

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Pâmela da Silva Braz

O TECER DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Porto Alegre

2016

Pâmela da Silva Braz

O TECER DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Miriam Thais Guterres Dias

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Braz, Pâmela da Silva
O Tecer da Rede de Saúde Mental / Pâmela da Silva
Braz. -- 2016.
75 f.

Orientadora: Miriam Thais Guterres Dias.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Saúde mental. 2. Centro de Atenção
Psicossocial. 3. Atenção Básica. 4. Apoio Matricial.
5. Serviço Social. I. Dias, Miriam Thais Guterres ,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pâmela da Silva Braz

O TECER DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Miriam Thais Guterres Dias

Aprovado em: _____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Miriam Thais Guterres Dias

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Mailiz Garibotti Lusa

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Para as duas pessoas mais importantes da
minha vida. Minha Mãe. Minha maior
guerreira que tanto me ensinou, sobre a vida,
e, ao meu irmão que tanto socorreu meus
lamentos e me apoiou em seguir em frente.
À memória de meu pai, pois sei que estás
sempre comigo.*

AGRADECIMENTOS

Durante essa jornada acadêmica, cerca de cinco anos, muitas pessoas passaram por mim, e a todos meus singelos agradecimentos. Gostaria muito agradecer pela paciência, dedicação, conversas e ensinamentos, à minha excelente orientadora, que tanto apreço tenho, muito obrigada Miriam Thais Guterres Dias. Aproveito para agradecer a todos professores que me acompanharam durante esses anos dentro da UFRGS, meus eternos mestres, que tanto me enriqueceram com a troca de conhecimento, conversas e demonstrações de afeto a cada fase concluída. Agradecimento em especial às supervisoras acadêmicas de estágios, pelas noites de segunda-feira regadas a trocas e discussões, Alzira Lewgoy e Mailiz Garobotti. A turma de colegas, em especial a turma de 2012, por todos os dias durante esses cinco anos, estando juntas e acompanhando uma a outra.

À minha supervisora de Campo do CAPSII, que enriqueceu tanto o aprendizado e me transmitiu o que é trabalhar em rede na saúde mental, muita gratidão à Assistente Social Bruna de Souza Machado, agora não mais supervisora, mas minha amiga e companheira de luta.

Agradeço muito às pessoas que passaram pelo meu caminho dentro da UFRGS em bolsas, estágios e projetos. Em especial, as pessoas que tanto transmitiram seus conhecimentos durante o PET HIV/AIDS no Postão da Cruzeiro. Aos profissionais e colegas do Instituto Psiquiátrico Forense, pelo fantástico aprendizado durante um ano de Bolsa de Extensão no Des´medida: Por um acompanhar na rede, meu muito obrigado aos Professores e colegas de bolsa, pelas discussões, os trabalhos, as viagens e a trocas de alegrias, e principalmente pelo aprendizado, nunca esquecerei. Cabe lembrar da importância dos dois semestre no Centro de Atenção Psicossocial II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e o meu agradecimento especial aos usuários do Grupo de Cidadania e aos demais, certamente todo o processo de ensino-aprendizagem não teria sido o mesmo sem as trocas de todos, meu muito obrigada. E, por último, ao aprendizado na Bolsa da ABEPSS, à oportunidade de estar novamente próxima a Mailiz, que tanto me ensina a cada encontro e admiro muito.

À minha família, em especial à minha mãe, pessoa mais guerreira que conheço me ensinou que é preciso seguir em frente independente do que aconteça, me passando os maiores ensinamentos que poderia receber. Ao meu irmão, a pessoa que tanto admiro, e que mesmo com a distância sempre esteve disposto a me acompanhar, acreditando em mim, até mesmo quando eu já tinha deixado de acreditar. Muito Obrigada pelas formas de carinho.

Ao restante da minha família, tios, tias, primos e primas, meus agradecimentos, em especial a meus padrinhos, e à Tia Laura e ao Tio Miguel. Aos meus primos pela relação de irmandade, Milene, Ramon, Lilian.

Aos meus amigos espalhados pelo Brasil e Portugal. Sem palavras para agradecer pela união, afetos, parceria e carinhos. Em especial, meu muito obrigado à Luana, Kelem, Fabiana, Desiree, Daniela, Alice, Nathan, Carina, Denise, Sonia, à minha irmã de coração Ana Paula, a Gilmar Fernando, pelas viagens no mundo encantado da leitura, e aos divertidos momentos juntos. Aos amigos que Portugal me aproximou e que tanto me fizeram feliz durante um semestre, aos amigos feitos, à Carla, Rafael, Thais, Luciana, Clarice, Paloma, Mengzhen Zhang, do quais hoje guardo tanta alegria nas recordações, saudades.

Agradeço aos companheiros das moradias estudantis pelas trocas e vivências na CEU, CEUACA e CEUPA.

Enfim, agradeço a todos que passaram durante essa caminhada da Graduação em Serviço Social, e a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho e término de curso.

*Fuga ou enfrentamento.
Não adianta internação
Sem uma interna ação,
Sem produção de sentido.
O isolamento, senso comum,
Não ajuda a qualquer um
Que não esteja comprometido.
Quem busca com a intenção
De encontrar a sua salvação,
Não terá seu desejo atendido,
Simplesmente se "entrega",
Então aos outros delega
Tudo o que será decidido.
Mas a solução é interna,
É cada um que se governa
No compromisso assumido.
Se a vontade é de verdade,
O tratamento em liberdade
Pode ser uma boa solução,
Que não é fuga da droga,
Onde se pensa e dialoga
Sobre ela e sua relação.
Com escuta e sem grade,
Onde a singularidade
Recebe o devido respeito.
Dividindo a responsabilidade,
Onde a maior autoridade
É a do próprio sujeito!
(Carlinhos Guarnieri)*

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso analisa o contexto atual da Rede de Saúde Mental. Para tanto uso como base a experiência empírica do Estágio Obrigatório em Serviço Social, ocorrido no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Contextualizo a saúde a partir da regulamentação como um direito socialmente atribuído, através do movimento sanitário. Será dada ênfase a expansão do cuidado integrado a partir das Unidades Básicas de saúde, como forma descentralizada do cuidado. A análise da saúde mental parte do movimento de ruptura com o conservadorismo, a partir do movimento da reforma psiquiátrica, prevista pela expansão dos serviços substitutivos à lógica manicomial, como a expansão do Centro de Atenção Psicossocial. Para tanto, os contextos atuais demarcam a necessidade de pensar no cuidado a partir do fortalecimento de ações com a Atenção Básica em Saúde, tendo como mediação o apoio matricial. Reflito sobre o trabalho do apoio matricial como uma estratégia técnico-pedagógica, fomentada por ações que buscam interdisciplinaridade e integração entre a atenção básica e os serviços especializados, mas que por vez pode servir como armadilha para a burocratização e demora no acesso de encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental. Apresento o trabalho do serviço social no contexto de decifração das contradições, haja vista as expressões da questão social como matéria para o desenvolvimento de ações a favor da equidade e busca pela materialização do acesso à direitos sociais, dentre esses a saúde. Reflito sobre o estágio obrigatório no CAPS II- HCPA, contextualizando a instituição sob a gestão da parceria público-privada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como forma autoritária que nega os princípios da universalidade do acesso. Aproveito para apresentar e discorrer sobre a execução do projeto de intervenção, que buscou facilitar o trabalho em rede. Analiso o propósito desse como fortalecedor da integração do CAPS com as unidades básicas de referência, discorro sobre o principal instrumento utilizado para essa execução. E por fim, apresento a necessidade de ser repensado processo atual de trabalho na saúde mental, necessário para romper com a burocratização no acesso.

Palavras-chave: Saúde. Saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial. Atenção Básica. Apoio Matricial. Serviço Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Intervenção, diálogo e aproximação do CAPS II HCPA nos territórios.....	53
Quadro 1 - Serviços de saúde e de saúde mental de referência do CAPS II HCPA.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABS	Atenção Básica em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EESCA	Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IPFMC	Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso
LENO	Região Distrital Leste/Nordeste
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PLP	Região Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro
POA	Porto Alegre
PTI	Plano Terapêutico Institucional
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2.	POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL.....	15
2.1	POLÍTICA DE SAÚDE	15
2.2	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	24
2.3	APOIO MATRICIAL.....	30
3	OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA O SERVIÇO SOCIAL	37
3.1	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	37
3.2	ANÁLISE DA RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE CAPS E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	44
3.3	FORTALECENDO PONTES DE ACESSO EM SAÚDE MENTAL.....	48
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – Gerencia Distrital Leste – Nordeste/Leno	67
	APÊNDICE B - Contribuições do Serviço Social CAPSII/HCPA	70

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um dos pré-requisitos para a conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), elaborado a partir de uma jornada acadêmica na área de Saúde Mental, iniciada no Estágio Obrigatório, realizado no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso (IPFMC) e no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Local onde foi desenvolvido o projeto de intervenção denominado “Construindo pontes do acesso em saúde mental: por um acompanhar em rede SUS”, durante o ano de 2015. Concomitante a esse período, como Bolsista de Extensão do Projeto Des’medida: Por um acompanhar na rede, direcionado a atendimentos a usuários anteriores a medida de segurança ou privativas de liberdade, em internação no IPFMC.

O CAPS serve como importante dispositivo de cuidado em saúde mental, substitutivo à lógica manicomial, reforçado pelos princípios do Sistema Único em Saúde, promulgado a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, reforçado pela universalidade, hierarquização, descentralização, territorialidade. Responsável por atender duas amplas áreas Distritais do Município de Porto Alegre: Partenon/Lomba do Pinheiro e Zona Leste/Nordeste, encontra-se distante geograficamente do território de referência. A partir da experiência do estágio obrigatório, começo a questionar as questões que perpassam o trabalho em rede, e até que ponto esse processo não é parte de contradições inerentes na sociedade capitalista, acarretando por vez a não inclusão de usuários que necessitam do cuidado em saúde mental. Para Bisneto (2011), a Lei da Reforma Psiquiátrica prega uma transformação de emancipação da sociedade, sendo assim, vê a questão social como barreira a ser vencida, a cidadania como elemento crucial à reabilitação, e principalmente a crítica ao atual sistema neoliberal, tendo uma direta relação com o projeto ético-político do Serviço Social.

É a partir da análise crítica que o Serviço Social decifra a sociedade, com aproximações sucessivas em um movimento espiral do concreto e a abstração, projetando intervenção conectada com a totalidade da realidade social. E foi a partir desse processo que se pôde perceber a necessidade do desenvolvimento do projeto, partindo do pressuposto da necessidade do reforço a Rede de Atenção Psicossocial, que requer o trabalho intersetorial. Assim, com a aproximação das relações de referência e contra referência, na direção do fortalecimento da rede das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família e o CAPS como instâncias de porta de entrada do sistema de saúde na oferta de atenção integral. Vinculado a ganhos constitucionais articulados, sobretudo com o projeto ético-

político do serviço social, na busca pela articulação entre os setores da saúde que também buscam a democratização da cidadania, aos movimentos de resistência e luta pela mudança social.

Assim, a categoria profissional vincula ações de caráter político e transformador, sendo também importante agente no movimento da Reforma Psiquiátrica, decorrente do debate e da crítica aos modos de atendimento em saúde mental. Ao passo que fundamenta um novo cuidado, de reestruturação da saúde enquanto um direito socialmente adquirido, mas por vez materialmente não concretizada. Enquanto movimento político, que prevê a descentralização do cuidado a partir da territorialidade, a saúde mental vem hoje categoricamente sofrendo alguns rearranjos que dificultam a chegada do usuário ao cuidado especializado. O que por vez demanda cada vez mais o fomento ao trabalho articulado entre os serviços especializados em saúde mental e a atenção básica em saúde, representando essa última um importante espaço também para o tratamento em saúde, ofertado pelo acompanhamento longitudinal.

A implementação desse novo cuidado em saúde demanda o rompimento com a lógica centralizadora e verticalizada, a partir da implementação de ações que busquem a equidade, a integralidade dos serviços, a construção do cuidado em rede com base no trabalho humanizado, e para tanto hoje demanda a incorporação do apoio matricial em equipes ou do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Considerado como um importante instrumento de mediação entre a Atenção Básica em Saúde e o Serviço Especializado em Saúde Mental, fomentado pela transversalidade e pela interdisciplinaridade, servindo também como um instrumento para o processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

Assim, o objetivo deste trabalho de conclusão de curso é apresentar e refletir sobre o processo e os resultados do projeto de intervenção de estágio que visou o fortalecimento da rede de saúde mental, trazendo o questionamento quanto aos processos decorrentes dos dias atuais. Será dividido em dois capítulos, sendo que o primeiro abordará o processo de saúde enquanto um direito social, rompendo com os pressupostos da saúde enquanto universal apenas a quem era contribuinte. Assim trará a contextualização do movimento político da Reforma Sanitária, incorporado a princípio como a regionalização, hierarquização, universalidade, equidade, enfatizando o papel da saúde enquanto um mecanismo de proteção social, dando ênfase ao papel da Atenção Básica em saúde. Debaterá sobre a saúde mental, desde o processo de crítica ao tratamento desumanizado das instituições de grandes portes manicomiais, com ênfase ao movimento de desinstitucionalização com inspiração italiana, e o processo de luta pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial. O mesmo trará

os avanços históricos quanto à promulgação de Leis e Portarias que fortificam o processo de desconstrução a valores conservadores, e que promovam serviços substitutivos de tratamento em saúde mental. Para tanto discutirá a importante incorporação da necessidade de fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Básica em saúde e a necessidade do Apoio Matricial. Abordará o trabalho do apoio matricial como uma proposta interdisciplinar de pensar o cuidado, servindo como uma metodologia de reforço ao trabalho em rede. Para tanto, questionará as contradições inerentes quanto ao fluxo em saúde mental servindo como armadilha para a burocratização no acesso.

Já o segundo capítulo discorrerá o processo de incorporação do serviço social na saúde e saúde mental, remetendo a ações que fortalecem o projeto ético político da profissão, buscando a equidade e a concretização da cidadania, reforçado pela participação social. Caracterizará o processo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial II do HCPA, trazendo a crítica ao modelo de gestão atual, assim como questionará o afastamento do CAPS do território de referência, com a apresentação do projeto de intervenção executado no último semestre de 2015. Na sequência, se apresentará o processo de desenvolvimento e a necessidade do reforço ao trabalho em rede, com questionamento da necessidade de ser repensado o processo de trabalho e as suas contradições no fluxo para o atendimento em saúde mental das Regiões LENO e PLP do Município de Porto Alegre.

Por fim, as considerações finais trarão os contextuais atuais que servem de campo para o trabalho do assistente social, trazendo o questionamento sobre as ações de promoção da saúde, a partir de práticas conscientes e críticas sobre a realidade social.

2. POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE

O momento em que vivemos é repleto de desafios. Hoje é mais do que necessária a mobilização para que se possa romper com a hegemonia burguesa, detentora do poder político, cada vez mais influenciada pelas correntes neoliberais que presam a competitividade e a não garantia do acesso às políticas públicas. Como bem disse nossa estimada Imamoto (2012, p. 17) “É preciso resistir e sonhar.” Nesse horizonte de contradições, frente a um governo Golpista, em tempo de perdas, sigamos lutando, e que a luta tenha sempre as lentes para ações profissionais que presem a autonomia, a liberdade, a justiça social, na busca pela construção de uma nova ordem societária. Assim, frente à alimentação de sonhos, convido você leitor a embarcar neste trabalho que representa o término de uma grande história e o produto de uma apaixonante jornada acadêmica de formação profissional na Área de Saúde Mental.

