

TEXTO 01

Introdução à Reforma Psiquiátrica e a Política de Álcool e Outras Drogas com ênfase na Proteção Social.

O curso ora apresentado tem como objetivo proporcionar a reflexão sobre o papel da assistência social na promoção e desenvolvimento do cuidado em saúde mental nos territórios, considerando o aumento significativo das demandas em torno do adoecimento mental e uso abusivo de substâncias psicoativas e o agravamento das vulnerabilidades decorrentes desse processo.

Sabe-se que as questões relativas à saúde mental são constituídas por aspectos multifatoriais, de cunho biológico, psíquico e social. Nesse sentido, serão debatidas ao longo deste material as expressões da questão social que conformam a problemática dos territórios ocupados por famílias adoecidas, igualmente atravessadas pela pobreza, violência, fragilização dos vínculos familiares e grande dificuldade de acesso aos serviços públicos. A assistência social cumpre, portanto, uma função articulatória e garantidora de direitos, na perspectiva de promover o cuidado para além da dimensão restrita aos serviços de saúde.

Desta forma, ao estabelecer o diálogo intersetorial com a saúde mental, ao apropriar-se dos fundamentos do cuidado em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, soma-se ao esforço conjunto e articulado de diversas políticas necessários ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais, fortemente embricadas ao processo de adoecimento acentuado pelo período pandêmico do vírus da Covid 19. As consequências biológicas, sociais e econômicas ainda estão em processo de apreensão. Entretanto, sabe-se que a Assistência Social se constitui em um dos principais serviços/setor envolvido nas situações de cuidado em saúde mental. Sendo no cotidiano de trabalho, nos serviços socioassistenciais, que se verifica o aumento da demanda em torno da rede de saúde mental, tensionado o lugar da Assistência Social apenas enquanto política responsável pela referência e contrarreferência para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹.

¹ A Portaria nº 3088/2011, do Ministério da Saúde, *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.*

Em 23 de dezembro de 2011, foi promulgada a Portaria nº 3088/2011, responsável por normatizar e ampliar os pontos de atenção e cuidado de saúde mental, através de uma rede de serviços articulados.

Nesta direção, afirma-se, no campo do planejamento em saúde, que a atenção em saúde mental representa mais que apenas o acompanhamento dos sujeitos pelos serviços especializados/estratégicos. Tal perspectiva reconhece, portanto, que a melhor atenção em saúde mental é aquela que possibilita que os sujeitos possam articular suas vidas com cidadania e participação social, a partir de suas redes, de seu território e dos dispositivos de cuidado lá estabelecidos (Brasil, 2011).

A partir dessa normativa, inaugura-se outro paradigma de cuidado em saúde mental, no qual a assistência às pessoas em sofrimento psíquico - seja em função do uso abusivo de substância psicoativas, seja em razão de outros transtornos mentais – deverá extrapolar a própria rede de saúde e mobilizar as demais políticas setoriais enquanto corresponsáveis.

A corresponsabilização contribui, assim, para o aumento da participação comum, na superação de disputas de poder, dando lugar para relações mais transversalizadas que possam oferecer chances para a produção de reflexões, articulações e estratégias coletivamente pensadas. E, nesse sentido, pode inclusive se situar como dinâmica e operador importante nas ações entre setores, políticas e programas sociais que buscam fundar suas estratégias na promoção da cidadania, intersetorialidade e participação popular mais autônoma dos envolvidos nas problemáticas (Brasil, 2008).

Isto é, os serviços prestados pelos CRAS, CREAS, Centro Pop Rua e Unidades de Acolhimento ao assumir a tarefa de promover cuidado em saúde mental - dentro dos parâmetros desenhados pela Política Nacional de Assistência Social, compreendendo as atribuições respectivas da RAPS – devem traçar as estratégias de atendimento, acompanhamento familiar e promoção do cuidado em saúde mental partilhado no território entre as políticas de saúde e Assistência Social, sinalizando um esforço intersetorial destacado para as vulnerabilidades sociais subjacentes nos processos de adoecimento mental, uso problemático de substâncias psicoativas (SPA's) e sofrimento psíquico.

Entretanto, em que pesem os dispositivos legais e normativos, reordenar a rede de atenção, incorporando outros setores e sujeitos, apresentam-se desafios enfrentados na realidade dos serviços, cuja transformação na lógica do cuidado vem se dando em passos mais lentos do que a urgência posta no cotidiano. A desarticulação e descontinuidade do cuidado em rede é uma marca dos serviços públicos, fragilizando a entrega à população usuária.

