre Famílias: Políticas de Atendimento, 2009, Tubarão. **Anais do 1º Simpósio sobre Famílias: Políticas de Atendimento**. Tubarão: UNISUL, 2009.

PIAUI. **Lei nº 7095**, de 04 de janeiro de 2018. Inclui pessoas com transtornos psicossociais nas políticas públicas dos deficientes do Estado do Piauí. Piauí, 2018.

_____. **Lei Estadual nº 6.194**, de 13 de março de 2012. Dispõe sobre a gratuidade de entrada e acesso às pessoas com deficiência aos cinemas, teatros, casas de espetáculo, estádios e ginásios esportivos. Piauí, 2012.

_____. **Decreto nº 12.569**, de 16 de março de 2007. Regulamenta a Lei nº 5.583, de 11 de julho de 2006, que concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo intermunicipal e dá outras providências. Piauí, 2007.

_____. **Lei complementar nº 87**, de 22 de agosto de 2007. Estabelece o planejamento participativo para o desenvolvimento sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Piauí, 2007.

_____. **Lei Ordinária nº 5.583**, de 11 de julho de 2006. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo intermunicipal. Piauí, 2006

PINHO, Leonardo. Guerra das narrativas na saúde mental. In: ABRASME (Org). **Crônicas de Resistência**: em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. ABRASME: São Paulo, Janeiro de 2018, p. 17-18.

PIRES, Maria C. Simões; COSTA, Mila B. Corrêa da. Estado em rede. In: CASTRO, Carmem Lúcia Freitas de; GONTIJO, Castro, Cynthia Rúbia Braga; AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha (Orgs). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 175-177.

PITTA, Ana M. Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. Editora Hucitec: São Paulo, 2001, p. 19-26.

PORTAL DA FMS. Shopping da Cidade tem quiosque com artigos produzidos por usuários dos CAPS. 17 out. 2017. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/noticia/shopping-da-cidade-tem-quiisque-com-artigos-produzidos-por-usuarios-dos-caps>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

PORTAL MP3. **Quem somos**. Disponível em: <<http://mp3comunica.blogspot.com>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

PORTAL DA SESAPI. **Estado inaugura leitos da Rede de Atenção Psicossocial na Evangelina Rosa**. 17 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2017-03-17/7865/estado-inaugura-leitos-da-rede-de-atencao-psicossocial-na-evangelina-rosa.html>> Acesso em: 30 abr. 2017.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **A integração da política de saúde mental com a atenção primária em saúde**: uma avaliação. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos e competências**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 378-391.

_____. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

REIS, Ademar A. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**, v. 19, n. 54, p. 515-26, 2015.

RICHARDSON, Roberto L. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. 14 reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

ROBAINA, Conceição Maria V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROSA, Lúcia C. dos Santos. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica/atenção psicossocial. In: ROSA, Lúcia C. dos Santos (Org). **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 17-44.

_____. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

_____. Os desafios e os limites da inclusão da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho: uma proposta de estudo. In: LIMA, Solimar Oliveira; BARROS, Francisco de Oliveira Júnior; ARAÚJO, Valdenia Pinto de Sampaio. **Trabalho e desigualdades**. Rio de Janeiro: Booklink, 2009.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____; JOAZEIRO, Edna Maria G. Rede de atenção psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: PEREIRA, Sofia Laurentino B. et al. **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 23-41.

_____; CAMPOS, Rosana T. Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 114, p. 311-331. abr./jun., 2013.

_____; LUSTOSA, Amanda Furtado M. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, v. 13, p. 27-50, jan./jun, 2012.

_____. A política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década 2000 a 2010. In: ROSA, Lucía C. dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin de; MACEDO, João Paulo. **A política e as ações em saúde mental do Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011, p. 15-40.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro: 2006.

SANTOS, Milena. **Estado, política social e controle do capital**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willian Valentini. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 1999.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Deficiência psicossocial: a nova categoria de deficiência**. Fortaleza: Agenda 2011 do Portador de Eficiência, 2010.

SBMFC. **SBMFC alerta para a possibilidade de retrocessos na política de atenção à saúde mental no país**. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/>> Acesso em: 5 jan. 2018.