Mas, quais são os contextos que perpassam a atual sociedade?

Primeiramente, a noção de implantação do Estado de direito é algo concreto, garante o fortalecimento do mercado e a expansão do capitalismo, que não é unilateral ou isolado. Esse Estado não é algo pacífico, mas, no entanto, concretização de luta classe, a partir de interesses distintos¹. Todo processo de análise crítica, é também um processo político, ou seja, não neutro. O Estado como provedor de políticas sociais, reflexo da permanência e do processo histórico, estabelece intervenções das lutas sociais, a fim de diminuir os conflitos ocasionados pela classe que toma posse dos meios de produção e a classe explorada. Em suma, é por meio da relação dialética com a sociedade que o Estado abrange todas as dimensões da vida social, reforça as contradições inerentes e as possíveis demandas que necessitam de intervenções.

Os direitos sociais são promulgados e materializados a partir de políticas sociais, caracterizados pelo direcionamento àqueles que não podem pagar e nem usufruir da condição de troca pela via mercadológica do trabalho assalariado. Nesse sentido, a expansão das políticas sociais foi mediante a seletividade e a focalização, negando o seu valor anunciado de universalidade e da garantia de acesso igualitário. Frente à promulgação de visões vexatória

¹ “Com o desenvolvimento da burguesia, isso é, do capitalismo, desenvolve-se também o proletariado, a classe dos trabalhadores modernos, que só sobrevivem se encontram trabalho, e só encontram trabalho se esse incrementa o capital. Esses trabalhadores, que são forçados a se vender diariamente, constituem uma mercadoria como outra qualquer, por isso exposta a todas as vicissitudes da concorrência a todas as turbulências do mercado.” (MARX, ENGELS, 1848, p. 19).

de segregação e pauperização dos meios de acesso, uma vez que se direcionam as categorias da população pobre.

A grande batalha a ser traçada, quando diz respeito a políticas sociais, é o rompimento com a lógica de clientela que reforça a atenção hierárquica da sociedade capitalista, sem esquecer-se da corrente que defende que a proteção social tem como parâmetro o raciocínio compensatório de amenização dos efeitos do capitalismo, sem atacar a fonte causadora das expressões da questão social, isso é, os efeitos da relação antagônica do capital-trabalho, da divisão de classe burguesia-proletariado e do valor de uso-troca. Afinal, a implantação das políticas sociais decorre sob ações racionais de proteção do capitalismo contra a sua autodestruição. Enfim, se por um lado, as políticas sociais podem representar ganhos a população que dela necessita; por outro, serve também como meio de fortalecimento do poder político, regido pelo Estado não neutro.

O período introdutório das políticas sociais no Brasil ocorreu entre os anos 1930 e início dos anos 1940 no Governo de Getúlio Vargas, que além da expansão do comércio e industrialização do país, instituiu-se o Estado social, a partir das leis e garantias de proteção social. Com a queda de seu mandato, em 1945, houve muitos contrapontos que trouxeram efeitos na economia e na proteção social. Atualmente o sistema capitalista segue a vertente do Neoliberalismo, que não se diferencia muito do Liberalismo², uma vez que a corrente liberal não defende a promoção de garantia de políticas sociais o trabalhador que vive da venda de sua força de trabalho vê seus direitos negligenciados.

Pela via do processo econômico, as políticas sociais agem a partir da lógica reducionista da reprodução da força de trabalho, a fim de elevar a produtividade, algo que, frequentemente, reforça o consumo desenfreado. Agora, sob a perspectiva política, podem ser vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Nesse contexto, a existência dessas políticas reforça contradições, pois mediante o pressuposto de que todas as políticas sociais fundamentam os direitos sociais regulamentados, no entanto, há também violações causadas pela relação trabalho-capital, valor de uso-valor de troca, salário e mais-valia, geradores das mais terríveis situações de desigualdade e injustiças sociais.

² Para Behring e Boschetti (2006), o Estado Liberal, parte do reforço ao individualismo, assim o direito e o bem-estar devem ser visto de forma individual, desresponsabilizando o Estado de garantir a proteção. Manutenção do Estado Mínimo, neutro, a favor do mercado; Reforço à propriedade privada e livre mercado, e da caridade privada; Naturalização da miséria, como resultado da moral humana, controle do crescimento populacional através da não satisfação das necessidades básicas. Assim, as políticas sociais são vistas como estimuladoras do ócio e o desperdício, da acomodação, serve instrumento paliativo, assegurando assistência mínima às pessoas.

Segundo as autoras Behring e Boschetti (2006), é preciso entender as políticas sociais a partir do olhar dialético, estando o seu surgimento relacionado a três consequências: a primeira, o surgimento do capitalismo, reforçado pelo seu desenvolvimento e acumulação; a segunda relacionada ao papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais; e, por último, o papel das classes sociais. Essa visão fica evidente na seguinte passagem: “ela [a política social] não é via de solução das desigualdades que é intrínseca a este mundo, baseado na exploração do capital sobre o trabalho, no fetichismo da mercadoria, na escassez e na miséria em meio à abundância.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 46). Não se pode indicar que o conjunto de políticas sociais está a serviço da extinção das expressões da questão social, pois continuam sendo ofertadas como respostas fragmentadas, sem mexer da gênese da desigualdade social, a relação capital-trabalho.

Para a autora Berenice Couto, há duas premissas que definem o direito social: a primeira reconhece os direitos sociais como algo inerente à condição humana, sendo o ser humano já detentor de direitos; e a segunda, na perspectiva que os direitos são resultados do movimento histórico, que representam a necessidade humana, a partir do reflexo das condições sociais, culturais, econômica, políticas de cada sociedade. O acesso a direitos sociais, que consiste na sua materialização, não é possível sem a intervenção do Estado. “Sua definição é, portanto, de um produto social histórico e inacabado, trazendo na sua configuração matrizes das possibilidades postas na luta cotidiana das populações no enfrentamento das mazelas geradas pelo capitalismo.” (COUTO, 2008, p. 52). Pensar a saúde como parte de um direito socialmente garantido faz com que entendamos o processo de materialização do mesmo, sofrendo igual reflexo desse processo social capitalista.

No período da República Velha no Brasil a saúde era tratada em meio ao caos, epidemias que se alastravam contaminando muitos trabalhadores, com risco de contágio de doenças infectocontagiosas, o que prejudicava o comércio. Empregou-se como solução imediata pelo Estado as Campanhas de vacinação obrigatória, assim por causa dos interesses econômicos, a saúde foi tratada como uma questão política para garantir os interesses nacionais e manter a classe trabalhadora em condições para trabalhar.

Após a 1ª Guerra Mundial, o desenvolvimento da classe operária foi se alastrando, e com isso influências das teorias sindicalistas passaram a exigir melhorias nas condições de trabalho, e, através de lutas, greves e mobilizações, os operários que conseguiam contribuir para a constituição de uma previdência social, a Lei Ely Chaves, em 1922. Instituída a partir do Decreto-lei nº 4.682 de janeiro de 1923, regulamentava as Caixas de Aposentadorias e Pensões de nível nacional. Com essa efetivação, os serviços de saúde, benefícios de

aposentadoria e pensão por morte a dependentes, se constituíram a origem do sistema de previdência social e da medicina previdenciária pública no país (COHN, 1996).

A era Vargas (1930-1945) foi o período posterior relevante para se conhecer e entender a política de saúde no país. Época marcada por um processo de diversificação econômica e de industrialização, tendo maior intervenção do Estado, que incorpora a noção de que a saúde também deveria ser plano de governo, pois ocasionava contribuições à produção industrial, assim o governo estava estimulando a privatização na indústria da saúde. Este período também foi marcado pela aproximação do Estado com o movimento sindical e com as classes operárias, ofertando a criação das leis trabalhistas, a criação do Ministério da Educação e Saúde (1930), do Trabalho IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões (1933), Lei do Direito a Férias (1933) e Lei do Salário Mínimo (1940).

Na década de 1970, hospitais privados começam a se alastrar acentuadamente pelo Brasil, assim como as entidades de caráter filantrópicas, assistencialista de ajuda aos desamparados, vinculando a concepção de benevolência ao atendimento da saúde. A realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1979 em Brasília, criticou, sobretudo, a expansão da indústria da saúde, questionando o processo de expansão da rede privada para o cuidado em saúde. Essa foi a última no período de Ditadura Militar no País. Trouxe propósitos do Movimento da Reforma Sanitária, ao incorporar nas reivindicações a necessidade do reforço ao processo de redemocratização da saúde, reforçado pela regionalização, responsabilização e articulação interfederativa (União, Estado e Município), com o propósito do reforço à participação comunitária, à articulação dos serviços básicos em saúde com os serviços especializados do sistema de saúde. Assim, incorpora a crítica no sistema fragmentado e verticalizado não resolutivo às inúmeras demandas sociais.

O Movimento da Reforma Sanitária, considerado ato ético-político social da classe trabalhadora, reivindicava melhores condições e garantia de saúde universal, luta contra a hegemonia do sistema contando com a mobilização de diversos grupos que envolveram especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde, em torno de reivindicação clara: a saúde como direito universal (BRASIL, 2009a). Na luta pela a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde a partir da universalização do acesso.

A partir da 8ª Conferência Nacional da Saúde promovida pelo Conselho Nacional da Saúde, Brasil (1986), a população usuária começou a ganhar mais voz, pois esta contou com altos índices de participação e caráter democrático, trazendo à tona a necessidade de reforma administrativa e financeira do Sistema de Saúde, incorporado às atividades dos diversos

setores ao reforço a promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, questões relacionadas à alimentação, saneamento, habitação, trabalho, lazer, liberdade, passam a serem vistas como promotoras de bem estar da saúde.

Assim, o direito à saúde passa a ser a garantia de condições dignas de vida, a partir do conceito ampliado, para além da visão biomédica centrada. A saúde passa a ser considerado um direito social, direcionado pelos princípios da: descentralização da gestão dos serviços, integração das ações, conduções de políticas setoriais, regionalização e hierarquização, participação popular, fortalecimento em ações municipais, universalização do acesso, equidade, atendimento segundo as necessidades, respeito à dignidade, dentre outros.

O grande movimento de mudança provocado pelo Movimento da Reforma Sanitária e consolidado na 8ª Conferência Nacional da Saúde, serviu como preponderante impulsor para a Promulgação da Lei 8.080, que garante a saúde como direito fundamental do ser humano, e dever do Estado. No campo do Sistema Único de Saúde, garantem a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Foi a partir da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) passa a representar ações de garantia à efetivação da materialização da saúde, estabelecendo duas instâncias de controle social: Conferências de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. O Conselho de Saúde é composto por 50% representação de usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% prestadores de serviços de saúde e gestores, em caráter permanente e deliberativo. Garantindo a realização das Conferências de Saúde a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais. Com o processo de descentralização fica ainda mais acentuada a necessidade de participação, pois para que os Estados, Municípios e Distrito Federal possam receber recursos, segundo o Art. 4º da Lei 8.142, é necessário contar com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Composição Paritária e Plano de Saúde.

Hoje em dia, sabemos que os determinantes sociais afetam diariamente a saúde da população, sendo esses os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos. No desenvolvimento do capitalismo, esses efeitos puderam ser mais expressivos, havendo a necessidade de serem levadas em conta as condições econômicas e sociais que produziram efeito importante sobre a saúde da população. A partir da Constituição de 1988, a saúde é incorporada na Seguridade Social como mecanismo de proteção social, sendo um dos três pilares junto com a Assistência Social e Previdência Social, e se reveste de uma dimensão política na luta pela democracia e universalização do acesso que a constituiu. Cabe ressaltar

que o SUS ainda hoje se confronta com interesses econômicos e ideológicos dessa sociedade pautada nos princípios neoliberais e individualistas.

O marco da Constituição Federal de 1988 representou grandes avanços políticos para o País, sendo produto de um sistema social altamente participativo, servindo como divisor de águas ao promulgar a concepção de direitos sociais e a responsabilidade garantidora do Estado, incorporando o indivíduo como cidadão brasileiro, detentor do poder democrático. Com isso, cabe destacar que, quanto mais instrumentos de participação e tomada de poder da sociedade aos contextos políticos, maior será a materialização das políticas sociais, no atendimento às demandas. Assim, inovou no que diz respeito a críticas ao sistema que estava vigente, enxergando as contradições inerentemente apresentadas socialmente, recorrentes de setorializações tradicionais, e inovando-as no que diz respeito às ações para mudança.

Haja vista, que desde os primórdios do Brasil, a centralização, a partir de práticas burocráticas e autoritárias, preconizava os ideais do clientelismo, paternalismo decorrentes do processo de exploração e incorporações de visões internacionais. O movimento da Reforma Sanitária representou ser um ato político, a partir de interesse que garantiam à proteção universal, em um movimento que podemos chamar de espiral com idas e vindas da crítica-movimento-aperfeiçoamento dos mecanismos de proteção à saúde.

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico. (BRAVO et al., 2006, p. 15).

Já as correntes de defesa ao setor privado se fizeram presentes frente à oposição das lutas sociais pelo reconhecimento da saúde enquanto um direito que deve ser garantido gratuitamente. O sistema do capital internacional vai à contramão da proteção social, acentuando a disputa de interesse, e ampliando ações contra a proteção social a partir da década de 1990. A disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e a expansão no mercado (com visões valores individualistas, focalista e corporativista), continua cada vez mais acentuada, haja vista os vários movimentos contrários à privatização do SUS.

Para Sampaio, Mendonça e Lermen Junior (2012) existem quatro princípios que norteiam a reforma no conceito de saúde, sendo esses: ético-normativo (saúde enquanto direitos humanos), científico (determinações sociais), político (direito universal) e sanitário (proteção de forma integral). O SUS prevê ações e serviços de saúde, a partir de uma rede

hierarquizada. Tendo preferencialmente como Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, garantido a hierarquização e universalidade nas ações e serviços, como estabelece o Art. 9 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011a).

O SUS trouxe como princípios norteadores: a universalidade, onde qualquer cidadão tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde; a equidade a partir da igualdade e justiça, prestando atendimento segundo as suas necessidades, considerando os aspectos sociais e econômicos ofertando mais atenção a quem mais precisa e menos a quem precisa de menos cuidado; a integralidade, onde a saúde passa a ser um campo que deve levar em conta os condicionantes e determinantes, assim, não podendo ser fragmentada, mas sim compartilhadas isto é, a articulação com outras políticas públicas através da atuação intersetorial entre as diferentes áreas; regionalização e hierarquização, os serviços passam a atender uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, devendo oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, a partir de uma rede integrada de referência e contra-referência, tendo em vista garantir o acesso do usuário aos serviços do sistema público de saúde que respondem a sua demanda, indo do mais simples até o mais complexo; descentralização da gestão regida de forma integrada através da articulação entre União, Estado e Municípios, assim os poderes através da União, pelo ministro da saúde; nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e, nos municípios, pelos secretários municipais de saúde, ficam estabelecidos a partir de ações multisetoriais e integrais garantindo a prestação de serviços com mais eficiência e qualidade.