Não se trata de confundir as ofertas de serviços de saúde ou assistência social. Pelo contrário, enfatiza-se a importância de reconhecer seguramente as atribuições específicas da

Saúde Mental e da Assistência Social para firmarem uma articulação profícua entre ambas, com vistas à intervenção conjunta nos territórios vistos e atendidos a partir da entrega que cada política deve cumprir para assegurar a Proteção Social. Portanto, o conhecimento acerca das atribuições específicas resultará em uma entrega mais articulada e qualificada à população nos territórios onde atuam. A importância de reconhecer o funcionamento, as propostas terapêuticas asseguradas de cada equipamento da RAPS, a natureza das demandas assistidas pelos respectivos serviços, consolida na Assistência Social a lógica de cuidado na perspectiva da estratégia intersetorial, considerando as seguranças afiançadas pelo SUAS.

A convergência entre os objetivos da Política de Assistência Social e as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial demonstram o alinhamento na garantia do cuidado em saúde mental, articulado com Proteção Social. Mais do que isso, enfatiza o aspectos da promoção do cuidado em saúde mental para além da própria RAPS, concebendo os espaços dos CRAS, CREAS, Centro Pop e demais serviços da Assistência Social como agentes do cuidado em saúde mental, na perspectiva das entregas competentes de cada política a serem feitas ao território. Segundo Pereira (2020), “o campo da saúde mental deve ser compreendido como transversal a várias políticas sociais, devendo estar sempre em diálogo com diversos atores sociais, sejam profissionais, usuários, familiares, dentre outros.”

A expansão da rede de cuidado em saúde mental somente pode ser considerada, a partir do lançamento das bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que no final da década de setenta, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, inspirado pela Reforma Psiquiátrica Italiana e com o propósito de denunciar as violências cometidas nos manicômios brasileiros, inicia a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, engrossando o caldo de cultura democratizante, responsável por questionar regime político e o modelo assistencial dirigido aos loucos da sociedade e problematizando os rótulos e estigmas que recaíam sobre essa população.

Os princípios e diretrizes da superação do paradigma asilar, da construção de redes substitutivas, fundadas na defesa do cuidado em liberdade e de apoio nos territórios, da promoção de direitos humanos e da construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, evidenciando a indissociabilidade entre saúde mental, garantia de direitos, participação, justiça social e democracia.

No processo histórico da Constituinte de 1988, o movimento de luta antimanicomial lançava o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e propunha modelos de cuidado em saúde mental nos territórios, concomitante à aprovação da lei que originaria o Sistema Único de Saúde, abrindo precedentes normativos importantes que resultaram em legislações que estabelecem a RAPS e outra lógica de cuidado em saúde mental, extrapolando até mesmo a política de saúde e convidando uma rede de Proteção Social na garantia da integralidade, na qual figura o Sistema Único de Assistência Social.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, p.6, 2005)

Ao pavimentar o caminho de questionamento do modelo manicomial, perpetrador de violações de direitos humanos das pessoas com transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira defendeu princípios que puderam ser materializados em experiências localizadas, demonstrando a efetividade do cuidado em saúde mental por meio de rede de atenção em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos de lógica asilar.

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (Brasil, p.7, 2005)

A implementação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira se dará em meio a avanços e retrocessos, considerando a conjuntura política e dos diferentes graus de adesão dos governos às propostas de uma sociedade sem manicômios e redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental. Haja vista, o lastro cultural e institucional que apoia a segregação das pessoas em sofrimento mental, baseando em perspectivas que consideram apenas o aspecto biológico, estritamente clínico em detrimento dos fatores sociais, econômicos e culturais que perfazem as questões da saúde mental. Nesta seara, a ampliação do conceito de adoecimento mental e sofrimento psíquico exigiu uma reconfiguração da rede de cuidados, convocando para esta tarefa outras políticas públicas, como Assistência Social, Educação, Trabalho e Renda, Cultura etc.