SCHERER-WARREN, Ilse. Redes De Movimentos Sociais Na América Latina - caminhos para uma política emancipatória? **Caderno CRH**. Salvador, v. 21, n. 54, p. 505-517, set./dez. 2008.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**. Pelotas, v. 16, n. 1, jan./jun. p. 59-75, 2010.

SESAPI - Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019**. Teresina, abril de 2016.

_____. **Gerência de Atenção à Saúde Mental**. Plano da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Piauí de 2013 a 2015. Teresina, 2014.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, Jeanete L. Martins de (Org). **Serviço social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.11-20.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da; RODRIGUES, Maria Lucia. Serviço social e o cuidado em saúde. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 14, n. 1(19), p. 39-56, jan./jun. 2015.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. As condicionalidades no Bolsa Família: sua face conservadora e limites para implementação da renda básica de cidadania no Brasil. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org). **Política de assistência social e temas correlatos**. Campinas: Papel Social, 2016, p. 155-179.

SILVA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos brasileiros de psicologia**. Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SILVA, Elizangela Samara; MOURA, Viviane Guedes. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental Brasileira. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, jan./jun. 2015.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 130, p. 487-506, set./dez. 2017.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**. Vitória, v. 10, n. 1, jan./abr. 2018

SOUZA, Lara Emanuelli Neiva de; NASCIMENTO, Gisele Martins do. Crise e urgência em saúde mental: (Re)pensando em conceitos e novas práticas de cuidado. In: SECRETARIA DE

ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). **A rede de atenção psicossocial no Piauí: orientações para o cuidado em saúde mental**. SESAPI: Teresina, 2017, p. 22-33.

SOUZA, Políbio José de Campos. **Serviço de urgência psiquiátrica de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/Servico_de_Urgencia_Psiquiatrica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.

SOUZA, Tatiane Oliveira de. **Intersetorialidade: um contexto em política pública de saúde na estratégia de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.

SPOSATI, Aldaíza. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 77, p. 30-53, 2004.

_____. A assistência social e a trivialização dos padrões de reprodução social. In: SPOSATI, Adailza. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995, p. 5-30.

TEIXEIRA, Janine V.; CRUZ, Cesar A.; AZEVEDO, Ana Paula A. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 201-220, jan./jun. 2016.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

TEIXEIRA, Solange Maria. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e o trabalho social. In: MIOTO, Regina C.; CAMPOS, Marla Silva C.; CARLOTO, Cássia M. (Orgs). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 211-226.

_____. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina-PI**. Teresina: EDUFPI, 2013.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Os desafios da gestão das redes de políticas. **VII Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de la Administración Pública**. Lisboa, 2002.

_____. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (Org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995a, p.17-46.

_____. A assistência social na previdência social: uma política marginal. In: SPOSATI, Adailza. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995b, p. 31-108.

TERESINA. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Teresina – Dinâmica populacional**. SEMPLAN. Teresina, 2014.

_____. **Lei Municipal nº 3.144**, de 03 de dezembro de 2002. Concede o Passe Livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo do Município e dá outras providências. Teresina, 2002.

_____. **Decreto nº 5.559**, de 06 de março de 2003. Regulamenta a Lei Municipal nº 3.444, de 03 de dezembro de 2002, que “Concede o Passe Livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo do Município e dá outras providências”, na forma que especifica. Teresina, 2003.

TONET, Ivo. Qual política social para qual emancipação? **SER Social**, Brasília, v. 17, n. 37, p. 279-295, jul./dez. 2015.

TRINDADE, Rosa L. Prédés. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de fora: Ed. UFJF, 2012, p. 69-102.

UCHÔA, Glenda. Piauí é o 10º estado em perdas de leitos de internação psiquiátrica no país. **Jornal O Dia**. Teresina, p. 4, 8 e 9 abr. 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas de saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 242-271.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 48-65, 2017.

_____. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VERONEZE, Renato Tadeu. A Política de Assistência Social brasileira e a ameaça temerária aos direitos sociais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 345-359, ago./dez. 2017.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 2011.

YASBEK, Maria Carmelita. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, Giselle L. et al. (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 77-103.

_____. Serviço social, demandas no âmbito do terceiro setor e a questão do voluntariado. In: SERRA, Rosa (Org.) **Espaços ocupacionais e serviço social: ensaios críticos**. Jundiaí: Paco Editorial, 2012, p. 117-132.