O Sistema de Saúde está organizado de forma hierárquica em níveis de complexidade crescente, a partir da divisão dos níveis piramidal. No topo há a alta complexidade, demandando mais recursos, tais como: hospitais, SAMU, pronto socorro, já à média complexidade responsável pelos atendimentos especializados, sendo que o SUS oferece os serviços especializados em HIV/AIDS, centro de atenção psicossocial, centro de especialidades odontológicas, centros de referência de saúde do trabalhador, os serviços e as consultas especializadas e não são suficientes para atender toda a demanda, ficando a mercê das empresas privadas. Por último, a baixa complexidade, ou também conhecida como atenção básica responsável em atender um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o

objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a) através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

Cabe destacar que a atenção básica, principalmente a partir da descentralização e capilaridade da saúde, através do contato com os usuários, se caracteriza como principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a). Tendo isso em vista, a expansão das unidades de saúde da Família tem assumido um importante papel na organização do SUS, promovendo a integralidade no acesso. Fundamentalmente constituem em serviços mais próximos da comunidade, vivenciando contextos sociais presentes no território. Por último, cabe ressaltar que, segundo Mendes (2002), a Atenção Básica deve cumprir com funções fundamentais tais como: buscar resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizar os fluxos e contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde no sistema de serviços de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam inseridos.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) estabelece a realização de uma atenção integral à saúde, a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Cabe aos profissionais de saúde ter conhecimento do território, dos contextos sociais, e da cultura dos usuários a partir das suas singularidades, buscando a construção do apoio da rede ampliada, havendo a responsabilidade sobre os pretextos da Reforma Sanitária, além de servir como alicerce para o trabalho em saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, documento on-line).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes, o território de referência, sendo possível o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; acesso universal e contínuo promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, a partir da proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e

resolutividade; longitudinalidade do cuidado, reforço ao vínculo, responsabilização entre as equipes o que por vez evita a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogênica decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado; trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; estímulo a participação dos usuários como forma de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde (BRASIL, 2011b).

O SUS é uma política pública, proposta a partir das políticas sociais que fundamentam a concretização de direitos sociais, regido por lei, mas ainda longe de ser conclusivo. Há inúmeras ações de relevância que devem garantir a contínua inovação e aprimoramento da lógica do cuidado em saúde, tais como: o trabalho em rede a partir da transversalidade, comunicação entre os diversos setores de cuidado da sociedade a partir da intersetorialidade. Conforme os Cadernos de Atenção Básica lançado em 2010,

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. A intersetorialidade é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. (BRASIL, 2010b, p. 18).

Há a necessidade de se partir do questionamento se o SUS que temos é o SUS que queremos, frente à ideologia neoliberal, que além de agravar ainda mais as desigualdades sociais reduz a perspectiva de proteção do SUS, através de acordos internacionais de flexibilização, seletivização, fragmentação e colonização da visão pauperista do uso ao sistema de saúde. É preciso o constante movimento de realinhamento do SUS a partir da análise crítica das lutas sociais em prol da democracia e da real concretização da cidadania e da materialização do acesso universal, que vão de encontro à segregação no acesso, violência, discriminação, e exclusão no acesso, sob a ótica da negação do direito social arduamente conquistado.

Para que esse processo tome corpo é preciso a reinvenção constante. Uma das importantes formas incorporadas recentemente no cuidado é o trabalho do Apoio Matricial, como se verá na sequência deste capítulo.

2.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O movimento de mudança dos padrões de atendimento ao cuidado em saúde mental tem como marco a cidade de Trieste na Itália, a partir do ano de 1971, onde o progressivo processo de desinstitucionalização serviu como fonte inspiradora para o Brasil. Inicia-se o processo que demanda mais do que a desconstrução dos manicômios, ocorre também a eliminação dos meios de contenção, o reestabelecimento do cuidado e as relações dos usuários com o próprio corpo, a reconstrução da singularidade e o direito ao uso de objetos pessoais, o direito a fala, abrir as portas, produção de relações, construção de espaços com o objetivo de interlocução, liberdade de expressão de sentimentos, reconstrução dos direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade, reativação de uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

O processo de desinstitucionalização é algo que não pode ser encarado de forma isolada, ahistórico e fragmentada. Podemos analisar o processo de construção do cuidado em saúde mental como reflexo de um movimento onde os contextos positivistas se faziam presentes, o que por vez, sob vários aspectos, ainda continua hoje em dia. Reflexo, sobretudo, dessa lógica de aprisionamento, violação dos direitos humanos, psiquiatrização dos sujeitos, e principalmente mortificação da subjetividade de cada um, tendo em vista o aprisionamento nas instituições totais³.

A construção desses serviços substitutivos e o trabalho intersetorial, servem como um importante instrumento para o processo de desinstitucionalização, que visa possibilitar a emancipação do ser humano com sofrimento psíquico, revelando as fragilidades dos serviços hospitalocêntricos vivenciados pelos usuários. “A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitas que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida.” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 29).

Cabe esclarecer que o processo de expansão dos hospitais psiquiátricos se deu aqui no Brasil a partir do século XIX, como forma de segregação humana. Foi no ano de 1852 que se inaugurou o primeiro Hospital Psiquiátrico no país, destinado a atender todo o país,

³ Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado (internos) e uma reduzida parte de controladores, considerados uma espécie de supervisores. Onde o primeiro tem contato restrito com a sociedade exterior, fora das grades e muros de ofuscam o mundo. Cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis (GOFFMAN, 2001).

denominado Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, advindo da promulgação de um Estado controlador. A partir de correntes europeias, a construção dos manicômios seguiu a lógica biomédica, que influenciaram a higienização das cidades e a separação cada vez mais acentuada sob a ótica da hegemonia burguesa. Retirava-se das cidades pessoas loucas, pobres, mendigos, seguindo o modelo de tratamento em Saúde Mental fundamentado nas influências exteriores, principalmente francesa.

O exercício do Estado, a partir do controle, deixa ainda mais objetivo o processo de antagonismo existente entre a repressão no cuidado em saúde mental de diferentes classes sociais. Buscava-se com a higienização das cidades a retirada de pessoas moralmente não aceitas, sendo uma dessas o louco. Somado a isso, incorpora-se a busca científica da cura da loucura, por práticas institucionais de violações de direitos, e por outro lado, pela exacerbação da moralidade inter e extrainstitucional, reforçado pelo preconceito e incorporado a valores médico-centrado.

A partir do Governo de Getúlio Vargas alastrou-se ainda mais a construção de instituições privativas de liberdade para o “cuidado” em saúde mental. Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde preconizado por “um novo olhar” incorporando os municípios no cenário nacional ao cuidado das questões de saúde. Com o processo de descentralização da saúde, tem reflexos também na saúde mental. Instituições manicomiais que antes se concentravam no centro do país passam a ser construídas nos estados, com o intuito de atender e curar a mão-de-obra que estava incapacitada para o trabalho (NUNES, 2009).

Com a III Conferência Nacional da Saúde, em 1963, esse processo começou a ganhar mais força, incorporando discussões de democratização do País a partir deste olhar mais descentralizador na saúde. A partir do Golpe de 1964, a loucura ficou cada vez mais assimilada à ideia de mercadoria, não apenas para as instituições de cuidado público-privadas, mas também para a indústria farmacêutica (NUNES, 2009).

Frente ao movimento contra hegemônico de vanguarda, a saúde mental passa a ser vista sob a análise crítica a partir da década de 1970 de século XX. A partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) decorre o debate e crítica aos modos de tratamento de usuários sob tutela do poder institucional, passa a olhar o processo de cuidado como um processo de coesão no descuido e violação dos direitos humanos. Esse processo de ruptura com o conservadorismo parte de denúncias sobre as várias formas de violência, mercantilização da loucura, sobre modelo hospitalocêntrico, regido pelo saber-poder médico, feitas pelos integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas,

membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Após a 2ª Guerra Mundial, ocorre no plano internacional uma série de denúncias relativas aos danos subjetivos causados àqueles que são submetidos à reclusão em organizações manicomiais semelhantes aos hospícios brasileiros (NUNES, 2009), sendo considerada uma violação aos Direitos Humanos. Essa Declaração aprovada pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, quando estabelece no Art.º 5, “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”, o que na prática não acontecia, era o oposto, e o Art.º 9, “Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado” (ONU, 1948).

No ano de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizaram a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, conhecida como a Declaração de Caracas. Verificou que a assistência psiquiátrica não ofertava atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, além de reforçar que a lógica dos hospitais psiquiátricos isola, colocando na berlinda os direitos humanos e civis. Avaliações realizadas pela organização sobre a situação da atenção em saúde mental na região constataram frequentes desrespeitos aos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como com a avaliação de que a assistência deveria ser de base comunitária e não mais centrada no modelo hospitalocêntrico (DIAS, 2007).

Já no Brasil, a partir do reconhecimento da Saúde como um direito social, a saúde mental passa a ser gerida por outros parâmetros, incorporando valores baseados nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações, reforçado pelo atendimento multidisciplinar, corroborando com a participação social desde a formulação das políticas de saúde mental e o controle na sua execução. E assim, a partir da Portaria/SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991 (BRASIL, 1991), fica determinado que os estabelecimentos de saúde prestadores de atendimento em saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, seriam submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e/ou municipal. Outra importante portaria foi a nº 224 de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992), que estabelece a necessidade de humanização no cuidado, tendo em vista a preservação dos direitos de cidadania. Desde esse ano fica legitimada a proibição espaços restritivos como celas fortes (DIAS, 2007).

No ano de 1992, como resultante destes movimentos de mudança, entra em vigor a Lei nº 9.716 (BRASIL, 2004a), estabelecendo a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul,

ficando determinada a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Estabeleceu também, a proibição da privação de liberdade, ficando definida a necessidade da substituição gradativa da lógica hospitalocêntrica e a proibição à construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, de internações prolongadas e segregação social de usuários com sofrimento mental. Cabe destacar que assim como a construção de instituições manicomiais de segregação dos indivíduos não é algo recente, decorrente de um processo que se iniciou a mais de um século. Esse modelo privatista de liberdade não foi totalmente extinto. O movimento da Reforma Psiquiátrica em seu árduo processo de mudança contra hegemônica continua buscando a redemocratização do acesso ao tratamento em saúde mental de forma humanizada.

Intensifica-se a ampliação e reconhecimento do SUS, ao passo que a luta pela Reforma Psiquiátrica a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no país também ganha forças. A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo e constante, direcionado para as transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (DELGADO et al., 2007).

Como consequência da luta do movimento antimanicomial, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a), dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. A diretriz desta Lei regulamenta o tratamento sem qualquer forma de discriminação, acesso universal e qualidade do tratamento no sistema de saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família e na comunidade.

Segundo o Art. 3º da mesma lei, especifica-se que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais, havendo também a devida participação da sociedade e da família nesse processo. Define que o processo de internação será optado apenas quando os meios extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Buscando assim a desinstitucionalização dos usuários com sofrimento psíquico, tendo como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio social e comunitário. Para Bisneto (2011), o fortalecimento do

sujeito depende do quanto poder ele tem nas relações sociais nas quais se vinculam, cabe então ao profissional atender as particularidades e singularidade de cada indivíduo.

A mesma lei estabelece também a especificidade dos pacientes que permaneceram muito tempo hospitalizados, ou institucionalizados, isso é, dependentes da instituição, tendo os laços sociais e familiares rompidos, terão direito ao acesso a uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob-responsabilidade da autoridade sanitária. Segundo Mello (2010), com a desinstitucionalização estamos diante de um processo de transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas do governo (federal estadual e municipal).

É nesse contexto que surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com um papel de responsabilidade na execução da política pública de saúde mental, a partir da promulgação da Portaria n.º 336 de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). A construção desses serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico serve como um importante instrumento para o processo de desinstitucionalização, inspirado no movimento italiano. Assim, o CAPS é o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada, que deverá estar capacitado para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Os CAPS “[...] deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”, conforme estabelece a portaria que os cria (BRASIL, 2002), significando a necessidade de uma relação muito próxima com a Atenção Básica em Saúde. O debate para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se inicia através de uma Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2001b), em 2001 em Brasília/DF, e culmina na oficina: Saúde Mental e Atenção Básica - o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, realizada em 2004 (BRASIL, 2004b).

A articulação entre saúde mental e atenção básica se consolida e passa para área da gestão quando o Ministério da Saúde estabelece as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006), criando os parâmetros para as atividades para rede de saúde com CAPS e para rede de saúde sem CAPS. Deste modo, o SUS incorpora a presença da saúde mental na atenção básica, consolidando a premissa do movimento da reforma psiquiátrica de que a atenção em saúde mental é de base territorial e integrante da atenção à saúde a toda a população.

A atenção básica em saúde é um importante espaço de escuta e intervenção no que diz respeito aos contextos de saúde mental. As Unidades de Saúde da Família (USF) aumentam a cobertura do direito à saúde ao maior número de pessoas, bem como o direito à cidadania (PAULON; NEVES, 2013).

A territorialidade é uma diretriz organizadora da atenção, viabilizando o vínculo com a população na direção da integralidade. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. [...] É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (BRASIL, 2005, p. 25).

Assim, o território rompe com a lógica da institucionalização da loucura, na contramão de internações prolongadas em hospitais especializados. Tendo em vista isso, a consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde e saúde mental é uma articulação entre Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Dessa forma, as práticas territorializadas buscam a construção de uma rede ampliada de serviço de saúde, através das UBS e USF com os Centros de Atenção Psicossocial.

A aprovação da Portaria nº 3.088 em 2011 (BRASIL, 2011c), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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 (SUS), demarca ainda mais a necessidade do respeito aos direitos humanos, enfatizando a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania. Nesse cenário, a RAPS vem consolidando ainda mais a importância da ação Atenção Básica para com a saúde mental, por ser um importante espaço de escuta e intervenção no que diz respeito aos contextos que envolvem o processo de adoecimento.

Sendo a atenção básica a porta de entrada para o acolhimento de diversas questões de saúde, certamente a saúde mental, seja no âmbito da sua promoção ou suporte para sofrimento associados a transtornos mentais, precisa ser incluída no processo de escuta sensível, acolhimento e construção de intervenções. Numa perspectiva de corresponsabilidade com a saúde especializada e com a rede intersetorial de garantia de direitos.

Pensar nessa lógica da interconexão entre os serviços hoje em dia, principalmente no campo da saúde, demanda ter como ponte de mediação o apoio matricial das equipes de matriciamento e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O apoio do matriciamento serve como um importante dispositivo de suporte para refletir e planejar as ações voltadas à saúde mental, a partir das demandas de saúde de um determinado território.

Também é uma ferramenta essencial para o processo de desinstitucionalização, pois serve como articulador de serviços disponíveis pela rede.

2.3 APOIO MATRICIAL

A reflexão sobre a integralidade requer a multiprofissionalidade das equipes de saúde que compartilham várias visões sobre o mesmo sujeito, estes com múltiplas demandas, estas expressões da questão social. “O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários.” (BRASIL, 2013, p. 23). O apoio matricial é uma forma de proporcionar o trabalho nesta abordagem, quando equipes se corresponsabilizam perante o trabalho no território, realizando a mediação entre a atenção básica em saúde e o serviço de saúde mental.

O apoio matricial foi primordialmente adotado no ano de 2003, como forma de gestão do cuidado, iniciando nos serviços de saúde mental, atenção básica e a área hospitalar do Sistema Único de Saúde, no Brasil em Campinas- SP e Belo Horizonte –MG (CUNHA; CAMPOS, 2011), incorporados após projetos do Ministério da Saúde. No VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2003), discutiu-se a proposta e a incorporação desse dispositivo pelo Ministério da Saúde. Servindo como uma espécie de apoio, que não vem para substituir uma ou outra equipe de saúde, isso é, a equipe do centro de atenção psicossocial e as equipes da atenção básica em saúde, mas sim para permear uma rede de corresponsabilização perante o trabalho comunitário.