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 saúde-doença desses sujeitos. Nesse sentido, a intersectorialidade está prevista, direta ou indiretamente, em legislações, portarias e documentos da Política de Saúde, assim como das demais políticas que compõem a Seguridade Social (Pereira, p. 74, 2020)

A reorientação do cuidado em saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira sugere, necessariamente, a transformação dos instrumentos e intervenções no atendimento à população usuária dos novos serviços substitutivos em saúde mental, quais sejam, dos CAPS ou Residências Terapêuticas. Para tanto, definiu-se o Projeto Terapêutico Singular – PTS enquanto instrumento de registro do acolhimento do(a) usuária(o) ao serviço, de identificação das demandas dos sujeitos e apresentação do seu contexto sociofamiliar, visando ainda a sistematização das intervenções consensuadas entre a rede e a(o) usuária(o) e demais partes envolvidas no cuidado através de instrumento potente, dinâmico e de responsabilidade compartilhada entre os serviços públicos.

Nesse sentido, a primeira etapa para a construção do PTS refere-se ao acolhimento para efeito de instituição de vínculo e acolhimento. Sendo assim:

O vínculo, quando criado, possibilita uma parceria, pautada pela sinceridade e responsabilidade, e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias, assumindo caráter de equipe. Essa estará mais sensível à escuta atenta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas (Carvalho; Moreira; Rezio; Texeira, p. 523, 2012)

No acolhimento é possível identificar a história de vida, os acessos e privações, desejos e interesses e todo conjunto de demandas trazidas pelo sujeito individual ou coletivo. Em seguida, são definidas metas possíveis e pactua entre os envolvidos, respeitando a autonomia da(o) usuária(o) e considerando os cenários possíveis. Vale ressaltar que tal processo não se encerra em atendimentos breves e isolados. Pelo contrário, recomendam-se aproximações sequenciadas e mediante instrumentos diversos, tais como: oficinas, atendimentos em serviço, entrevista social em domicílio, no território, assembleias com usuários (as) e trabalhadores (as), etc.

Posteriormente, a intersectorialidade materializa-se por meio da divisão de responsabilidades e compartilhamentos de ações terapêuticas relativas às metas do PTS. Aqui, destaca-se a importância dos indivíduos comprometidos, bem como as demais políticas setoriais acionadas.

Finalizando o PTS, a reavaliação desponta como etapa fundamental, cuja revisão das ações e realinhamento das metas é constante, não se trata de um documento estanque. Nesse sentido, trata-se de uma ferramenta em aberto aos desafios postos pela realidade dos serviços e dos sujeitos envolvidos. Pois, na produção do cuidado em saúde mental, demanda olhar atento para o acolhimento e acesso a direitos com liberdade. Com efeito, o exercício da autonomia enseja informação, condução democrática, quebra de preconceitos e estigmas por parte das equipes de referências e a compreensão da jornada terapêutica exige suporte subjetivo e material. Portanto, não se trata de uma linha reta com checklist a ser cumprido pelos sujeitos envolvidos. Pelo contrário, indica um caminho aberto, em construção dialógica, cuja redefinição de rota e tensionamento são constantes, visto que ainda permanecem cristalizadas a ideia de reclusão, do uso da violência enquanto punição para as pessoas em sofrimento mental seja por doença mental ou abusivo de SPA's.

O Projeto Terapêutico Singular – PTS está para Saúde Mental, assim como o Acompanhamento familiar está para os serviços socioassistenciais (PAIF, PAEFI e PIA), cujas pactuações interventivas precisam ser construídas respeitando a autonomia do(a) usuário(a) e de sua família, considerando os diferentes atores da rede socioassistencial. As similaridades entre o acompanhamento familiar, largamente usado na Assistência Social, e o PTS, da Saúde Mental se dão ainda na diversidade de instrumentos que se pode lançar mão para construí-los, desde entrevistas sociais em domicílio, visitas institucionais, oficinas, reuniões de grupo, atendimentos individuais e coletivos, visando sempre à apreensão da realidade e os recursos materiais e subjetivos para fazer frente às demandas identificadas e garantir direitos.

Na imagem abaixo, pode-se visualizar esquematicamente o percurso do Projeto Terapêutico Singular.