_____. Mudanças atuais no capitalismo e perspectivas para as políticas públicas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, Número Especial, p. 59-65, ago., 2010.

_____. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos e competências**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 125-142.

_____. As ambiguidades da assistência social brasileira após dez anos da LOAS. **Serviço social e sociedade**. São Paulo, v. 77, ano XX, mar. 2004, p. 11-29.

_____. **Classes subalternas e assistência social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICE A

LEVANTAMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

Quadro A1 – Levantamento no site da *scielo*

TÍTULO	ANO	PERIÓDICO
A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina	2012	Saúde em debate
Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental	2011	Psicologia: ciência e profissão
Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	2014	Serviço social e sociedade
Práticas intersectoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais	2012	Revista Gaúcha de Enfermagem
O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental.	2010	Fractal: Revista de Psicologia
Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana	2012	Texto contexto - enfermagem
Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio	2012	Texto contexto - enfermagem
Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia	2012	Revista brasileira de enfermagem
Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais	2015	Psicologia clínica
Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave	2013	Physis
Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço	2014	Estudos e psicologia (Natal)

Fonte: Sistematização da autora

Quadro A2 - Levantamento no banco de teses da Capes

TÍTULO	TIPO	ANO	ÁREA DO CONHECIMENTO
Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde no Brasil (ANPPS): revisão da subagenda para a saúde mental	Tese	2017	Psiquiatria
Articul(a)ções entre saúde mental e as escolas: pistas para construir um trabalho intersectorial	Dissertação	2016	Psicologia
Contribuições da psicanálise à prática da intensividade em saúde mental	Dissertação	2016	Psicanálise
Entre o olhar do cuidado e a patologização: um estudo sobre a rede de atenção em saúde mental à criança e ao adolescente	Dissertação	2016	Interdisciplinar
Políticas sobre drogas no Brasil: a intersectorialidade como possibilidade de uma assistência integral em um serviço de saúde mental	Dissertação	2015	Serviço social
A complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental	Tese	2015	Sociologia

Potencialidades e desafios a intersectorialidade: interfaces entre equipamentos especializados da saúde mental e da assistência social em Contagem-MG	Dissertação	2015	Saúde
Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade. O ministério público e a desinstitucionalização em saúde mental	Dissertação	2015	Saúde pública
Educação permanente com vistas à integralidade do cuidado na rede de saúde mental	Dissertação	2015	Saúde
Apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de ensino: avaliação de uma experiência em construção	Dissertação	2014	Saúde mental
Trabalho como estratégia de atenção em saúde mental: cartografias do conceito trabalho nas políticas públicas de saúde	Tese	2014	Psicologia
Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersectorial	Dissertação	2014	Saúde mental
Limites e possibilidades da articulação entre saúde mental infanto-juvenil e a atenção básica em Natal-RN	Dissertação	2014	Saúde coletiva
Matriciamento em saúde mental: atuação de núcleos de apoio à saúde da família	Dissertação	2014	Saúde coletiva
O espaço fórum como apoio na formação da rede intersectorial regional em saúde mental: desafios e potencialidades	Dissertação	2013	Psicologia
A rede de atendimento em saúde mental de porto velho e a atuação da psicologia: desafios e perspectivas	Dissertação	2013	Psicologia
Visitas domiciliares em saúde mental: a perspectiva dos usuários trabalhadores e familiares	Dissertação	2012	Saúde
Gestão, atenção e subjetividade em saúde mental: avaliando a integralidade do apoio matricial na atenção primária à saúde campus Sobral	Dissertação	2012	Saúde
Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos	Dissertação	2012	Psicologia
O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades	Dissertação	2011	Serviço social
Práticas pedagógicas na saúde: o apoio matricial e a interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública	Tese	2011	Educação
Concepções profissionais em saúde mental: vicissitudes do campo de assistência infanto-juvenil	Dissertação	2010	Psicologia
Rede de cuidado na saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande-Pb	Dissertação	2010	Enfermagem
O discurso e a prática no centro de atenção psicossocial: a construção do cuidado em saúde mental	Tese	2010	Neuropsiquiatria
Projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial para crianças e adolescentes (Caps-I)	Dissertação	2008	Saúde pública

do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental			
Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família'	Tese	2007	Enfermagem
Equipe atuante no programa saúde da família: conceitos e possibilidades de assistência em saúde mental'	Dissertação	2006	Enfermagem