Já no ano de 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para realizar o apoio matricial. O NASF tem como objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando suas ações abrangência com o passar dos tempos. A partir de equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes, tendo um direcionamento interdisciplinar (BRASIL, 2008). A partir de relações horizontais, desburocratizada servem como instrumento de mediação entre a Atenção Básica em Saúde através das Unidades de Saúde da Família e os serviços Especializados, dentre eles os de Saúde Mental. Para tanto, segundo essa portaria, o objetivo do NASF é o de “[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (BRASIL, 2008, documento on-line).

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico, onde a primeira produz ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe, devendo as duas ocorrer conjuntamente (BRASIL, 2010b). O apoio matricial é formado por equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes, tendo um direcionamento interdisciplinar (BRASIL, 2008), a partir de relações horizontais e desburocratizadas.

As equipes do apoio matricial realizam suas atividades através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico bem como capacitação e educação permanente, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes (BRASIL, 2009b).

Tendo em vista a sobrecarga da demanda aos serviços dessas equipes, fica visível nos dias atuais a dificuldade de realização de ações de educação permanente entre as equipes referenciadas pelo matriciamento. Estas ações buscam reconstruir paradigmas impostos por ações moralizantes, infantilizadas, fragmentadas. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa, rompendo com a padronização das ações.

O apoio matricial é uma metodologia desempenhada para suprir a grande demanda existente no território onde se encontram as Unidades de Saúde da Família, visto que essas apresentam uma equipe mínima formada por médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A inserção da saúde mental na Atenção Básica à Saúde teve como propósito garantir a atenção à saúde de forma integral, e possibilitar a ampliação de vínculos com as equipes e inserção no território para as pessoas usuárias desta política. É partir do contato longitudinal entre as equipes da Atenção Básica em Saúde, ofertados principalmente pelos serviços da UBS e as USF, e o usuário, preconizado pela rede de cuidado integral e fortificado pelo viés da intersetorialidade. Os usuários passam a ter uma equipe de referência e contra referência (saúde/ saúde mental), que oferta o cuidado, mais próximo a seu território da comunidade onde habita, necessitando algumas vezes da mediação do apoio matricial para o cuidado. Nascimento e Oliveira (2010 apud PENIDO, 2012, p. 28) destacam que “[...] o principal desafio do NASF é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referencialismo em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica.”

Atenção Básica em Saúde desenvolve o suporte técnico na saúde física dos usuários, e é primordial na saúde mental, visto que age também com ações de intervenção em casos

precoces, e conhecendo os contextos do território conhece também o cidadão do qual é referenciado pelo seu serviço. É na atenção básica que o espaço de escuta e do cuidado se inicia, bem como a oferta de atendimento nos momentos de estabilidade e nos de crises psiquiátricas, dispondo aos usuários de informações quanto às dúvidas e ações necessárias para o tratamento. A articulação constante entre o Centro de Atenção Psicossocial e a atenção básica, além de outras redes existentes, via mediação do apoio matricial, reflete, sobretudo na prevenção de internações psiquiátricas (PENIDO, 2012).

Para tanto, é necessária a intersetorialidade entre os diversos serviços da rede (saúde, assistência social, previdência, educação), de forma horizontalizada, ocupando o usuário uma nova posição, vista não só como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade. Para isso, é preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando à integralidade do usuário (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). A lógica da intersetorialidade coloca a equipe do serviço especializado no atendimento à saúde mental mais próxima não só das Equipes de Apoio Matricial, mas, sim com as unidades de saúde onde os usuários estão vinculados. Condiciona pensar em ações que sejam mais do que encontros periódicos entre as equipes de matriciamento e o serviço para repasse de casos.

Para Silveira (2012), a modernidade trouxe reflexos visíveis no cuidado ao trabalho que prese pela democracia, a interdisciplinaridade com a valorização adequada de cada área do saber, reforçado pela responsabilidade compartilhada. Isso remete pensarmos, segundo a mesma autora, que as discussões no âmbito da saúde encaminham a confrontações entre os protagonistas, reforçado pela troca dos saberes constante. Portanto, as decisões devem emergir do convívio entre os parceiros, onde esse cuidado é comprometido com o trabalho interdisciplinar e não mais submetido a decisões de uma categoria profissional em específico.

A incorporação do apoio matricial teve como propósito trazer nova dimensão ao trabalho, intensificado pela análise conjunta, e o reforço à clínica ampliada. Assim:

O apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 965).

Para tanto, o objeto e o objetivo do trabalho passam a ser outro, rompendo com o processo acrítico, que ocasionou a exclusão do usuário do dispositivo de cuidado. Tendo em vista os reflexos da cultura dominante que transforma tudo ou quase tudo em poder de troca, e

propriedade privada, o saber profissional não fica a mercê desse processo, regido pela hierarquização das áreas, reflexos, sobretudo de relações mútuas de enrijecimento, que desresponsabilizam os profissionais no cuidado (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Como forma de contato entre o apoio matricial, Castro, Oliveira e Campos (2016, p. 8) afirmam que há duas maneiras de esse estabelecer, sendo a primeira a partir de “[...] encontros periódicos e regulares para discussão de casos, e a segunda é através do suporte à casos imprevistos e urgentes que não possam esperar até a reunião de regulares.” Cabe destacar que essas reuniões periódicas costumam ocorrer no máximo duas vezes por mês, e que a reunião com serviço especializado e o apoio matricial ocorrem com regularidade apenas uma vez por mês, servindo basicamente para repasse de casos.

O apoio matricial ancora-se em servir, também como Dimenstein et al. (2009) identificam, como suporte técnico-pedagógico, através de vínculos interpessoais, prestando apoio institucional no processo de construção do Plano Terapêutico na forma comunitária. Para Nascimento (2007 apud PENIDO, 2012), o apoio de matriciamento consiste, sobretudo, em um potencializador no processo de desinstitucionalização, pois contribui para evitar internações arbitrárias e de longa permanência, em consonância aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

A incorporação desse trabalho interdisciplinar e intersetorial parte da defesa da luta antimanicomial, oposição ao modelo hospitalocêntrico, pois quando incorpora o trabalho de equipes externas, através do apoio matricial, a pensar e a questionar formas de direcionamento, de atuações da equipe do serviço especializado em saúde mental, também serve como reformuladores no processo de trabalho alienado, que muito coincide com práticas vexatórias. Para além da ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, como principal serviço substitutivo das instituições totais, há a necessidade do trabalho que reforça a análise crítica. Segundo Lima e Dimenstein (2016), o apoio matricial serve como estratégica para o fortalecimento da atenção psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

[...] A rede de saúde se mostra como um conjunto de pontos fragilmente articulados e burocratizados. No caso da saúde mental, essa situação se agrava, pois, historicamente, sempre houve a fragmentação dos serviços de saúde mental da rede de saúde em geral, consolidando o modelo hospitalocêntrico. Isso gerou uma exclusão do portador de transtorno mental da rede de saúde geral bem como do meio social. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 643).

Na mediação entre atenção básica em saúde e serviço especializado em saúde mental, o apoio matricial é uma ferramenta apoiadora, compreendendo a potencialização da troca de

conhecimento e de orientação, preconizada pela intervenção conjunta das equipes referenciadas pelo apoio matricial, trazendo por vez consequências positivas quanto ao redirecionamento do fluxo, e não em sobrecarregar e reorganizar os serviços. Cabe destacar que essa não pode ser a única forma de junção entre os serviços, pois é preciso um trabalho dinâmico, e a presença do serviço especializado no território de referência no cuidado tem que servir sempre como norte, descapsulando-se, a partir do não isolamento.

A RAPS reafirma a lógica do cuidado em saúde mental a partir da rede, incorporando a Atenção Básica em saúde como um importante espaço de escuta e intervenção no que diz respeito aos contextos de saúde mental. Busca a construção através de quatro principais eixos estratégicos, para que possa nortear o trabalho de implementação da Rede, sendo eles: ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental, qualificação da rede de atenção integral à saúde mental, ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação e ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2011c).

Amparada em legislações específicas que garante o aparato jurídico e, em boa parte, administrativo-organizacional para as mudanças no modelo assistencial (PAULON; NEVES, 2013) e para a materialização da reforma psiquiátrica, há a necessidade de depender de aportes teórico-conceituais, técnicos e organizacionais com outros campos de conhecimento. Previsto pelo reforço da interdisciplinaridade, no diálogo entre os trabalhadores na discussão de caso, além da incorporação de uma nova clínica do cuidado, a partir de tecnologias dispostas na comunidade. Acredita-se que assim se construirá uma perspectiva pautada no acesso à atenção integral em saúde, construída sob o viés da rede ampliada, rompendo com a institucionalização, além do redirecionamento da direção do conceito saúde mental.

A partir, fundamentalmente da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 2010, se incorpora a discussão da necessidade de maior aprofundamento e interação entre as políticas sociais, na defesa da intersetorialidade. Para tanto a saúde mental valoriza a relação interdisciplinar, onde os sujeitos envolvidos no processo da vida do sujeito em sofrimento psíquico passam a ocupar posições igualitárias, reforçando um cuidado dinâmico e coletivo. A saúde mental como um processo multidimensional passa a ser vista a partir das relações sociais, econômicas, culturais, políticas, e a junção entre os dispositivos de cuidado para tais a partir da lógica do território.

Cabe destacar que a incorporação desse trabalho, a partir da intersetorialidade, tem como propósito a desburocratização da saúde, fundamentando-se na heterogeneidade dos contextos sociais. A partir do conceito ampliado de saúde que passa a explicar o processo de adoecimento a partir dos contextos sociais, o cuidado verticalizado e fragmentado passa a não

possibilitar o tratamento. Assim o apoio matricial vem com o propósito de desconstrução do que estava posto por muito tempo, o cuidado centrado na lógica biomédica.

Construindo correntes de trabalho a partir de várias áreas do saber que ocupam a mesma posição, preconizando o trabalho interdisciplinar, horizontalizando as relações e apresentando um cuidado ao usuário que responda a suas necessidades não mais centradas apenas da saúde mental.

Pelo exercício do matriciamento, a lógica territorial, extramuros, tenciona e se impõe à tradicional assistência, intramuros, ambulatorial, pautada nos especialismos, e, ainda, âncora de muitas práticas da atenção à saúde mental no campo da Atenção Psicossocial. (LIMA; DIMENSTEIN, 2016, p. 628).

Mas, hoje em dia, as equipes de apoio matricial estão cada vez mais tendo que suprir a responsabilidade no cuidado do tratamento, seja por constatar que o CAPS de referência não receberá o caso, seja por entender que pode dar conta da demanda. O apoio matricial serve como ferramenta fundamental para repensar as avaliações de cada caso, sendo corresponsável nesse processo de cuidado a saúde dos usuários do território de referência. Concordando com Lima e Dimenstein (2016), quando diz ser o apoio matricial uma estratégia interventora em favor da ampliação e qualificação do cuidado em saúde mental.

O apoio matricial reforça, sobretudo, a lógica sanitária, promulgada pela ampliação do acesso ao cuidado em saúde como um direito social, quando descentraliza o cuidado, prezando por um olhar que incorpora a responsabilidade dos técnicos da atenção básica, do CAPS e do usuário. O cuidado em saúde mental segue ainda hoje práticas que dizem muito de um cuidado que é o descuidado, a partir de práticas excludentes, centralizadoras (DIMENSTEIN; SEVERO, 2009). O apoio matricial enquanto dispositivo que não está pela rede, mas na rede que constitui a saúde, produzirá encaminhamentos nas reuniões, desestabilizando o comodismo e as correntes da imposição do saber, e reinventando práticas transdisciplinar, horizontalizando a metodologia os arranjos organizacionais do trabalho.

Em Porto Alegre, a Política de Saúde Mental organizou o fluxo de atendimento iniciando na atenção básica para o serviço especializado em saúde mental, via apoio matricial, através das Equipes de Saúde Mental / Ambulatório de Saúde Mental. Este fluxo tem uma espera de tempo que pode gerar o agravamento das questões de saúde mental, podendo levar por vez à internação psiquiátrica. As USF encontram-se mensalmente com a equipe mediadora mensalmente, e esta se encontra com o CAPS também via reunião mensal, para discussão de caso e agendamento de acolhimento. Essa espera até o acolhimento no CAPS

pode chegar por vez até um mês, intensificando a situação do usuário que necessita de atenção.

Assim, a lógica de encaminhamento pode servir como armadilha em fortalecer justamente o que a metodologia do apoio matricial não recomenda, a burocratização no acesso. Visto que essa é uma das formas no acesso ao serviço especializado, a outra forma é via internação psiquiátrica, e essa novamente, é o contraponto da incorporação do serviço substitutivo à lógica hospitalar. Nesse contexto, a necessidade de sempre reformular o que está posto, não o encarando como algo acabado, e sim dinâmico, a partir de uma realidade regida de múltiplos contextos sociais que direcionam contradições. O próprio processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental pode servir como algo institucionalizante, pela via da burocratização e a necessidade da espera.

Para tanto, é necessário afirmar que a lógica hierárquica entre os serviços que constituem a RAPS não tem se desfeito, tendo em vista que o contato entre os serviços especializados em saúde mental e a atenção básica é muito precário, não incorporando a valores de territórios e comunitários. Parte desse processo se dá pela precarização no trabalho, nas duas instâncias de atendimento, falta de recursos humanos, recursos materiais, sobrecarga no trabalho. O apoio matricial é uma importante ferramenta tecnológica de organização do trabalho, servindo como metodológica empregada no cuidado em saúde mental, mas não tem que servir como algo acabado em si. A garantia do cuidado em todos os âmbitos da saúde tem que se dar de forma universal, e a crítica ao trabalho do apoio matricial parte também da não materialização desse acesso, tendo em vista a necessidade de encaminhamento e agendamento de acolhimento no serviço de saúde mental.

3 OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA O SERVIÇO SOCIAL

3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

A incorporação do trabalho do assistente social na saúde se dá antes do reconhecimento dessa política enquanto direito social, universal, vinculando a prática e ações higienistas. A partir dos anos 1970, com introdução das visões marxistas na análise da categoria, práticas antes institucionalizadas começaram a ser revistas, a partir de um movimento que toma ares políticos, a partir das críticas das contradições vivenciadas pela classe trabalhadora. O Movimento de Reconceituação da Profissão (IAMAMOTO, 2012) foi a descoberta do marxismo na América-Latina que contribuiu para a ruptura teórica e prática da profissão, questionando-se teórica e metodologicamente, em contraposição ao serviço social tradicional e tecnicista.

Implicou um esforço de combinar simultaneamente a análise histórica do Serviço Social na sociedade Brasileira – de modo que ao explicá-la explica a si mesmo – e a análise dos fundamentos teórico-metodológico de sua trajetória intelectual, condição fundante para compreender o modo de pensar a própria profissão. (IAMAMOTO, 2012, p. 236).