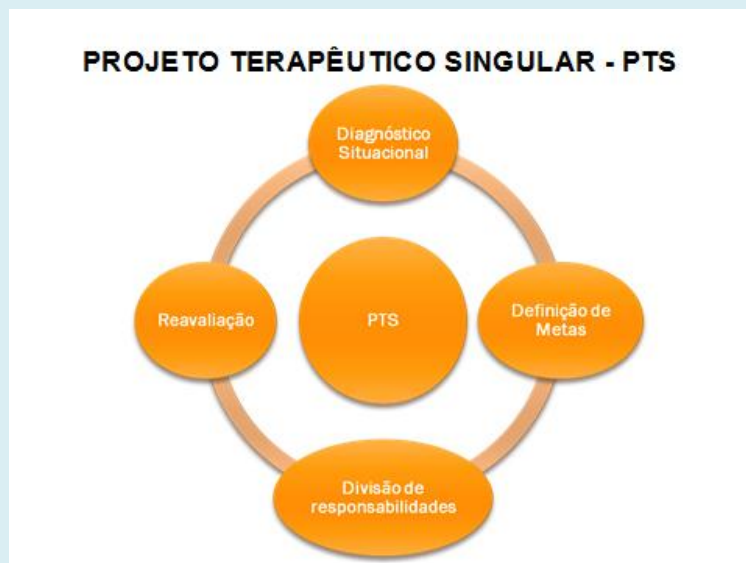


Figura 1

No que diz respeito aos espaços de construção do PTS, considera-se a Rede de Atenção à Saúde o *locus* prioritário para desenvolvimento do mesmo, sobremaneira em reuniões das Equipes de Saúde da Família (ESF); reuniões de matriciamento, equipe de saúde mental, Núcleo de Saúde da Família (NASF), Centro de Saúde do Idoso, especialista, entre outros; atendimentos compartilhados; **reuniões intersetoriais (CRAS, Conselho Tutelar, Consultório de Rua, etc.)**

O que é MATRICIAMENTO?

Segundo Bertussi, o matriciamento se refere a essa criação de espaços de encontros favoráveis ao diálogo e à pactuação; no caso da saúde mental, principalmente com vistas à ampliação das possibilidades de fomento de um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico, por meio do envolvimento de vários serviços, setores e atores na empreitada da desinstitucionalização e promoção à saúde.

Tal conceito fundamenta várias intervenções junto à Saúde Mental no âmbito do SUS, podendo ser estendido para o SUAS, na efetivação da intersectorialidade o cuidado integral, pois a rede se amplia, tendo em vista que:

O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções

conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (Brasil, p. 34, 2005)

De par com as normativas e formulações teóricas do campo da saúde mental, constata-se a pertinência do trabalho em rede no cuidado. Na sequência, serão mencionados os princípios e as diretrizes correspondentes na dimensão da Assistência Social, evidenciando a correlação que tonara factível na realidade dos serviços socioassistenciais intervenções terapêuticas.

Vejamos em quadro abaixo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Assistência Social, promulgada no ano de 2004, coadunando-se fortemente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira que norteia as legislações e normativas da RAPS.

RAPS	PNAS
Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;	Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.
Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;	Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem.
Combate a estigmas e preconceitos;	Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;	Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;	Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais

Tabela 1

Portanto, essa identificação entre as políticas setoriais motivam o trabalho intersetorial, bem como reitera o compromisso com o cuidado com as pessoas com transtorno mental e em uso de abusivo de substâncias psicoativas nos equipamentos da Assistência Social, através de diálogo

consistente com a RAPS. Afinal, por vezes, as mesmas famílias que são acompanhadas pelos serviços socioassistenciais são aquelas que possuem algum membro sendo assistido pelo CAPS do território, evitando assim a desarticulação ou duplicidade de intervenções que afasta a população usuárias dos serviços, ou ainda, provoca disputa entre as equipes não deixando nítido qual a competência de cada serviço em questão.

Para tanto, fazem-se necessárias propostas de intervenção que expressem a complexidade das demandas das famílias que vivem no território, e por vezes acessam à Assistência Social mediante suas portas de entrada, mas desconhecem os dispositivos da RAPS para acolhimento das demandas específicas daquela política. Ao identificar os princípios que regem a Saúde Mental, fortalece-se ainda mais o trabalho articulado com o SUAS, como pode-se constatar na ilustração seguinte, cuja correlação entre os princípios e diretrizes são notórios e convocam às intervenções multidisciplinares e intersetoriais.

Agora que você conhece os princípios para o cuidado na RAPS, quais contribuições que um CRAS ou CREAS podem somar na construção de um projeto terapêutico singular? Em se tratando de articulações possíveis para materializar esses princípios, quais iniciativas podem ser desenvolvidas em Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, por exemplo?