Fonte: Sistematização da autora

Quadro A3 - Levantamento nos anais do ENPESS

ENPESS	Ano	Trabalhos que tratam de intersetorialidade	Trabalhos que tratam de intersetorialidade relacionada a saúde mental
XIII	2012	78	3
XIV	2014	61	2
XV	2016	58	8
TOTAL		197	13

Fonte: Sistematização da autora

Quadro A4 – Levantamento nos anais do CBAS

CBAS	Ano	Trabalhos que tratam de intersetorialidade	Trabalhos que tratam de intersetorialidade relacionada a saúde mental
14°	2013	66	0
15°	2016	105	10
TOTAL		171	10

Fonte: Sistematização da autora

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais

Pesquisador(es) responsável(is): Sofia Laurentino Barbosa Pereira/ Simone de Jesus Guimarães

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Telefone para contato: (86) 99895282; 32155808 (PPGPP)

Local de coleta de dados: CAPS II Sul; CAPS III; SRT Sul; NASF Sul; Hospital Areolino de Abreu; Leitos da atenção psicossocial da Maternidade Evangelina Rosa; CRAS Sul I; CRAS Sul V; CREAS Sul; Âncora; Gerência de Atenção Psicossocial/FMS; Gerência de Saúde Mental/SESAPI;

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa científica de doutorado. A decisão de participar ou não é sua. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Essa pesquisa tem por objetivo analisar a materialização da intersectorialidade na política de saúde mental, a partir das articulações desenvolvidas pelos assistentes sociais entre a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares na Zona Sul de Teresina-PI na atualidade.

Utilizará uma abordagem qualitativa e se baseará no método dialético crítico de Marx, cujos principais instrumentos de coleta de dados serão a aplicação de entrevistas semiestruturadas, a realização de grupos focais e a observação, a partir da participação da investigadora em algumas atividades das instituições. A técnica de entrevista semiestruturada será realizada com: 02 assistentes sociais de cada serviço (CAPS II Sul; CAPS III; SRT Sul; NASF Sul; Hospital Areolino de Abreu; Leitos da atenção psicossocial da Maternidade Evangelina Rosa; CRAS Sul I; CRAS Sul V; CREAS Sul), dando preferência a profissionais que atuem em turnos diferentes; 01 gestor da política de saúde mental de Teresina (FMS), 01 gestor da política de saúde mental do Piauí (SESAPI). Também serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 02 pessoas participantes da Âncora: o atual presidente e outro membro escolhido pelo tempo de inserção na associação. A técnica do grupo focal será utilizada com pessoas com transtornos mentais e familiares que utilizam esses serviços. A entrevista e os grupos focais serão gravados e depois transcritos para análise.

A pesquisa oferece riscos mínimos, que podem se dar através da manipulação das ideias por você manifestadas para efeitos de análise. Não há benefícios diretos para o/a participante, a não ser o sentimento de que contribuiu para o esclarecimento do tema. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas, assim como poderá solicitar a exclusão de sua entrevista, sem qualquer justificativa. A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer

momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito:

Eu, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais” como sujeito da pesquisa. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com Sofia Laurentino Barbosa Pereira sobre a minha decisão em participar nesse estudo e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____ de ____ de ____

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa – Bairro Ininga

CEP: 64.049-550– UF: PI – Município: Teresina

Tel.: (86)3237-2332 **Email:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE C
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais”

Pesquisador(es) responsável(is): Sofia Laurentino Barbosa Pereira/ Simone de Jesus Guimarães

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

Telefone para contato: (86) 99895282; 32155808 (PPGPP)

Local de coleta de dados: CAPS II Sul; CAPS III; SRT Sul; NASF Sul; Hospital Areolino de Abreu; Leitos da atenção psicossocial da Maternidade Evangelina Rosa; CRAS Sul I; CRAS Sul V; CREAS Sul; Âncora; Gerência de Atenção Psicossocial/FMS; Gerência de Saúde Mental/SESAPI.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação de determinadas atividades realizadas no cotidiano. As entrevistas e os grupos focais serão gravados e depois transcritos para análise. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no(a) Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas por um período de 5 anos, sob a responsabilidade de Sofia Laurentino Barbosa Pereira. Após esse período, os dados serão destruídos.