Posteriormente, os assistentes sociais avaliaram criticamente sua posição social, de reforço à manutenção da ordem e expansão do capital. Com o processo Reconceituação as expressões da questão social começaram a ser a matéria de trabalho da categoria, atrelado a busca pela igualdade e justiça social. Ganhando materialidade a partir do Código de Ética de 1993 e da atual Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares aprovados pela ABEPSS em 1996, fundamentando-se como uma profissão que tem como princípios a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, a liberdade, a ampliação da cidadania e democracia, favor da equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

O profissional passa a ser orientada em prol do projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero. Ainda, na mesma década foi a aprovação das Diretrizes Curriculares da ABEPSS que o Serviço Social, enquanto curso de nível superior “[...] concilia com novos tempos, radicalmente comprometida os valores democráticos e com a prática de construção de uma nova cidadania na vida social, isso é, de um novo ordenamento das relações sociais.” (IAMAMOTO, 2012, p. 168).

O serviço social é produto histórico (IAMAMOTO, 2012), enquanto uma especialização na divisão sócio técnica de trabalho, estando por vez dependente dos contextos que perpassam a relação social e a relação com o Estado, enquanto agente responsável pela promulgação dos direitos sociais. Do mesmo modo que a fonte da questão social é a garantia da existência da profissão, objetivando a própria extinção enquanto reconhecimento social da profissão visto a luta profissional pela construção de outra ordem societária. Para tanto, o serviço social se posiciona a partir da realidade social, considerando a inter-relação entre as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

Para Iamamoto (2012), as expressões da questão social não são apenas as desigualdades sociais entre a divisão de classe, e sim a gênese das desigualdades, é a partir dessa relação que as desigualdades são produzidas, tendo assim para além de produto há uma relação de função produtiva desta. São as expressões da questão social que servem como “[...] matéria-prima do trabalho profissional, que remete a uma prática no processo de especialização do trabalho.” (IAMAMOTO, 2012, p. 27). Ao passo que é objeto, passa a ser movimento de resistência da luta pela desincorporação do processo de produção-reprodução das expressões da questão social. Para a mesma autora, as expressões da questão social são acentuada no desemprego e na precarização das relações de trabalho, refletindo, sobretudo na não garantia do acesso universal preconizado pelas políticas sociais.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2012, p. 27).

A categoria profissional, a partir da luta contra os propósitos formuladores das piores violações de direitos, passa a ser regida pela busca à garantia da cidadania, a partir da efetivação dos direitos sociais, civis e políticos. Na busca não só pelo que está garantido em lei (e que em muitos casos não é efetivo), mas também na busca por novos direitos, a partir da sociedade que é dinâmica e heterogênea. A defesa da materialização dos direitos sociais nunca terá por acabado, pois vivermos em uma sociedade dividida em classes com interesses distintos.

Toda ação profissional requer o aporte da “A instrumentalidade posta na relação do homem com o objeto do trabalho, no ato da produção, é transposta para a relação com os outros homens e cria o domínio daquele que não produz sobre a produção e o respectivo produto.” (GUERRA, 1995, p. 104). Para a autora citada, são as representações do real que

farão a mediação para a compreensão da realidade social, e a ação no processo de intervenção trará o significado da profissão.

É a partir da crítica para além da profissão em si própria, mas do mundo contemporâneo que demanda do profissional o permanente ir e vir na formulação, monitoramento e avaliação dos contextos que perpassam o trabalho, processo dinâmico e espiral. Na busca pelo reforço ao protagonismo social, contra todas as formas de exploração, alienação, preconceitos, discriminação que o profissional forma seu trabalho que é teleológico.

A partir dos contextos sociais da sociedade capitalista, o conceito da equidade do acesso a bens e serviços que garantem os direitos sociais, enquanto busca pela igualdade na saúde, é importante para a prática profissional de forma ainda mais expressiva. A bandeira de defesa da Reforma Sanitária tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Para tanto Panozzo (2009, p. 120), reconhece a vinculação da equidade como forma de “[...] poder ampliar a cidadania, é constituir vínculos com os serviços da rede de proteção em saúde e acima de tudo, com o sistema de proteção social, promovendo ações que se contraponham à lógica manicomial de institucionalização.” A partir disso, “[...] universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, a integralidade e equidade das ações, a democratização das informações, descentralização do controle social e interdisciplinaridade” (CFESS, 2010), passam a serem as principais dimensões de luta na Reforma Sanitária.

Mas, a realidade demanda cada vez mais se decifrar a realidade contraditória frente a dificuldades de efetivação do que é previsto em lei, ocasionando dificuldade no acesso à saúde, com ações praticadas cada vez mais focalizadas, centralizadas, institucionalizadas ao interesse do mercado. Assim, é preciso definir caminhos que incorporem a execução de ações que norteiam a profissão, principalmente a partir da luta pela emancipação humana e social da sociedade, reforçados pelo reconhecimento da liberdade como valor ético central a profissão e recusa do arbítrio e do autoritarismo, incorporado à “[...] ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras.” (CFESS, 2006).

O trabalho do assistente social na saúde demanda ações que busquem “A democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase a abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação popular.” (CFESS, 2010, p. 24). A atuação em rede é uma dimensão muito fomentada pelo Serviço Social, pois se entende que a

forma fragmentada e isolada de atendimento afasta-se da complexidade das questões e mesmo da proposição de transformações que dêem conta de tal complexidade.

Nesse cenário, com base nos Parâmetros de atuação do Assistente Saúde na saúde (CFESS) as principais dimensões na atuação profissional no campo da saúde perpassam ações de atendimento direto aos usuários; de democratização das informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; de sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, promoção da saúde; de democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; de elaboração e/ou divulgação de materiais socioeducativos, tendo em vista mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados.

O trabalho profissional na saúde reforça a constante leitura crítica da sociedade mutável, cabendo a compreensão da necessidade de intervenção a partir “[...] da apreensão crítica dos processos de produção e reprodução das relações sociais, análise do movimento histórico da sociedade brasileira, e, a compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento.” (CFESS, 2010, p. 33).

A atuação dos assistentes sociais em saúde mental esteve atrelada à higiene mental atrelada a subordinações aos médicos, burocrático, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2010). O processo de incorporação do trabalho do assistente social em saúde mental teve início na década de 1940, no Rio Grande do Sul, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (DIAS, 2007). Com o golpe de 1964, cresceu o número de clínicas privadas para o tratamento de saúde mental, conveniadas ao Estado, assim como o número de hospícios. A saúde mental é tratada como uma mercadoria, sendo objeto de lucro (AMARANTE, 1994 apud BISNETO, 2011, p. 23). Ao passo que se expande também o trabalho de assistentes sociais no cuidado em saúde mental, pois, segundo Bisneto (2011, p. 24), os hospitais psiquiátricos passaram a contar com um assistente social para cumprir a regulação do Ministério da Saúde, pagando o mínimo possível como salários e sem incumbi-lo de funções definitivas.

O período da ditadura militar foi ainda mais acentuado pelas desigualdades sociais, exacerbando a miséria, pobreza, abandono. Para tanto, o serviço social serviu como uma espécie de executor terminal das políticas sociais, benéfico à classe dominante (BISNETO, 2011). Cabe destacar que a incorporação de assistentes sociais foi conivente com o propósito de reforço à ordem, a partir de uma modernização de legitimação do capitalismo, estando o interesse pautado no interesse da burguesia.

Na década de 60, as correntes que embasavam as ações profissionais eram de características positivistas e funcionalistas, vinculadas a psicanálise, norteados por valores que correspondiam às práticas de caráter humanista com o propósito de ajustamento do indivíduo à sociedade (PANOZZO, 2009), centrando o seu papel em ajuda psicossocial individualizadas, dissociadas das determinações sociais. Assim, as práticas profissionais vão se afinando de modo acrítico com tais perspectivas colocando-se distantes das bases do Serviço Social, encontrando, então, as disciplinas “clínicas”, como a psicanálise e a terapia de família (CFESS, 2008, p. 12). Com o passar dos tempos, a partir da incorporação do marxismo como corrente teórica do Serviço Social, e a partir do movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, o serviço social passa a criticar seu método de trabalho, tendo em vista que a psicanálise não estava mais dando conta de responder as violações de direitos.

Para o serviço social, segundo Bisneto (2011, p. 36), a reforma psiquiátrica traz o debate da transformação progressiva das instituições tradicionais; com ênfase no aspecto político da assistência social, interdisciplinaridade e necessidade de democratização do poder de usuários e trabalhadores. Para o mesmo autor, a reforma psiquiátrica abre o campo de atuação profissional de assistentes sociais.

Como já dito, a Reforma Psiquiátrica prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas isso também reflete a partir da “[...] onda neoliberal que aproveita do movimento da Luta Antimaniconial, para não internar pacientes, e ao mesmo tempo continuar sem criar serviços substitutivos.” (BISNETO, 2011).

Mas contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários de saúde mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos. (BISNETO, 2011, p. 42).

Tendo em vista a atual conjuntura imposta pelo sistema neoliberal, a crise do Estado e a incorporação de correntes mercadológicas da saúde empregadas principalmente pela corrente internacional, faz, sobretudo, que o Estado reduza a oferta de políticas sociais, e isso não é diferente na saúde mental. A falta de serviços, a precarização, falta de recursos humanos, sem oferta de condições mínimas de trabalho e atendimento aos usuários, são alguns dos contextos vivenciados hoje em dia. Fortalecendo a transferência da responsabilidade para o setor privado, que enxerga a saúde como fonte de lucro e mercadoria. Cabe destacar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica articulado com o Movimento da

Reforma Sanitária em Saúde sempre teve um posicionamento contra hegemônico, tendo base o atendimento humanizado, universal e gratuito, mas ainda hoje em dia vivenciamos seríssimos problemas quanto à falta de investimento público para a construção e manutenção dos serviços substitutivos à lógica manicomial. Nos dias atuais, ainda mais criticamente com a reforma Psiquiátrica fica proibida a internação em instituições de longa permanência, ao passo que “[...] mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais.” (BISNETO, 2011, p. 42).

O impacto do neoliberalismo é ainda mais preocupante, pois a garantia de acesso aos direitos sociais se perde em meio ao interesse em reduzir os gastos públicos, deixando a população a mercê da burocracia e das barreiras para o não acesso. Hoje mais do que nunca é tempo de resistir ao desmonte dos direitos garantindo a duras penas através das lutas sociais. Assim, cabe ao assistente social fomentar práticas que conscientizem à população usuária, às equipes de saúde, à rede, e à sociedade sobre os percalços políticos e econômicos vivenciados, haja vista a emancipação humana.

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, o Assistente Social se torna agente mais ativo no processo luta contra as violações dos Direitos Humanos. Concordando com Bisneto (2011) quando traz que esse movimento propôs novos caminhos metodológicos. Assim, a metodologia empregada pelo serviço social parte da análise crítica da sociedade dividida em classes sociais.

O assistente social em atuação em organizações institucionais de saúde mental precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer a reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise é amplo, e abrange a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social. (BISNETO, 2011, p. 186).

É só a partir da luta coletiva que a sociedade poderá estar regida por novas relações sociais, o movimento não é unicamente de alguém, e sim a partir de ações conjuntas entre profissionais, usuários e comunidade. As diversas ações que demandam o trabalho do assistente social são desafiantes frente ao contexto social que cada vez mais vitimiza e pauperiza à população. Na saúde mental não é diferente, o desafio de desconstruir valores moralmente enraizados socialmente, como o preconceito e ações com forma vexatória, discriminatória, principalmente no que diz respeito à singularização do acesso de usuários aos serviços de saúde. Infelizmente ainda vivenciamos processos na saúde mental, que apesar do movimento de desinstitucionalização da loucura, ainda incorporam preceitos manicomiais.

“Um serviço substitutivo, analisado a partir das suas micros conflitualidades, pode tornar-se tornar tanto um dispositivo criador de novas formas de vidas como um pequeno manicômio gerador de abandono e cronificação muito mais difícil.” (PERRONE, 2007, p. 109).

Para que se consiga ultrapassar os desafios cada mais presentes, é necessário o reforço à mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde, assim como fortalecer os fóruns e/ou conselhos como para estabelecer relações com determinadas demandas institucionais, bem como para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais. Assim, o foco de intervenção é fortalecer a autonomia dos sujeitos e contribuir com espaços e ações que promova a emancipação dos mesmos.

Outra importante forma de participação é através do Controle Social, de caráter deliberativo perante a participação de usuários, trabalhadores e gestores, haja vista a importância dos conselhos de Saúde, debates, encontros, audiências públicas, ações de divulgação dos conselhos e orçamentos participativos, palestras e cursos como atividades privilegiadas do assistente social naquilo que se referem à promoção da participação política no âmbito das redes, que vise o exercício da cidadania. O que não competem ao Assistente Social são as ações que não tenham em vista a autonomia dos sujeitos, ações de instituições que alimentam o sentido caritativo ou ajuda, que não enfocam que a mobilização é para autonomia, a participação para o exercício da cidadania para promover garantia de direitos.

O desafio é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista de sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo. (IAMAMOTO, 2012, p. 75).

Para tanto, a ação profissional parte da concepção ampliada da saúde incorporada nos projetos de intervenções, tendo em vista as dificuldades para a efetivação das políticas públicas, a partir das desigualdades sociais inerentes da sociedade capitalista. Assim, projetos que tratam questões como a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, incentivo ao trabalho intersetorial, servem como parâmetros para a atividade profissional. No período de 2015/1 e 2015/2 houve o enfoque na experiência de estágio obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas, resultando na integração entre ensino-

aprendizagem, articulado, sobretudo com os preceitos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo.

3.2 ANÁLISE DA RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE CAPS E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A Instituição em que foi realizado o Estágio Obrigatório em Serviço Social II e III, é de natureza pública, pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) pertence ao HCPA da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado também ao Ministério da Educação. O CAPS busca ser um espaço de formação, tendo uma das finalidades servir como um CAPS Escola que recebe profissionais de nível superior em modalidade de Residência Médica e Multiprofissional, bem como estudantes de nível superior, pesquisadores e etc.

Cabe ressaltar que as influências do sistema capitalista também interferem diretamente na gestão do CAPS, visto que afeta o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a onde a expansão da iniciativa privada nos hospitais universitários vem sendo realizada pelo Estado. Estamos falando da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), onde a partir dessa ocorre uma contínua transferência do Sistema Único de Saúde à iniciativa privada, causando a intensa desresponsabilização do Estado de uma forma disfarçada, pois é realizada a partir da criação de uma empresa pública.

A EBSERH é uma empresa pública de direito privado criada pelo Governo Federal no final de 2010, tendo como objetivo gerenciar os Hospitais Universitários, ocasionando diversas modificações no que diz respeito aos princípios do SUS, como a redução da participação nas decisões, e terceirização dos recursos humanos. Com essa forma de gestão diferenciada de qualquer outra atividade do setor público, pois não precisa fazer licitações, contrariando a legislação do direito público. Em virtude de o interesse privado ser o de gerar lucro e estabelecimento do produtivismo, não há garantia de que os Hospitais Universitários continuarão a atender de forma universal usuários do Sistema Único de Saúde, sendo criadas duas “portas de entrada”, isso é, são diferenciações no tratamento para quem tem algum plano de saúde privado, diferentemente de quem acessa pelo SUS.

Deste modo, há uma negação do princípio da universalidade no SUS, pois gera discriminação, fortalecendo assim, sobretudo a redução do acesso a saúde como um direito público. Visto isso, se percebe que a política de saúde tem encontrado muitas dificuldades

quando relacionada à sua efetivação, ocasionado pelo acesso desigual, e na dificuldade da integração entre os setores, e estando muitas vezes desvinculada dos movimentos sociais.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II corresponde a um serviço da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinado a acolher usuários adultos com transtornos mentais, que busca oferecer:

[...] tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, cuja severidade justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado. Tem como objetivo estimular sua integração territorial, social e familiar, apoiando o usuário em suas iniciativas de busca de autonomia. (HCPA, 2014, p. 2).

