



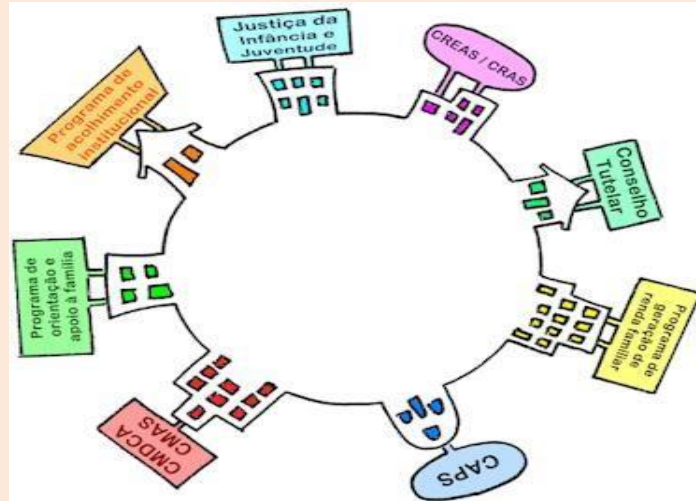
TEXTO 04

Práticas Intersetoriais no SUAS para o cuidado Integral em Saúde Mental

Neste último módulo serão abordadas estratégias de cuidado em saúde mental na Assistência Social correspondente aos pressupostos defendidos pela luta antimanicomial, redução de danos que configuraram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto, o princípio da autonomia e das diretrizes do cuidado multidisciplinar e intersetorial no território será debatido na perspectiva da articulação entre teoria e prática com o objetivo de materializar o cuidado em saúde mental para além dos serviços da RAPS propriamente dita.

A precarização das condições de trabalho no âmbito do SUAS, bem como a falta de conhecimento aprofundado sobre o aparato normativo legal e o quadro teórico e prático no qual se funda a RAPS contribuem decisivamente para algumas divergências ou mesmo não responsabilização da rede SUAS. Com o objetivo de dirimir parte desses limites, o CapacitaSUAS tem se proposto a assegurar uma educação permanente para o conjunto de trabalhadoras(es) da Assistência Social temas transversais que vicejam nos territórios.

Então, serão indicadas ações que materializam a convergência entre a Saúde Mental e Assistência Social a partir de demandas concretas cujo atendimento pode contribuir para romper com a prática setorializada, na qual a transferência de responsabilidades é uma constante em detrimento do compartilhamento de estratégias a partir da competência de cada política. Isto é, a intersetorialidade não se efetiva somente através de encaminhamentos ao CAPS, ocorre também quando se promove a compreensão crítica acerca da relevância das questões de saúde mental, ou ainda favorecendo debates para enfrentamento do preconceito e estigma de pessoas em sofrimento mental e em abuso de SPA, bem como considerando o(a) usuário(a) com demandas de saúde mental sujeito de direitos no amplo espectro da proteção social. Ou seja, que não seja visualizado como um sujeito problema, mas alguém que além do direito à saúde mental, possui outras questões de saúde e demais necessidades sociais, como habitação, educação, renda, cultura e lazer.



É preciso impulsionar ações de convivência familiar e comunitária nos serviços socioassistenciais e de busca ativa nos territórios de pessoas com adoecimento mental e dependência química. Debater as principais ações: a) acolhida, b) oficinas com Famílias; c) Ações Comunitárias; d) Ações Particularizadas; e) Encaminhamentos; f) criação de GT de Saúde Mental, cuja participação da rede socioassistencial seja efetiva.

Algumas situações trazidas pelas famílias podem suscitar a necessidade de uma discussão mais embasada entre os técnicos, fazendo da prática subsídio para uma reflexão mais aprofundada. Os estudos de caso possibilitam a definição e estruturação de estratégias que visem a superação da situação apresentada, prevendo encaminhamentos, inserção nas ações do PAIF/PAEFI/PIA, articulação intersetorial, entre outros. Observa-se a importância de se registrar nos prontuários os produtos dos estudos de caso.