Teresina,dede.....

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

APÊNDICE D

Declarações dos(s) Pesquisador(es)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Federal do Piauí

Eu (nós), Sofia Laurentino Barbosa Pereira/ Simone de Jesus Guimarães, pesquisador(as) responsável(is) pela pesquisa intitulada “Intersetorialidade na política de saúde mental: uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais”, declaro (amos) que:

- Assumo(imos) o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde;
- Assumo(imos) o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas, sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Sofia Laurentino Barbosa Pereira;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, __ de _____ de _____

Pesquisador responsável (assinatura, nome e CPF)

Demais pesquisadores (assinatura, nome e CPF)

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - ASSISTENTES SOCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA ZONA SUL DE TERESINA

- 01) Identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa: ano e local de formação; idade; sexo; vínculo institucional (efetivo, serviço prestado, cargo comissionado, outro); instituição em que trabalha; tempo que trabalha na instituição; tempo de experiência na saúde mental; titulação (especialização, mestrado, doutorado).
- 02) Perfil de usuários que são atendidos por esse serviço (idade, sexo, perfil socioeconômico, escolaridade, tempo de permanência no serviço, etc).
- 03) Demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares que requerem articulação intra e/ou intersetorial com outros serviços da RAPS, com a rede socioassistencial e/ou com redes sociais informais da Zona Sul de Teresina-PI.
- 04) Respostas oferecidas às demandas intra e interssetoriais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares.
- 05) Acompanhamento dos encaminhamentos realizados para outros serviços/políticas (Descrever como ocorre, se há existência de um protocolo ou instrumento formal que registre esse encaminhamento e avaliar acerca do compartilhamento de responsabilidade entre as equipes dos diferentes serviços frente às necessidades dos seus usuários em comum);
- 06) Ações, atividades e interseções de natureza interssetorial realizadas em conjunto com a rede socioassistencial e as redes sociais informais.
- 07) Serviços e profissionais da Zona Sul de Teresina-PI que mais se articulam com o serviço (Avaliar a articulação, principalmente com outros serviços da: saúde; saúde mental; assistência social; redes sociais informais).
- 08) Conhecimento acerca de redes sociais informais (como movimentos sociais, grupos de apoio, associações, etc) de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares em Teresina e especificamente na Zona Sul. (Se sim, descrever quais)
- 09) Ações dos profissionais que atuam na sua instituição que buscam articulação e incentivam a participação dos usuários e/ou familiares em redes sociais informais e/ou outras atividades no território da Zona Sul.
- 10) Desafios, limites e possibilidades para o desenvolvimento de ações intrassetoriais e interssetoriais do serviço com outras instituições, políticas sociais, recursos sóciocomunitários e/ou atores sociais no território da Zona Sul de Teresina-PI (Descrição dos principais)

APÊNDICE F

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GESTORES(AS) DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

- 01) Identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa: ano e local de formação; idade; sexo; tempo que atua na gestão; tempo de experiência na saúde mental.
- 02) Avaliar acerca da articulação intersetorial da política de saúde mental de Teresina/Piauí com a política de assistência social e se há incentivo dos(as) gestores(as) para que isso ocorra.
- 03) Ações, atividades e interseções de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais da RAPS da Zona Sul de Teresina-PI em conjunto com a rede socioassistencial e as redes sociais informais.
- 04) Conhecimento acerca de redes sociais informais (como movimentos sociais, grupos de apoio, associações, etc) de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares em Teresina e especificamente na Zona Sul. (Se sim, descrever quais e se ocorre articulação de alguma dessas redes com a política de saúde mental do município)
- 05) Desafios, limites e possibilidades para o avanço da intersetorialidade na política de saúde mental de Teresina/Piauí na atualidade. (Descrição das principais para a gestão).