O CAPS iniciou seu funcionamento no prédio anexo ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre do ano de 2000 a 2013, mudando-se para a atual localização na Rua São Manoel, número 285, em 02 de junho de 2014. Considerado como um avanço essa mudança, pois rompe com a lógica hospitalocêntrica ao estar mais próximo da comunidade em torno do Hospital de Clínicas. Contudo, o CAPS está distante do seu território de abrangência, pois a organização da oferta dos serviços à população da Secretaria Municipal de Saúde indicou quatro regiões da Cidade de Porto Alegre: Lomba do Pinheiro⁴, Partenon⁵, Zona Leste⁶ e Zona Nordeste⁷, estando essas distantes territorialmente. Constituem em regiões extensas de espaço e populacional correspondendo a 87,41 km², totalizando a 18,36% da área geográfica total da Capital do Rio Grande do Sul, segundo o IBGE (2010).

O CAPS II-HCPA oficializa seu Plano Terapêutico Institucional (PTI) no ano de 2014, servindo como um importante dispositivo de difusão e regulamentação das ações que norteiam o trabalho da instituição. Assim, segundo o mesmo, encontra-se como critério de inclusão de usuários, ser do território de abrangência do CAPS, maior de 18 anos e possuir transtorno mental grave e persistente. O PTI estabelece as diretrizes para as ações desenvolvidas pela instituição, como a atenção integral através da permanência dos usuários em alguns turnos por semana, incidindo em atividades de grupo, ou atendimento individual.

⁴ Com os bairros: Agronomia e Lomba do Pinheiro. A Região tem 62.315 habitantes, representando 4,42% da população do município, com área de 50,65 km², representa 10,64% da área do município (IBGE, 2010).

⁵ Com os bairros: Cel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa. A Região tem 118.923 habitantes, representando 8,44% da população do município, com área de 14,57 km², representa 3,06% da área do município (IBGE, 2010).

⁶ Com os bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. A Região tem 114.309 habitantes, representando 8,11% da população do município, com área de 15,41 Km², representa 3,24% da área do município (IBGE, 2010).

⁷ Com o bairro Mário Quintana. A Região tem 37.234 habitantes, representando 2,64% da população do município, com área de 6,78 km², representa 1,42% da área do município (IBGE, 2010).

Vinculado ao cuidado a partir dos aspectos da vida social, física e mental dos mesmos (HCPA, 2014).

O CAPS desenvolve o trabalho em rede, constituindo-se no contato permanente com os serviços de saúde da atenção básica, USF, os Centros Referência em Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Assim, essa interação busca articulação e intervenções intersetoriais. Outro ponto importante no que se refere à mediação entre a atenção básica e o serviço especializado em saúde mental é a presença das Equipes de Saúde Mental/Ambulatório de Saúde Mental, responsáveis pelo matriciamento na área, dos dois territórios nas reuniões de equipes mensais, caracterizado por encontros de discussão de casos.

O CAPS do HCPA busca a reinserção social dos usuários através de atividades e acompanhamentos que vão ao encontro da emancipação e autonomia dos usuários, respeitando a individualidade de cada um. Através de atividades lúdicas e esportivas, passeios, grupos e oficinas que proporcionam ações críticas e socioeducativas, e encontros com debates que estimulam a participação em mobilizações social, à defesa pelos direitos humanos, sociais e políticos, e a expansão do exercício da cidadania. Dessa forma, as práticas territorializadas buscam a construção de uma rede ampliada de serviço de saúde, sendo essas as UBS, USF e os Centros de Atenção Psicossocial, indo de encontro à lógica da institucionalização da loucura, na contramão de internações prolongadas em hospitais.

Durante o processo de estágio foi desenvolvido o projeto de intervenção direcionado para a criação de mecanismos que facilitassem o trabalho com a Rede Básica em Saúde e o Serviço Especializado em saúde mental, servindo como forma de democratização das ações desenvolvidas no CAPS e pela necessidade de buscar a discussão com a rede sobre o processo de fluxo no encaminhamento de usuários. Para tanto, buscou estabelecer relações de referência e contra referência entre as unidades de saúde e as políticas sociais, para o fortalecimento da rede das UBS e das USF e o CAPS como instâncias de porta de entrada do sistema de saúde na oferta de atenção integral. A partir da análise documental e das reuniões de equipe do serviço, pode-se perceber que havia preocupação da equipe do CAPS quanto ao direito do usuário no acesso ao atendimento da saúde mental, na medida em que a oferta de vagas na época do primeiro semestre, de março a julho do ano de 2015, era maior do que a demanda que chegava através de encaminhamentos ao CAPS, via agendamento do acolhimento.

O Projeto teve como denominação “Construindo pontes de acesso em saúde mental: por um acompanhar em rede SUS”, tendo como objetivo geral fortalecer a rede de Saúde

Mental no território referenciado pelo CAPS II HCPA, e como específicos, aproximar a rede de saúde e saúde mental das regiões Leste/Nordeste, Partenon/ Lomba do Pinheiro do município de Porto Alegre, referenciadas do CAPS; estabelecer contato com a rede de saúde, a partir das UBS e USF para fortalecimento dos vínculos com essa rede e o CAPS; e por último, discutir com a rede de atenção básica em saúde o papel do CAPS e o acesso à atenção em saúde mental. Assim, o projeto foi ao encontro com a tomada de reforço dos vínculos dessa rede pública de saúde, visto que cada usuário tem como referência os serviços de saúde próximos de suas residências, estando o CAPS corresponsável pela saúde dos mesmos.

Constatou-se que as duas Regiões Distritais apresentam os serviços de saúde e de saúde mental conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Serviços de saúde e de saúde mental de referência do CAPS II HCPA

UNIDADE DE SAÚDE	DISTRITO LENO	DISTRITO PLP
CAPS	CAPS II-HCPA	CAPS II-HCPA CAPS AD III
USF	18	13
UBS	04	09
Equipe de Saúde Mental	01	01
NASF	01	
Centro de Especialidade	-	01

Fonte: Elaborado pelo autor

A relação do serviço especializado em saúde mental e a atenção básica em saúde ocorriam de forma contraditória durante o decorrer do estágio, considerando que o território em que o CAPS se materializava não promovia o atendimento das pessoas daquela região e tão pouco se articulava com aquela comunidade e serviços. Já em relação às regiões que o CAPS deveria fazer a cobertura de atendimento, identifica-se um afastamento geográfico que limita o acesso e que dificulta o conhecimento, vivência e articulação com tais territórios. Nesse cenário, a relação com o território é frágil, distante, pouco estimulada e promovida pela equipe, tendo uma postura pouco proativa frente aos territórios, aguardando que as demandas desses territórios emergjam no serviço para atendimento. Refletindo na não vinculação de novos usuários ao serviço disponibilizado ao cuidado em saúde mental no Município de Porto Alegre.

Dessa maneira, o projeto de intervenção considerou a realidade existente na relação entre a rede de atenção básica em saúde já apresentada, e constatou que o CAPS além de estar distante do território de responsabilidade, também estava quanto a sua viabilidade, tornando-se de fundamental importância da ação interventiva que rompesse com esta realidade. Tendo

em vista a ampliação e a busca persistente da concretização dos direitos à saúde, o fortalecimento da rede de apoio e, sobretudo o trabalho intersetorial, estando articulado aos princípios do Sistema Único de Saúde e do Código de Ética da Profissão.

Assim, as relações com os territórios se limitam a contatos pontuais com a rede de atendimento que dialoga com os casos acompanhados pelos CAPS. Para tanto, não eram promovidas ações e tampouco reuniões numa perspectiva de rede. O maior avanço promovido pelo CAPS era organizar uma reunião mensal intitulada "Matriciamento" onde alguns serviços da rede especializada de saúde mental participavam, sendo demandados a compartilhar possíveis casos que seriam acolhidos pela equipe do CAPS. Infelizmente tais reuniões mensais se resumiam a descrição de casos, sintomas e modo de vida do usuário, afastando-se de uma discussão mais aprofundada e integral de uma articulação para além da rede de saúde.

Cabe destacar que o processo de intervenção foi muito rico para o aprofundamento das dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas do serviço social. Objetivava deslocar o serviço especializado em saúde mental do que estava habitual, contribuindo com discussões quanto à necessidade do processo de fortalecimento do trabalho em rede.

3.3 FORTALECENDO PONTES DE ACESSO EM SAÚDE MENTAL

A execução do projeto de intervenção remeteu a um encadeamento dialético, a partir da contradição inerente no trabalho empregado e o não acesso de usuários à atenção integral. Portanto, a partir dessa relação de proximidade com a realidade da instituição e os contextos que perpassavam as relações de trabalho foi desenvolvendo-se a análise do processo de trabalho com a atenção básica e as formas de encaminhamento de usuários ao serviço. Para Yamamoto (2012), conhecer a realidade é imprescindível para a compreensão do objeto de trabalho, assim esse passa a ser a própria condição para o exercício profissional, e a partir desse conhecimento do objeto que poderá ser envolvida a ação transformadora.

Produziu-se uma Cartilha (APÊNDICE A) como principal ferramenta da intervenção, servindo a mesma como fundamental para o trabalho de aproximação com a ABS, distribuindo-as nos encontros agendados com as Gerências Distritais da Região Partenon/Lomba do Pinheiro e Zona Leste/Nordeste, os coordenadores das UBS, USF além das Equipes de Saúde Mental e os NASF.

Articulado para fomentar a Rede de Atenção em Saúde (RAS), a partir da formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a ABS como corresponsável pela atenção contínua e integral. A RAS visa potencializar a cultura e prática de trabalho em rede, na busca pelo rompimento do processo de atenção à saúde de maneira frágil e burocrática, e assim, buscando ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação, na atenção integral em saúde, questionando o processo de encaminhamento e buscando o diálogo com as instâncias de atenção à saúde.

Cabe destacar que o primeiro passo da execução do projeto de intervenção foi o de construir um levantamento dos dados dos serviços da ABS constando todas as unidades de saúde da atenção básica dos dois distritos quanto à: localização, coordenador, telefone de contato, como consta no APÊNDICE B, visto que não era de conhecimento da equipe de profissionais a localização e a quantidade de serviços de referência e contra referência, o que se considera ser necessário. Nessa perspectiva, buscou-se apresentar os serviços existentes para que assim pudessem ocorrer ações e serviços de saúde na garantia do acesso equânime, a partir da equidade com vista à humanização do cuidado, visto que havia um total desconhecimento dos territórios e os serviços que compunham a rede, sem conhecimento de que unidades de saúde pertencem qual região, o que promovem, qual sua estrutura.

Outra importante ação foi contatar a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) responsável pela Área Técnica em saúde mental em Porto Alegre, para a apresentação do projeto e para dialogar sobre os meios para que o acesso de usuários no serviço pudesse ser facilitado.

À medida que a análise da realidade institucional foi se aprofundando, a projeção da Cartilha foi sendo construída buscando a incorporação do trabalho interdisciplinar com a equipe do CAPS II. Contudo, a mesma foi materializada apenas pelo serviço social, pois a equipe se mostrava resistente à proposta de diálogo com a atenção básica em saúde, e por vez também, compreendiam que a participação na produção da cartilha acarretaria mais trabalho e tempo de dedicação.

A Cartilha registra o processo da garantia de direitos a partir da Constituição Federal de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica, a instrumentalização do CAPS como um dispositivo de cuidado substitutivo às instituições de longa permanência, reforçando sua localização. Percebeu-se que foi possível também reforçar a identidade profissional do assistente social através das dimensões do trabalho profissional pautado no projeto ético-político, a partir dos princípios do código de ética como base para o trabalho profissional. Para tanto, um dos eixos

centrais de atuação do assistente social que foi explicitado durante a execução do projeto foi a democratização de informações e o:

[...] debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. (CFESS, 2010, p. 55).

Apresentou-se também o trabalho integrado através dos parâmetros da Rede de Atenção Psicossocial, de ações de descentralização e corresponsabilidade entre atenção básica e serviço especializado em saúde mental, tendo como ponte de mediação o trabalho do apoio matricial. A Cartilha também trouxe informações sobre o passe-livre a usuários com diagnósticos de esquizofrenia e deficiência intelectual, além de indicar a referência à Leis e Portarias que embasam o trabalho na saúde mental.

Como o propósito da Cartilha era o de buscar a aproximação com as unidades de saúde, e através dessa reforçar o trabalho em rede, para que o trabalho fragmentado pudesse ser questionado. Assim, prezou-se a fortificar o princípio da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica como a descentralização e a articulação com os dispositivos do território, buscando a construção de uma rede ampliada do cuidado em saúde mental.

Pode-se dizer que a produção da Cartilha fez parte da estratégia de ação que provocou a corresponsabilização entre as UBS e USF, além do CAPS. Entende-se que esse processo é dinâmico e inacabado, assim não conclusivo com a socialização da Cartilha. O intento era fazer uma espécie de deslocamento do CAPS da sua posição de isolamento, entrando em contato com as unidades de saúde, e fortalecendo o papel da atenção básica como porta de entrada preferencial da saúde, também responsável pelo acolhimento de diversas questões de saúde mental, promotor da escuta sensível, do acolhimento e construção de intervenções. Assim, o trabalho em rede partiu da perspectiva do trabalho conjunto a partir de corresponsabilidade com a saúde especializada e com a rede intersetorial de garantia de direitos.

Para tanto, esse processo de construção coletiva do cuidado só é possível a partir da interconexão com os serviços especializados em saúde mental que prestam o apoio matricial e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Reforçando-o como um importante dispositivo de suporte para refletir e planejar as ações voltadas à saúde mental, e essencial para o processo de desinstitucionalização. Cabe destacar que o deslocamento para o diálogo com a Atenção Básica em Saúde fomentou o questionamento quanto à necessidade do

trabalho em rede, trazendo para a discussão o processo de saúde como algo que está ocorrendo de forma contraditória, haja vista que não é porta aberta, necessitando primeiramente da discussão de caso entre as equipes de matriciamento do território ou do NASF para posteriormente ocorrer o agendamento do acolhimento multiprofissional.

Assim, o processo de fluxo entre a unidade básica e o serviço especializado foram reforçados e explicados, tanto pela via do encaminhamento, quanto pela das internações voltadas à saúde mental, que não necessitam esperar pelo apoio matricial, podendo ser discutidos diretamente com o CAPS para posterior referenciamento na rede de atenção básica. Tal fluxo, incorporado no transcorrer do processo de estágio, visou garantir um suporte imediato após a alta de internação.

O projeto de intervenção conseguiu promover a presença do serviço social representando o CAPS II do HCPA em espaços antes não ocupados e não planejados, então além de estar mais presente das unidades básicas de saúde, esteve participando dessas discussões em reuniões de rede. Fortalecendo a participação em instância deliberativa do território, como os conselhos de saúde das unidades e nas reuniões de rede dos territórios. Dialogando com o território a análise crítica dos percalços quanto a esse processo de espera, algo burocratizante que reforça a continuação de ações mecânicas para tentar apaziguar as questões de saúde mental, como consta no instrumento misto de avaliação do projeto e registrado no Diário de Estágio: “Repetição da prescrição de receita e a demora do usuário em conseguir consulta psiquiátrica, ou atendimento terapêutico” (BRAZ, 2015). Proporcionando assim pensar em um novo direcionamento de encaminhamento de usuários para o serviço, rompam com padrões historicamente construindo da instituição.