Figura 2

O curso que ora se inicia propõe a instrumentalizar o conjunto de trabalhadoras(es) do SUAS para em seu cotidiano de trabalhar vislumbrarem as diversas possibilidades interventivas de acolhimento, acompanhamento e articulação para o cuidado em saúde mental. Proporcionando o conhecimento dos fundamentos éticos, normativos e interventivos que perfazem a trilha do respeito aos direitos humanos e não dissocia os determinantes sociais subjacentes às situações de

agravamento das demandas de saúde mental, nem tão pouco compartimentalizam os atendimentos dos sujeitos e suas famílias, que deverão ser acolhidas na perspectiva da integralidade e do diálogo entre os serviços socioassistenciais e de saúde mental.

Então, para iniciar a apresentação da RAPS orientamos às(aos) cursistas ao observarem a imagem abaixo para conhecerem os serviços de saúde mental e convidar a um exercício de buscar em seus territórios quais destes equipamentos estão disponíveis e recordar se já foram feitas algumas articulações com eles. Vamos pensar!

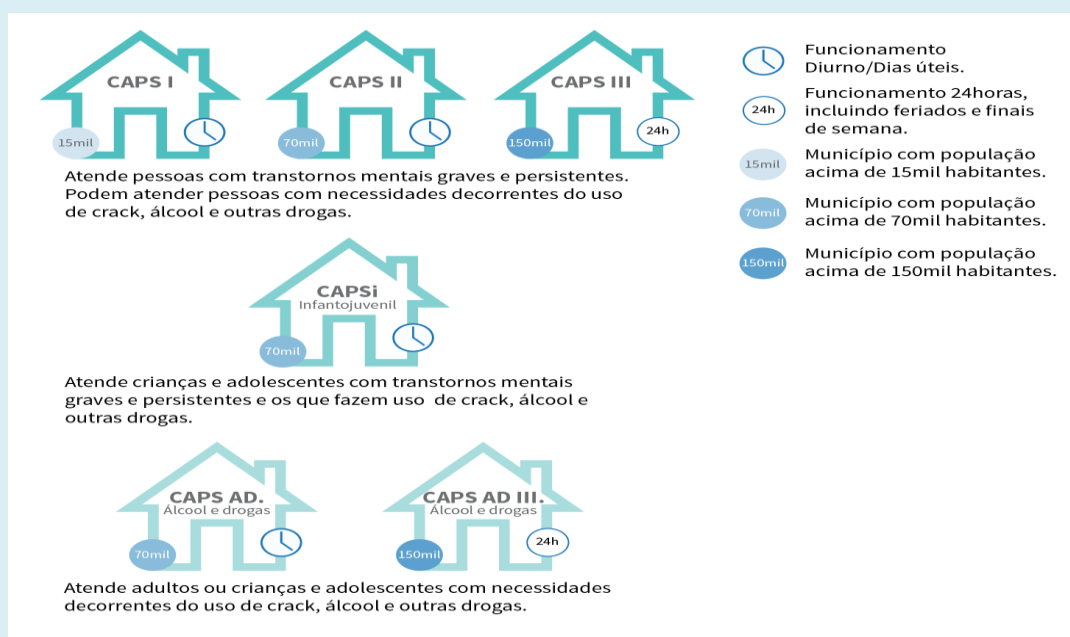


Figura 3

No próximo módulo, será detalhado o histórico da Luta Antimanicomial no Brasil e quais as bases lançadas neste paradigma para o cuidado em saúde mental. E antes da leitura do módulo 2, sugere-se assistir algumas indicações da filmografia do curso: “Bicho de Sete Cabeças”, “Nise: o coração da loucura”, “Estamira”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

_____. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Orientações Técnicas sobre o PAIF - O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS, 2012. v. 1.

_____, (2004). Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social.

GRAÇAS Padilha de Carvalho, L., Dias de Sousa Moreira, M., de Almeida Rézio, L., & Zamariano Fanaia Teixeira, N. (2012). **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**: DOI: 10.15343/0104-7809.2012363507520. *O Mundo Da Saúde*, 36(3), 521-525.

PEREIRA, S. L. B. **Saúde mental e intersetorialidade: Reflexões a partir de demandas aos Assistentes Sociais**. SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 72–98, 2020.

TÃNO, Bruna Lidia e Matsukura, Thelma Simões. **Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 29, n. 01 [Acessado 14 Outubro 2022]