APÊNDICE G

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – ASSISTENTES SOCIAIS DA REDE SOCIOASSISTENCIAL DA ZONA SUL DE TERESINA

- 01) Identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa: ano e local de formação; idade; sexo; vínculo institucional (efetivo, serviço prestado, cargo comissionado); instituição em que trabalha; tempo que trabalha na instituição; titulação (especialização, mestrado, doutorado).
- 02) Identificação e descrição das principais demandas de usuários e/ou familiares de pessoas com transtornos mentais encaminhados por assistentes sociais da RAPS da Zona Sul de Teresina-PI.
- 03) Respostas/encaminhamentos oferecidos às demandas que envolvem usuários da saúde mental.
- 04) Acompanhamento dos encaminhamentos realizados por e para outros serviços/políticas (Descrever como ocorre, se há existência de um protocolo ou instrumento formal que registre esse encaminhamento e avaliar acerca do compartilhamento de responsabilidade entre as equipes dos diferentes serviços frente às necessidades dos seus usuários em comum);
- 05) Ações, atividades e interseções realizadas em articulação com o serviço (e/ou da política de assistência social em geral) e a rede de atenção psicossocial (e/ou a política de saúde mental) da Zona Sul de Teresina/Piauí (Descrição das principais).
- 06) Avaliação e descrição dos principais desafios, limites e perspectivas para o fortalecimento da intersetorialidade entre a rede socioassistencial e rede de atenção psicossocial em Teresina/Piauí.

APÊNDICE H

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – MEMBROS DE REDE SOCIAL INFORMAL DA ZONA SUL – ÂNCORA

- 1) Descrição da Âncora (objetivos, público-alvo, surgimento, ações, etc).
- 2) Perfil dos membros da Âncora atualmente.
- 3) Descrição acerca dos membros da Âncora que chegam até a associação através de encaminhamentos de profissionais de serviços da RAPS da Zona Sul. (Explicitar os principais profissionais e serviços que fazem esse encaminhamento).
- 4) Avaliação acerca da participação de profissionais da RAPS da Zona Sul de Teresina em atividades realizadas pela Âncora e/ou incentivam a participação de usuários e/ou familiares. (Descrever principais profissionais e serviços que se fazem presentes).
- 5) Participação da Âncora em atividades realizadas por profissionais da RAPS da Zona Sul de Teresina e/ou gestores da política de saúde mental do município ou Estado (Avaliar e descrever quais atividades e como ocorreu essa participação).

APÊNDICE I

ROTEIRO PARA NORTEAR GRUPO FOCAL – PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS E/OU FAMILIARES DE USUÁRIOS DA RAPS DA ZONA SUL

- 01) Você, ou seu familiar, conhece outros serviços de saúde mental da Zona Sul de Teresina? Já utilizou ou precisou utilizar algum deles? Se sim, qual/quais?
- 02) Você, ou o seu familiar, utiliza ou precisou utilizar algum serviço de saúde da Zona Sul de Teresina, como Posto de Saúde, Hospital, etc? Se sim, qual/quais? Qual demanda você levou ao serviço? Como foi atendida?
- 03) Você, ou seu familiar, participa ou gostaria de participar de alguma atividade, ou de outros serviços presentes no seu território na Zona Sul (como lazer, cultura, educação, etc)? Se sim, qual/quais?
- 04) Você, ou seu familiar, já precisou ou utilizou algum serviço da rede Socioassistencial da Zona de Teresina (como CRAS, CREAS, etc)? Se sim, qual/quais? Qual demanda você levou ao serviço e ela foi atendida?
- 05) Você, ou seu familiar, faz parte ou conhece algum grupo de apoio, associação, movimento social ou outro, voltado para as pessoas com transtornos mentais e/ou familiares da Zona Sul de Teresina? Se sim, quais?
- 06) Você, ou seu familiar, conhece a Âncora? Se sim, já participou de alguma atividade desenvolvida pela Âncora? Se sim, qual e como foi? Foi encaminhado ou houve incentivo à participação a partir dos assistentes sociais da RAPS ou da rede socioassistencial?

ANEXO- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE PARTIR DAS ARTICULAÇÕES TECIDAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS REDES INTERSETORIAIS

Pesquisador: Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88160218.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.640.840

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a materialização da intersectorialidade na política de saúde mental, que será investigada a partir das articulações desenvolvidas pelos assistentes sociais entre a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa terá como cenário empírico a realidade de Teresina, capital do Piauí, que se destacou no ano de 2014 como o quarto Estado com maior cobertura de CAPS no país segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Para coleta de dados, serão privilegiados os serviços e atores sociais localizados no território da Zona Sul de Teresina para investigação empírica, após observar que esta região vem se destacando em âmbito municipal no desenvolvimento de iniciativas de integração da saúde mental com outros setores e políticas; além de ser o território mais populoso da cidade, e contar com um número expressivo de instituições de CAPS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a materialização da intersectorialidade na política de saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a partir das articulações desenvolvidas pelos assistentes sociais entre a rede de atenção psicossocial (RAPS), a rede socioassistencial e as redes sociais informais de pessoas