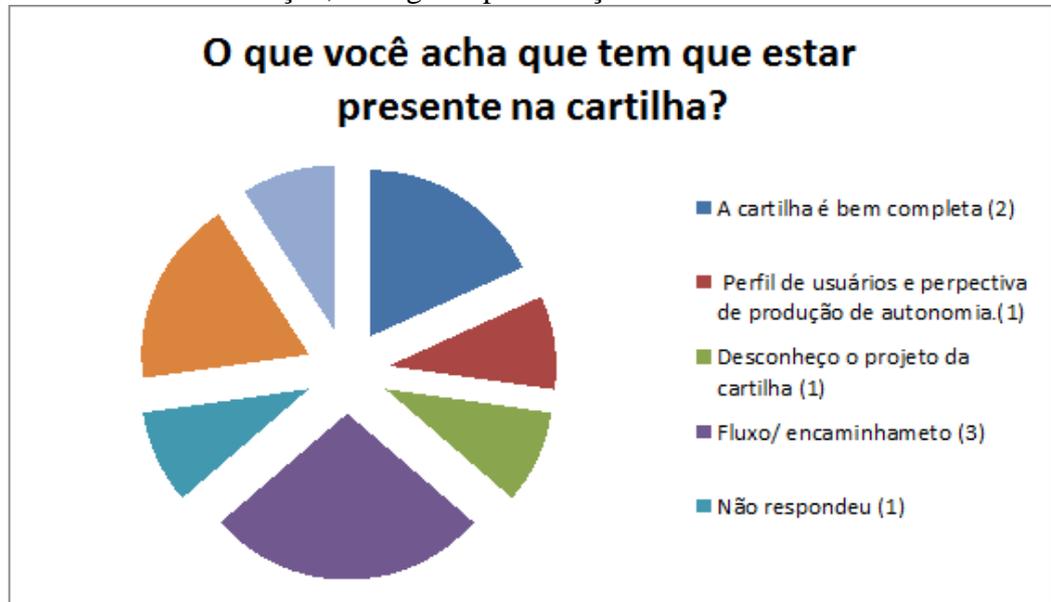
Durante a execução do projeto conseguiu-se a realização da aproximação do CAPS II HCPA com seis USF: Jardim Carvalho, Timbaúva, Jardim Potássio Alves, Milta Rodrigues, Vila Safira, Jardim da Fapa, e três UBS: Bom Jesus, Chácara da Fumaça e Morro Santana. A partir de encontros agendados com os coordenadores das unidades, utilizado como meio de deslocamento o uso de taxi, com recurso financeiro do HCPA. Durante essa aproximação pode-se constatar a preocupação dos serviços frente à demanda exorbitante de casos graves de saúde mental, “a demanda é muito grande, tanto que acabamos desenvolvendo várias atividades para tentar dar aos usuários alternativas para seu tratamento na própria Unidade” e “nossa unidade tem um grande número de usuários em sofrimento psíquico. Então precisamos de CAPS AD, CAPS i, CAPS II, Centros de Convivência, Psicoterapia, Consultas Psiquiátricas.” (BRAZ, 2015).

A atenção básica das gerências Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro contam com seus respectivos apoios matriciais para dar base nas discussões e intervenção nas questões relacionadas à saúde mental, mas “[...] existe suporte para discussão em interconsultas na saúde mental adulto e para crianças e adolescentes com Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA). Entretanto, é muito limitado, pois não consegue absorver casos com indicação para a equipe especializada, pela escassez de recursos humanos” e “[...] temos, mas as demandas estão reprimidas tanto no adulto quanto na infância.” (BRAZ, 2015).

Para tanto, percebe-se que a crescente demanda sem resposta de atendimento poderia ser suprimida caso o CAPS tivesse mais próximo do território de referência. Uma das importantes formas para que o CAPS estivesse mais presente é através das reuniões de rede nos territórios, que foi uma das sugestões trazidas pelos trabalhadores da atenção básica, reforçado pela necessidade do CAPS “Estar no Fórum da RAPS da Gerência Distrital Leste/Nordeste”. Outra alternativa trazida pelos trabalhadores da atenção básica é a necessidade do CAPS estar fomentando o diálogo de proximidade com equipe de matriciamento através do “[...] comparecimento nas reuniões do matriciamento e equipe de Saúde Mental” ou participando da “[...] reunião de equipe e colegiado de coordenadores das unidades básicas de saúde.” (BRAZ, 2015). Assim, o projeto buscou questionar com os trabalhadores, coordenadores e gestores quais seriam as alternativas para mudar esse quadro de isolamento e trazendo outras formas de construção da ponte de acesso ao serviço especializado em saúde mental, procurando questionar as atuais estratégias de encaminhamento, a burocracia e a espera.

Com a finalização da execução do projeto, pode-se executar a avaliação do mesmo, com as equipes das Unidades Básicas e Unidade de Saúde da Família que participaram da intervenção, diálogo e aproximação do CAPS nos territórios, tendo como propósito saber o que deveria constar na Cartilha produzida pelo “Núcleo Serviço Social” do CAPS II-HCPA. Conclui-se que a dúvida quanto ao fluxo para encaminhamento é a que mais requer atenção, como consta no Gráfico 1, três unidades (UBS Bom Jesus, UBS Chácara da Fumaça e Jardim da Fapa), reforçando ainda mais a necessidade do diálogo permanente entre as instancias.

Gráfico 1 - Intervenção, diálogo e aproximação do CAPS nos territórios



Fonte: Braz (2015)

Ainda, sobre o projeto, surpreendeu o fato de que cerca de quatro unidades (Milta Rodrigues, Jardim Carvalho, Timbaúva e Jardim da Fapa) referiram desconhecer que o CAPS é a sua referência especializada para o tratamento de saúde mental do território. Indaga-se assim para dois importantes fatos: ora, até que ponto as equipes de apoio matricial estão utilizando a rede da RAPS no processo de corresponsabilização no cuidado para com a população? Ou, o trabalho em rede está sendo construído de forma unilateral e não em conjunto entre as instâncias? Haja vista que as unidades isoladas e em contato apenas com o matriciamento não é suficiente, pois o acompanhamento integral demanda o contato direto entre todas as instancias que perpassam o acesso e, conseqüentemente, o cuidado com o usuário. Para que assim possa ser superada a lógica da pseudo-assistência, prestada pelos serviços especializados em saúde mental.

O trabalho do assistente social incluso na equipe do apoio matricial tem como propósito prestar assessoria a ambos os serviços, assim, o contato do profissional com o usuário fica muito restrito, visto que as equipes matriciamento não são a porta de entrada no sistema. Para além da revisão do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, o assistente social muitas vezes tem que exercer sua atuação além do processo de assessoria, tendo que suprir demandas ocasionadas pela falta de dispositivos de

cuidado com equipe multidisciplinar adequada, haja vista os reflexos na precarização do acesso. Para tanto, é a partir da sua prática reflexiva e crítica que o assistente social visa transformar a realidade instituída, partindo da compreensão da realidade para chegar a práticas que vão ao encontro da emancipação humana. A crítica aqui parte do processo de apoio matricial com uma equipe externa, enquanto dispositivo metodológico, mas que não pode ser o único responsável pelo acesso a um direito social universal da saúde.

Discorre assim, que o processo de espera para reuniões de equipes com apoio matricial, ocorridas mensalmente, não é visto na execução como algo descentralizado, a desburocratização do acesso ocorrendo só via referenciamento do apoio matricial é a contradição inerente que vem ocorrendo na saúde, que reflete na não universalização do acesso. Outro reflexo visível, decorrente desse processo, é que o acompanhamento longitudinal pode ocorrer só via apoio matricial e unidade básica de saúde, ou, via apoio matricial e serviço especializado em saúde mental, e não uma junção entre os serviços como presa a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Igualmente, enquanto um dos componentes para a organização do apoio matricial na sua gênese é a coparticipação na elaboração do Plano Terapêutico Singular⁸ (PTS), mas tendo em vista que as reuniões mensais ocorrem em pouco tempo, vista a sobrecarga das equipes, essa presença basicamente serve para passar casos. No CAPS o PTS tinha esse nome visando incentivar que de fato fosse um PST, mas este não era desenvolvido considerando os parâmetros orientadores. Então ele não era desenvolvido a contento nem no CAPS, tão pouco com a articulação com a rede.

Assim, as expressões da questão social e usuários são pouco discutidas quanto ao processo de alta, saída do usuário e a volta ao acompanhamento na unidade básica de saúde são pouco dialogadas interdisciplinarmente. Tendo em vista isso, o CAPS ainda apresenta muitas questões de trabalho vinculado à perspectiva biomédica e hospitalocêntrica, que inviabilizam o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Cabe novamente lembrar que a proximidade do Hospital fortalece ações verticalizadas. Assim, aumento da capacidade de intervenção e de resolutividade a partir do trabalho em equipe, a partir do diálogo, são pouco estimulados.

Os Centros de Atenção Psicossociais representam um dos mais importantes serviços substitutivos à lógica manicomial, haja vista que representam ser um serviço territorializado,

⁸ O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2007). Assim, o PTS deve conter quatro momentos: o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e a reavaliação.

horizontalizado, que deveria ter acesso aberto, universal, igualitário, mas que na realidade apresentam ainda reflexos do que a luta antimanicomial com muito esforço busca superar, como tratamento vexatório, discriminado, seletista. Assim, enquanto dispositivo de cuidado referenciado por um território, não pode se desresponsabilizar da saúde de usuários, como se esse tivesse certo tempo de atenção e depois de cumprido esse período, demarcar a alta do usuário e passar a ficar só a cargo dos cuidados da atenção básica, em especial das unidades de saúde da família, com uma equipe mínima que não apresenta condições de tratar casos severos de saúde mental.

O reforço ao olhar de rede parte do estímulo a construções coletivas e dialogadas, não há como construir trabalho intersetorial e interdisciplinar sem sair dos preceitos cômodos que acompanham muitas vezes os trabalhadores. Portanto, o trabalho do assistente social seja enquanto parte da equipe do apoio matricial, seja enquanto parte da equipe do CAPS é trazer essa crítica do cuidado exercido concretamente, e a corresponsabilização na efetividade prática, pois o acompanhamento demanda muito mais do que o encaminhamento caso a caso.

Para Vasconcelos (2010) é necessário se fazer presente nas ações profissionais do assistente social ações que potencializem a democratização de informações necessárias e fundamentais do acesso dos usuários a serviços e recursos, buscando superar a práxis cotidiana, a partir da análise crítica. A práxis torna-se a junção entre teoria e prática, refletindo em uma atividade não neutra, com o viés de transformação. Assim, a práxis é elevada a critério epistemológico de demonstração da verdade, para além do pensamento (VASCONCELOS, 2010, p. 87). Um pensamento que gere uma ação, por si só, não é algo que possa ser separado, mas sim fundamentado a partir da historicidade, para tanto, isso necessita a análise além do aparente, do imediato, do unilateral e do mecânico, pois cada contexto tem uma história.

É a partir da práxis revolucionária, em um processo espiral de análise, vivência, contradição e historicidade, que os seres humanos transformam a natureza objetiva e também as demandas e vicissitudes da realidade vivenciada e, ao fazer isso, se autotransformam, mudando não apenas o meio, mas a si próprios (VASCONCELOS, 2010). O ser humano, em sua essência, não é isolado, mas sim alienado⁹ e alienante ao meio, assim como, não é

⁹A alienação social na sociedade movida pelo capitalismo são reflexos de contradições, vivenciados concretamente pelos seres socialmente instituídos de relações sociais, a partir do meio de produção, de troca de mercadoria, relações de trabalho, venda e uso da mão de obra, que por vez bloqueia o processo de reconhecimento da dominação, exploração de uma classe sob a outra, e, sobretudo a necessidade de luta na superação dessa forma de dominação (VASCONCELOS, 2010).

abstrato, e sim concreto a partir além da materialidade, é um ser que possui consciência, possível a crítica, racional.

Concordando com Nogueira e Mioto (2006, p. 10) de que os “assistentes sociais, profissionais que na prática cotidiana buscam continuamente ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população.” Assim como “[...] que a concepção de direito está diretamente relacionada às condições concretas de sua fruição, refletindo ideias concretas, finalidades concretas, alternativas concretas.” (MINAYO, 2005, p. 67 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Assim como para Sodré (2010, p. 464), o trabalho requer uma ação política por excelência, e esse é fomentado com a ação profissional do trabalho concreto, que demanda “[...] dinamizar redes, ativar e conhecer as dinâmicas produtivas dos territórios, conhecer hábitos e a cotidianidade da coletividade posta em análise nas lentes das unidades de saúde focadas no território.” Outro desafio para o trabalho do assistente social é que a ação profissional:

[...] rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática. (VASCONCELOS, 2006, p. 11-12).

Vivemos tempos de acentuadas regressões das políticas públicas, universais, contrarreformando através da seletivização do acesso, esquecendo que os direitos sociais são de caráter público e devem ser igualitários. Outra triste característica social é a mercantilização da saúde, passando o cidadão para o estágio de consumidor, acarretando, sobretudo a pauperização e discriminação no acesso. Hoje, há uma grande tendência para ações autoritárias de não articular a participação social, reforçada pela antidemocracia. O discurso neoliberal vem ganhando cada vez mais força, fortalecendo a ideia da necessidade de reduzir o Estado na execução e gestão das políticas públicas e na saúde. Não obstante a saúde “[...] é a área da política social em que se vislumbra, com maior clareza, a tendência privatizante [...] o que se passa na área da saúde é emblemático da forma pela qual a sociedade brasileira, por meio das elites dominantes e dirigentes, vem concebendo a gestão social.” (SILVA, 2010, p. 145).

A análise crítica no processo de trabalho tem que ser constante, o repensar e fortalecer a construção de novas metodologias de ação que busquem a educação permanente, socializando informações, problematizando as condições de saúde e seu acesso a partir dos contextos que perpassam o território e as equipes serve como importante trabalho, não só dos assistentes sociais, mas das equipes como um todo, desencadeando o trabalho interdisciplinar.

Por fim, o assistente social em atuação nas equipes de apoio matricial e nos serviços especializados em saúde mental é o agente que aproxima o serviço do território, identificando expressões da questão social, na identificação das condições sociais, econômicas, familiares, culturais e sanitárias da população, que a partir do caráter contraditório das relações sociais tratará o questionamento nas discussões de equipe de que a saúde é reflexo desses múltiplos fatores. Assim, buscar a construção de propostas de intervenção em rede, que agilizem o atendimento da referência e contra referência e que não reforçam o comprimento de protocolos ao invés da inclusão de usuários ao cuidado em saúde é um dos mais importantes desafios na saúde mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos tempos plenos de desafios. Talvez por isso, o período atual exige o trabalho do assistente social em vários espaços. Com a redefinição do SUS, a partir da ampliação do acesso e com a descentralização, o trabalho profissional passa a ser ainda mais reconhecido, reforçado pela ação crítica e reflexiva, a favor da equidade, da garantia no acesso, da busca da igualdade e justiça social. Com o Movimento de Reconceituação a própria profissão se redefine, e a partir do contexto das políticas públicas abrem campos para o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, dando visibilidade a necessidade do trabalho interdisciplinar.