Nessa direção, ao identificar a rede de serviços no seu território de abrangência e as possibilidades e necessidades do trabalho intersetorial para atender as famílias e indivíduos, a equipe dos serviços da Assistência Social, precisar debater quais as estratégias utilizadas em cada caso concreto, lembrando que não existe receituário, mas princípios norteadores como o cuidado em liberdade e o papel terapêutico do vínculo familiar e com os serviços que atendem as pessoas com adoecimento mental e que fazem uso abusivo de SPA's.

Em se tratando do Trabalho Social com Famílias, metodologia que norteia o acompanhamento familiar no âmbito do SUAS nos diferentes níveis de complexidade da política, assinala-se alguns fundamentos importantes do manejo técnico das demandas de famílias e indivíduos extremamente alinhados com o cuidado em saúde.

Portanto, a inclusão do TSF no âmbito da PNAS está marcada por inovações importantes e no campo de suas proposições visa articular o caráter protetivo, preventivo e proativo nos serviços socioassistenciais na lógica de integralidade da atenção. Nessa concepção, a expectativa é que o TSF, além de estruturar-se com equipes de referência de caráter interdisciplinar, seja balizado pela integração entre os diferentes níveis de proteção e pela intersetorialidade. Nesse sentido, requer a incorporação de aportes teórico-metodológicos que sustentem uma nova forma de pensar as famílias e atuar com elas, para que se distancie cada vez mais das “formas tradicionais” de intervenção no TSF. Como “formas tradicionais”, entende-se aquelas que tendem, por um lado, a focarem-se na responsabilidade individual das famílias no equacionamento de suas necessidades e de suas dificuldades no exercício da proteção social. Por outro lado, que se modelam em ações técnicas que buscam solucionar problemas determinados de forma pontual, fragmentada e setorizada. Ou ainda orientadas por preceitos religiosos e marcadas por comportamentos discriminatórios em relação às famílias e seus modos de vida (BRASIL, p. 17 e 18, 2016)

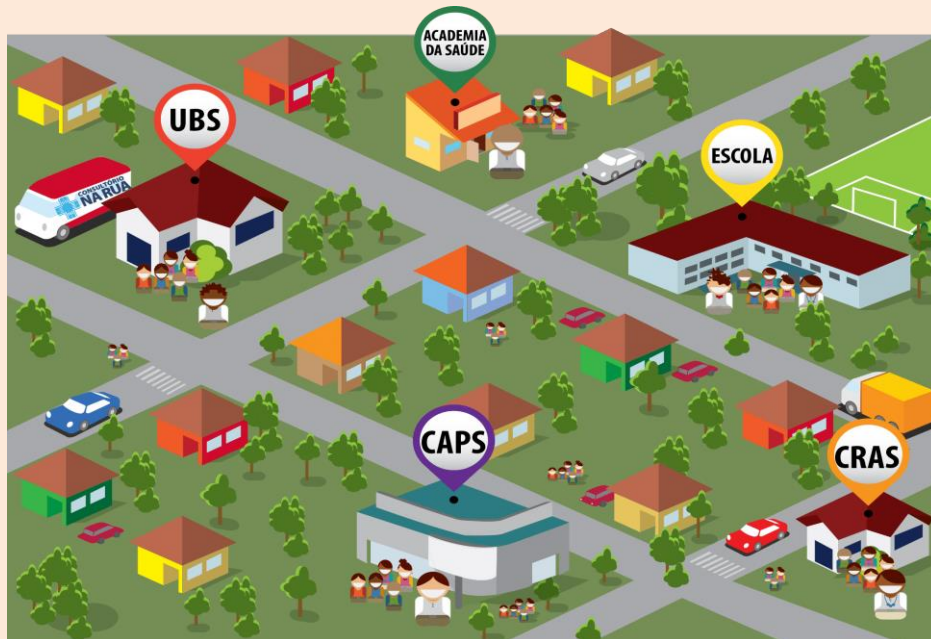
Portanto, ao contextualizar as demandas de saúde mental não deve haver espaço para intervenções isoladas, excludentes, que reiteram a negação de direitos historicamente dirigida à população em sofrimento mental. Pelo contrário, deve-se considerar os fatores sociais na conformação do processo de adoecimento mental, seja por uso problemático de SPA's ou por doença mental.