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.640.840

com transtornos mentais e/ou familiares na Zona Sul de Teresina-PI na atualidade;

Objetivos Secundários:

- 1) Identificar as demandas postas por usuários e/ou seus familiares aos assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina PI que requerem articulação intra e/ou intersetorial com outros serviços da RAPS, com a rede socioassistencial e/ou com redes sociais informais;
- 2) Mapear as demandas de pessoas com transtornos mentais e/ou seus familiares nos serviços da rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI que foram encaminhadas por assistentes sociais da RAPS;
- 3) Caracterizar as principais ações, atividades e intervenções de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais da RAPS da Zona Sul de Teresina-PI, em conjunto com a rede socioassistencial e as redes sociais informais;
- 4) Verificar os principais encaminhamentos e respostas oferecidas pelos assistentes sociais que atuam na RAPS e na rede socioassistencial da Zona Sul de Teresina-PI as demandas intra e intersetoriais de pessoas com transtornos mentais e/ou familiares;
- 5) Averiguar até que ponto os assistentes sociais que atuam na RAPS da Zona Sul de Teresina-PI estabelecem parcerias e incentivam o envolvimento/participação de usuários e/ou familiares em redes sociais informais;
- 6) Refletir sobre os desafios, limites e perspectivas para o fortalecimento da intersetorialidade na política de saúde mental de Teresina-PI, especificamente entre a RAPS, rede socioassistencial e redes sociais informais da Zona Sul na atualidade;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos, que podem se dar através da manipulação das ideias por você manifestadas para efeitos de análise. Destaca-se que a sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Benefícios:

Os benefícios se dão no sentido de fornecer subsídios em termo de conhecimentos e para

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.640.840

fomentar o debate sobre a Política de Saúde Mental, a intersetorialidade e a intervenção em rede – temáticas contemporâneas debatidas não só pelo Serviço Social, mas também por diversas profissões, áreas do conhecimento e que são do interesse da sociedade em geral. Pretende-se fornecer subsídios tanto teóricos quanto técnico-operativos para que assistentes sociais e demais trabalhadores, gestores e usuários da política de saúde mental, assim como de outras políticas sociais de Teresina, possam repensar suas ações e fomentar o fortalecimento da articulação intersetorial na realidade local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados.

Recomendações:

Recomenda-se a pesquisadora inserir nas informações básicas do projeto a redação sobre riscos e benefícios como está presente no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

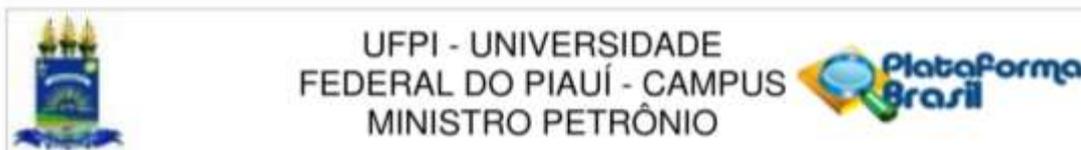
Projeto de pesquisa apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1092057.pdf	19/04/2018 14:42:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	19/04/2018 14:42:23	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO1.docx	19/04/2018 14:39:18	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	19/04/2018 14:32:49	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Outros	instrumento.pdf	19/04/2018 14:02:07	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Outros	cv.pdf	19/04/2018	Sofia Laurentino	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.640.840

Outros	cv.pdf	13:58:40	Barbosa Pereira	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	19/04/2018 13:55:39	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_000032.pdf	13/04/2018 16:13:24	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sesapi.pdf	13/04/2018 15:58:58	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	semcaspi.pdf	13/04/2018 15:58:48	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	mder.pdf	13/04/2018 15:58:36	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	haa.pdf	13/04/2018 15:58:23	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	fms.pdf	13/04/2018 15:58:12	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/04/2018 15:54:01	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/03/2018 18:53:47	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito
Folha de Rosto	cep.pdf	26/03/2018 18:19:08	Sofia Laurentino Barbosa Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 08 de Maio de 2018

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br