No que se refere à Saúde Mental e as possíveis ferramentas para materialização da intersetorialidade merece destaque o recurso do Matriciamento, conforme mencionado no primeiro módulo deve ser explorado largamente no exercício do diálogo da Saúde Mental com a rede de saúde, bem como outros serviços, a exemplo da Assistência Social.

Nesse sentido, surgiu a estratégia institucional conhecida por apoio matricial (AM), que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a corresponsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS/USF e permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O AM é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Campos & Domitti, 2007). Permite, além disso, diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais. (BEZERRA, DIMENSTEI. P. 635, 2008)

Esta compreensão também pode se estender até a Assistência Social, uma vez que a primazia do território comparece fortemente no SUAS, assim como o processo de

vinculação e referenciamento das famílias aos serviços socioassistenciais fornecem elementos importantes de análise dos determinantes sociais em saúde.



A corresponsabilização apresenta-se como benefício do trabalho intersetorial, pois trata-se de estratégia para a produção ampliada de saúde e qualificação da rede para as ações em saúde mental, possibilitando que recursos e dispositivos locais sejam potencializados para práticas de cuidado e de garantia de direitos.

Contudo, a construção de uma rede de cuidados é fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica. Isso significa a articulação dos serviços de atenção à saúde mental com os da atenção primária, com outros setores de serviços públicos e, ainda, com quantos forem os recursos do território que possam, de alguma maneira, constituir-se em um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher as pessoas com transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2005).

Muito se comenta sobre o papel fundamental das equipes de referências, no entanto vale destacar a centralidade conferida ao órgão gestor cabe, no qual cabe buscar o diálogo no âmbito da gestão das demais políticas para estabelecer pactuações, fluxos e procedimentos institucionalizados que qualifiquem a relação do CRAS, CREAS, Centro Pop e casas de acolhidas no acompanhamento das situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos, como, por exemplo, questões relacionadas à saúde mental, uso de crack e outras drogas; violência, dentre outras.

O trabalho dos técnicos da Política Nacional de Assistência Social, principalmente das(os) psicólogas(os) não devem mimetizar o atendimento psicoterápico, considerando a

vedação desta prática no âmbito da Assistência Social. Portanto, a atuação da(o) psicóloga(o) em serviços socioassistenciais diferem da atuação profissional em dispositivos de saúde mental. Além disso, o acolhimento realizado em CRAS, CREAS, Centro Pop aos sujeitos em sofrimento psíquico em razão de doença mental ou uso abusivo de SPA's deve orientar na perspectiva do direcionamento à RAPS. Com isso, reafirma-se o as competências específicas de cada política e sublinha-se as intervenções possíveis para o atendimento da demanda em questão. Observe o lembrete dos quadros abaixo:

O campo de atuação profissional consiste na Política Pública de Assistência Social, no qual a psicoterapia não é uma oferta de serviços. Os saberes psicológicos podem contribuir para a proteção social de assistência social e superação das desigualdades sociais, para o empoderamento dos coletivos, a garantia de direitos e o fortalecimento da função protetiva da família.

As ações particularizadas não podem ser confundidas com atendimento psicoterápico. Conforme normatizado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o PAIF/PAEFI não possui caráter terapêutico. As demandas em saúde mental devem ser encaminhadas para a rede intersetorial.

A articulação na rede socioassistencial se traduz por meio de conexões entre as Unidades do SUAS para que, de forma complementar e continuada, possam atender às demandas dos indivíduos e famílias. Nesse sentido, recomenda-se a definição de fluxos para o relacionamento entre essas Unidades, com vistas ao atendimento integrado, evitando a fragmentação e/ou a sobreposição das ações. A adoção de fluxos deve subsidiar a prática cotidiana de encaminhamentos e relacionamento entre as Unidades do SUAS no acompanhamento a famílias e indivíduos. Para potencializar esta articulação podem ser utilizadas diversas estratégias, a exemplo de reuniões entre as instituições da rede, capacitações com diversidade do profissionais e realização de eventos para a

integração entre as equipes. Todas essas iniciativas contribuem para encerrar o ciclo vicioso de transferir a responsabilidade de acolhido à população usuária a partir da lógica fragmentária que cada política detém um público-alvo específico. De tal sorte que:

A proposta é superar a pergunta jargão: *o sujeito é de qual política?* Não há um sujeito da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM, outro da Política Nacional sobre Drogas – PNAD e outro da PNAS. Mas porque o SUAS não eleva seu olhar e sua escuta às pessoas em sofrimento psíquico? – A pergunta inversa deve ser feita também aos CAPS e aos demais dispositivos da RAPS (FONSECA, 2022)

O fortalecimento da articulação com a rede, o mapeamento dos pontos de atenção e cuidados, assim como dos atores sociais e recursos disponíveis no território estabelecem parâmetros coletivos e formas de cuidado compartilhados, reforçando a importância da atuação na comunidade. Estas, são maneiras de consolidar a luta antimanicomial, de fomentar a importância dos serviços substitutivos e consolidar a Política Nacional de Saúde Mental mediante ações desencadeadas pelo SUAS.



É verdade que este caminho está em franco desenvolvimento, considerando as poucas experiências exitosas e enormes desafios postos para ambas as políticas tratadas ao longo desse curso. Nesta etapa será procedido um breve apanhado de alguns planos e programas que tentaram articular Saúde Mental e Assistência Social na concepção e execução das ações previstas em seus respectivos escopos.

O primeiro plano em que será lançado luz, refere-se ao Plano “Crack é possível vencer”, de iniciativa do Governo Federal, voltado para implantação de ações de enfrentamento a esta problemática em municípios com mais de duzentos mil habitantes, que visava articular as políticas de saúde, assistência social, segurança, estruturado a partir dos eixos de cuidado, prevenção e autoridade.

O Ministro de Estado da Justiça, no âmbito de suas competências, e considerando:

- O consumo de substâncias psicoativas e suas consequências no Brasil, especialmente o crack, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens;
- a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas;
- a necessidade de atendimento às demandas imediatas de estruturação, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde e da rede de assistência social para os usuários de crack e outras drogas e seus familiares;
- a necessidade de fortalecer o desempenho das atividades do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Segurança Pública com usuários de crack e outras drogas e seus familiares;
- a necessidade de qualificação permanente dos profissionais que atuam na rede de atenção integral à saúde e na rede de assistência social, no Poder Judiciário e Ministério Público e na Segurança Pública;
- a necessidade da democratização do acesso ao conhecimento sobre a prevenção do uso de crack e outras drogas, por meio da ampliação da rede de capacitação, inclusive, para as regiões norte, nordeste e centro-oeste [...] (BRASIL, 2015a). (p. 54)

Em que pese o desenho institucional articulado, o que foi possível verificar foi o reforço do estigma da população usuária de crack e as regiões das grandes cidades que passaram a ser alvo de investidas higienistas, muitas vezes valendo da Assistência Social para tais ações. Ademais, a adesão pelos municípios ficou aquém do estimado, surtindo pouco efeito nos municípios de médio porte que já possuíam redes de cuidado frágeis e insuficientes.

O Programa de Braços Abertos, desenvolvido no município do São Paulo, apresentou estratégia inovadora para atendimento da população usuária de SPA's, tendo em vista que propunha alcançar o público alvo não a partir da questão da dependência química. Pelo contrário, o fazia mediante o acesso ao direito à moradia, através de locações de prédios da região estigmatizada como "Cracolândia" para acolhimento de pessoas que aderiam voluntariamente ao programa. A partir do acesso à moradia, outros direitos iam sendo viabilizados a partir de equipes multidisciplinares que acompanhavam os sujeitos atendidos, cujo o tratamento em saúde mental para questões do uso abusivo de SPA's não se constitua como cerne do programa, uma vez que a primazia de outras

formas de cuidados e satisfação de outras necessidades sociais eram asseguradas como instrumento de vinculação e adoção de estratégias de redução de danos.

A proposta intersecretarial, com cada uma das secretarias atuando no que lhe cabe, buscava conferir ao programa um caráter progressista e inovador, oferecendo ações no âmbito de oferta de moradia (hospedagem em um dos oito hotéis conveniados), alimentação (três refeições gratuitas por dia), acesso aos serviços de saúde (encaminhamento para os serviços de saúde da região) e trabalho (contratação para serviços de varrição e zeladoria de ruas da região central com carga horária de 4 horas diárias e remuneração de 15 reais por dia de iniciativa acesso aberto trabalho, além de duas horas de qualificação técnica, se desejarem). Essas ações objetivavam o enfrentamento do problema do consumo de drogas, principalmente de crack. Cabe ressaltar que o programa tinha como base não impor tratamento clínico ou de abstinência aos seus beneficiários (SOTERO; LOTTA; OLIVEIRA apud Garofalo, Soares & Cordeiro, 2015).

Nesse aspecto, vale destacar a forte articulação com a política de cultura, trabalho, educação e renda para consecução do Programa Braços Abertos. Para maior detalhamento na análise do referido programa, recomenda-se a visualização da teleaula a este respeito, disponível na plataforma do curso.

Em Pernambuco, a iniciativa do Governo Estadual nessa direção resultou na criação do Programa Atitude, como serviço substitutivo às Comunidades Terapêuticas, para oportunizar o cuidado de pessoas em situação de abuso problemático de SPA's no território, em serviço diretamente vinculado à Assistência Social, embasado fortemente na estratégia de redução de danos. Os serviços situavam-se em regiões com indicadores de uso de SPA's expressivos, cuja oferta de serviço em saúde mental ou remetia-se à lógica manicomial das Comunidades Terapêuticas ou aos CAPS's sobrecarregados e pouco efetivos na oferta do cuidado. O caráter da voluntariedade na adesão ao Programa Atitude merece ênfase, considerado a sua pertinência com as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo princípio da autonomia norteia todo o tratamento e convivência com o uso de SPA's.

Com essa breve síntese, não se pretende esgotar a exposição das experiências exitosas da Assistência Social enquanto *lócus* do cuidado em saúde mental, uma vez que algumas outras são reconhecidas. O objetivo central constitui-se em reafirmar a pertinência entre essas políticas a fim de inspirar e pautar ações que desdobrem nos cotidianos dos serviços socioassistenciais, alargando o arcabouço teórico-prático sobre o tema. Para tanto, menciona-se a indicação normativa contida em publicação do SUAS a este respeito:



Articulação intersetorial de competências e ações entre SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção à vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas (BRASIL, p. 98, 2013)

Por fim, os espaços estão em disputa e como toda política pública se constroem com luta social, deseja-se que o conhecimento construído ao longo do curso tenha dialogado com os desafios e potencialidades do exercício profissional de cada um(a) dos(as) cursistas a fim de instrumentalizá-los(as) e desperta-lhes o engajamento no cuidado em saúde mental na Assistência Social.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, Edilane e DIMENSTEIN, Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica.** Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2008, v. 28, n. 3 [Acessado 13 Novembro 2022], pp. 632-645.

BRASIL, CapacitaSUAS Caderno 2 (2013) Proteção de Assistência Social: Segurança de Acesso a Benefícios e Serviços de Qualidade / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – 1 ed. – Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. Fundamentos ético-políticos e rumos teórico-metodológicos para fortalecer o Trabalho Social com Famílias na Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2016.

CFP. “Nota Técnica com Parâmetros para atuação das e dos profissionais de Psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2016.

SOTERO, Erick de Moura; LOTTA, Gabriela Spanghero; OLIVEIRA, Ebenézer. M. M. **O programa “de braços abertos” – um olhar à luz dos seus arranjos institucionais.** Administração Pública e Gestão Social, vol. 11, núm. 3, 2019. Universidade Federal de Viçosa, Brasil

FONSECA. R. SANTOS. T. **Proteção Social às pessoas em sofrimento psíquico que usam o serviço dos CAPS: o que cabe ao SUAS?.** Disponível em <https://psicologianosuas.com/2021/05/17/protecao-social-as-pessoas-em-sofrimento-psiquico-que-usam-o-servico-dos-caps-o-que-cabe-ao-suas/>. Acesso em 18 de novembro de 2022.

WORM, Naima. **Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional.** Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.