O trabalho do assistente social tem como desafio contribuir nas respostas às necessidades sociais, produzidas pelos efeitos da divisão de classe, com o trabalho profissional tendo como pano de fundo as expressões da questão social para a sua atuação. Cabe destacar que as demandas não são sempre definidas, se modificando e reconfigurando com o passar do tempo, desse contexto o trabalho profissional precisa sempre estar se desconstruindo e construindo novamente.

Nessa perspectiva, as respostas às demandas sociais estão diretamente relacionadas à configuração do Estado, das políticas sociais, da correlação de força entre as classes, e as mobilizações sociais. As políticas sociais têm sido sacrificadas a partir do ajuste fiscal, distante do que propunha a Constituição Federal, com ofertas de forma parcial e restritas como forma de "resposta" as consequências do neoliberalismo. Não tem como pensar no trabalho profissional, sem ir além do que está posto.

O campo de atuação apresenta a necessidade de mobilização contra mercantilização, à privatização e a terceirização, processo esses que se encontram acentuados na desresponsabilização do Estado através das parcerias público-privado. Haja vista que a instituição HCPA é o exemplo mais atual e acentuado dessa mudança da gestão, tendo inspirado a criação da EBSEH para gerenciamento dos hospitais universitários no país, com práticas verticalizadas e descontextualizadas da sociedade atual, e conseqüentemente, passam a impor contradições ao trabalho do profissional das equipes multiprofissionais.

Vivenciamos a manutenção do modelo alienante do trabalho na saúde, reforçado ainda pelo poder assistencialista, fragmentado e focalizado de trabalho em todos os âmbitos. Precisamos de reflexões aprofundadas sobre as contradições que perpassam o trabalho na saúde, para que possamos fomentar ações ao encontro da promoção da saúde.

A construção do argumento e da prática do trabalho do assistente social demanda compreender os contextos que perpassam as relações dentro da instituição, o território onde

essa está inserida, e a compreensão dos instrumentais e da identidade profissional. Assim, o fomento a ações de consciência sanitária e o trabalho intersetorial são fundamentais. É preciso desenvolver ações multiestratégicas que articulem diversos setores, no trabalho em rede, mobilizando as equipes multiprofissionais da instituição, assim como, a participação do usuário. É mais do que preciso pensar a educação em saúde na direção da emancipação, e não verticalização ou imposição do saber, é preciso pensar juntos. As práticas em saúde mental partem da necessidade da integralidade no cuidado, não há como olhar para o sujeito sob um ângulo apenas.

Considero que há necessidade de termos que ir além do que está posto, avançando da perspectiva da promoção que considera as relações sociais que perpassam a totalidade, identificando as demandas individuais como subjacentes às expressões da necessidade coletiva, enquanto caráter de classe. Para tanto, torna-se mais do que urgente sairmos os muros das unidades de saúde, ocuparmos outros espaços de mobilização e questionamento, pois não é possível oferecer o cuidado em saúde mental de acordo com a perspectiva que aqui trazemos, sem conhecer os territórios, as instancias de participação, e os contextos que acompanham a chegada dos usuários na unidade básica ou no Centro de Atenção Psicossocial. E a partir disso pensar ações que correspondem a práticas intersetoriais.

É de conhecimento geral que a saúde continua ainda ocorrendo de forma restrita. Para o acesso igualitário, regionalizado, hierarquizado e universal é de fundamental importância que a rede de saúde conte com mais serviços do que atualmente. Reforçamos que para, além disso, o acesso aos serviços já existentes seja facilitado, não necessitando passar pela burocracia e o tempo de espera, tão prejudicial hoje em dia no fluxo da saúde mental. Pode-se afirmar que hoje vivenciamos a imposição de “inovações” historicamente superadas, a partir do movimento da reforma sanitária e Constituição Federal de 1988, com a restrição no acesso. Como avanço democrático, a saúde, não obstante a saúde mental, precisa sempre ser trabalhada a partir dos fundamentos sanitários, como um movimento político.

Fazendo uma análise com base no que foi debatido neste trabalho é de fundamental importância entender o movimento que perpassa a reforma psiquiátrica, que prevê os serviços substitutivos à lógica manicomial, como o CAPS. Há a necessidade de rompimento com o conservadorismo ainda presente nas atividades multiprofissionais. Verifica-se a imprescindibilidade do fortalecimento do vínculo da Saúde mental com a Atenção Básica em saúde, reforçado pela Rede de Atenção Psicossocial que fortalece o trabalho intersetorial.

Concluindo que é comum na área da saúde mental a demora no encaminhamento da demanda demasiada ao serviço, através das equipes de apoio matricial ou NASF, caracterizado,

na prática, pela espera passiva e não pela busca ativa. É preciso fazer movimentos de desconfortos, desincorporando da posição passiva, buscando apreender os processos característicos da gestão ou do fluxo de encaminhamento, para que possa averiguar outras formas possíveis para romper com as barreiras da burocratização. Tendo em vista isso, o serviço social fomentado pelo projeto ético-político profissional é um importante agente no processo de redefinir processos engessados de trabalho.

Tendo em vista os aspectos mencionados, pode-se concluir que o projeto de intervenção executado durante o período de estágio obrigatório no CAPS II-HCPA serviu como um importante mecanismo de aprimoramento do ensino-aprendizagem acadêmico, na perspectiva do acesso à saúde como um direito universal, garantido a todos. Posto isso, ações que vão a favor da efetivação do direito social demanda do assistente social práticas socioeducativas e de educação permanente. Tais práticas devem ser fomentar a partir do Código de Ética e os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, que potencializam ações como o direito à informação, discussão de casos e o repesar dos modos de fluxo para o encaminhamento. Assim, práticas conscientes e críticas sobre os contextos, vinculado ao projeto ético-político da categoria precisam continuar ocorrendo, indo na contramão da alienação no trabalho profissional, a favor da práxis permanente, a partir do trabalho integrado, articulado, crítico e reflexivo, superando ações individualizadas, burocratizadas, repetitivas.

Cara(o) companheira(o), sigamos na luta!!!

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Saúde, Justiça e Cidadania. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: ABRASCO, 2003.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2006. - (Biblioteca Básica de Serviço Social).

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 setembro 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 nov. 2016

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dezembro 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 19 de Novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 novembro 1991. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 janeiro 1992.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 abril 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 fevereiro 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS** - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 1., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**: Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde; v. 5).

_____. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154/08. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 janeiro 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: evolução e perspectivas. Brasília, DF: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18).

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. 2009b.

_____. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dezembro 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 junho 2011a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 7 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 outubro 2011b. Disponível em:

<[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 7 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 30 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dezembro 2011c. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-24. 2006.

BRAZ, Pâmela da Silva. **Relatório Final de Estágio III**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. 55 p.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de um prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 1625-1636, 2016.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética do assistente social: Lei nº 8.662/1993: Legislação Brasileira para o Serviço Social**. Brasília: CRESS, 2006.

CFESS. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social**: subsídios para aprofundamento do estudo. Brasília, DF: CRESS, 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2016.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013>. Acesso em: 8 nov. 2016.

DIAS, M. T. G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2007.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DIMENSTEIN, M. et al. Apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - HCPA. **Projeto Terapêutico Adulto - CAPS II**. Porto Alegre: UFRGS/HCPA, 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 326 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Porto Alegre: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, Rio Grande do Norte, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Ed. Alfa-Ômega, 1848. p. 21-47.

MELLO, Adriana Pinto de. Entre a cruz e a espada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, Porto Alegre, v. 1, n. 20, p. 106-114, abr. 2010.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviço de saúde**: o que os gestores deveriam sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. 2006. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

NUNES, Karla Gomes. **Reforma Psiquiátrica no Brasil**: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009. 216 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

PANOZZO, Vanessa Maria. **O trabalho do Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Metropolitana de Porto Alegre**. 2009. 187 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5147/1/000420066-Texto+Completo-0.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

PAULON, Simone; NEVES, Rosana (Org.). **Saúde Mental na atenção básica**: a territorialidade do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosana (Org.). **Saúde Mental na atenção básica**: a territorialidade do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2012. cap. 1.

PERRONE, Cláudia Maria. A morada por vir: anotações de um diário de bordo para sair das prisões do possível. In: FONSECA, Tania Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria (Org.). **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**: a difícil reconciliação. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 87-118.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; LERMEN JUNIOR, Núlvio. "Atenção Primária à saúde no Brasil." In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. 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, p. 2011.

SILVA, Ademir Alves da. As relações entre Estado e Sociedade: "novas" formas de gestão social no Brasil. In: SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 9, n. 17, p. 2377-2386, 2012.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2016.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006. p. 242-272.

VASCONCELOS, Eduardo Morão (Org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

APÊNDICE A – Gerencia Distrital Leste – Nordeste/Leno

SERVIÇO	ENDEREÇO	TELEFONE	COORDENADOR
Gerencia Distrital – Leste-Nordeste	Rua Marieta Menna Barreto 210	33877794 / 33875681	Wanize Wilde Janke
Ambulatório Especializado em Saúde Mental – Leno	Rua Marieta Menna Barreto 210	33878842	Sandro Novelli
Centro de Extensão Universitária PUCRS	Rua 14, nº 227. Vila de Fátima Pinto- Bom Jesus	33203536	Jose Francisco Bergamaschi
Centro de Especialidades Bom Jesus	Rua Bom Jesus, 410	32895400/ 33385388	Alessandra Garcia de Figueiredo
CEO (Centro especializado em Odontologia) Bom Jesus	Rua Bom Jesus, 410 Estacionamento pela São Felipe	32895441	Dr. Cristiane Scott
CRTB Bom Jesus	Rua Bom Jesus, 410	32895439	Eula Beatriz Wolmann
Equipe de Matriciamento (NASF)	Rua Bom Jesus, 410	32895417	Marta Helena da Silva Alves
Farmácia Distrital Bom Jesus/ LENO	Rua Bom Jesus, 410	32895446	Thais Furtado
EESCA/ LENO	Rua Nazareth, 570	33349772/ 33813325	Cínara Monser
USF Barão do Bagé/ GHC	Rua Araruama, 487. Via Jardim	33347196/ 33451503	Olir Antônio Citolin
USF Coinma / GHC	Rua República do Perú, 411, Bairro Coinma	33811173	Nelsa Graciane
USF Batista Flores	Av. Serafin Machado, 215, Vila Batista Flores, Mario Quintana	33876033/ 32895614/	Fernanda Zarda
USF Divina Providência / GHC	Rua Cananeia, 220, Bairro Vila Jardim Av. Saturnino de Brito, nº1350	33382275	Leny Cardoso
USF Jardim Carvalho	R. 2 com a Rua 3, nº 10 , Cefer I, Bairro Jardim Carvalho	33874755/ 32895655/ 32895654	Carolina Calliari
USF SESC / GHC	Rua Ernesto Pelanda, 830, Bairro Vila Jardim	33348383	Norma Rires
USF Jardim da FAPA	R. Cristal da Paz, 146, Bairro Mario Quintana	33872414/ 32895616/ 32895617	Enf Paula Ligiane Martins
USF Jardim Protásio Alves	R. das Violetas, 2 (esq. Rua Primavera, 33), Bairro Mario Quintana	33875134/	Enf Graciela Oliveira
USF Laranjeiras	Rua 5, 24, Vila Laranjeiras, Bairro Morro Santana	33970510	Enf Leonardo Germano Alves
USF Mato Sampaio	R. 27, 685, Mato Sampaio, Bairro Bom	33340758/ 32825784	Fernanda Antonia LasBeck

	Jesus		
USF Milta Rodrigues Onier Antonio de Carvalho	R. Comendador Eduardo Seco, n°200 B, Bairro Jardim Carvalho	33868073	Mariana Timmers dos Santos
USF Vila Safira	Av. Del. Ely Correa Prado, n° 403, Vila Safira, Bairro Mario Quintana	33876611	Janice Lopes
USF Safira Nova	R. Alberto Galia, 233, Vila Safira, Bairro Mario Quintana	32895638/	Karina Dias Pinto
USF Tijuca	R. Reverendo Daniel Betts, 321, Bairro Morro Santana	33864341/ 32895685/ 32865684	Enf. Luis Felipe Pedroso Lopes
USF Timbaúva	R. Sebastião do Nascimento, 1050, Loteamento Timbaúva, Bairro Mario Quintana	33682808	Fernanda Teixeira Silveira
USF Vila Brasília	R. Juvenal Cruz, 246, Vila Brasília, Bairro Jardim Carvalho	32898203 32898202	Enfermeira Kelen Gotardo
USF Vila Pinto	Beco 5, n° 560, Vila Fátima Pinto, Bairro Bom Jesus	32895642/ 32895643	Marines Pereira
USF Wenceslau Fontoura	R. José Luis Martins Costa, 200	32895631/ 33662014 32895630	Heloiisa Helena da Silva Duarte
UBS Bom Jesus	Rua Bom Jesus, 410	32895400/ 32895438	Alessandra Garcia de Figueiredo Agostini
UBS Chácara da Fumaça	Estrada Martim Felix Berta, 2432, Bairro Mario Quintana	33861166/ 32895691 32895692	Dr. Marciel
UBS Morro Santana	Rua Marieta Menna Barreto, 210, Bairro Morro Santana	33878838/ 32895696	Lilia Silva Paz
UBS Vila Jardim	Rua Nazareth, 570, Bairro Bom Jesus	33341083	Marilia Correia Sant'ana

Distrito do Partenon e Lomba do Pinheiro – PLP

SERVIÇO	ENDERÇO	TELEFONE	COORDENADOR
GD PLP	Av. Bento Gonçalves, 3722	3289-5529 3289-5530 3336-7208	Milene Teixeira
CAPS AD III	Rua Dona Firmina, 144- São José	32895740/ 32895739	Enfermeira Siluane dos Santos
Centro de Especialidades Murialdo- Centro de Saúde	Av Bento Gonçalves, 3722	33849924/ 33895688/	Glauucia
Farmácia Distrital Murialdo	Av Bento Gonçalves, 3722	33545096	Farmacêutica Silva Fischmani O. Ughini
EESCA PLP	Av Bento Gonçalves,	32895523/	Nutricionista Cristiane

	3722	32895722	Jovita Barbosa Peixoto
Ambulatório Especializado em Saúde Mental Adulto - PLP	Rua Tobias Barreto, 145	33527095/	Angélica Soares Pinto
Equipe de Matriciamento PLP	Av. Cel Aparicio Borges, 2494, 1º Andar	33361622	Psicólogo Luiza Maria Ribeiro e Graciele Dalponte
UBS Bananeiras Térreo	Av. Cel. Aparício Borges, 2494	32895532/ 33363284	Administradora Maria Cristina Silveira Loss
UBS Ceres	Av.Ceres nº 329	32895527/ 32895528	Enfermeira Roseane Amaral
UBS Mapa	Cel. Jaime Rolemberg de Lima, 92	33191792/ 33547967	Valquíria Luciano Correa Ferreira
UBS Panorama	Est. João de Oliveira Remião, 6505	33191032	Rosa Maria Teixeira Gomes
UBS Pequena Casa da Criança	Rua Mário de Artagão, 13	32895575/ 32895574/ 33155919	Nutricionista Marcelo Martins Moreira
UBS São Carlos	Av. Bento Gonçalves, 6670	32895525/ 32895526	Enfermeira Thais Sholler
UBS São José	Rua Santos Ferreira, nº 60. Bairro São José	33365954/ 32895721/	Dr. Cecilia Nunes Pedroso
UBS São Miguel	Av. Ari Tarrago nº 337	32895606/ 32895607/ 33524334	Cecília Nunes Pedroso
UBS Campo da Tuca	Av.Luiz Mosqueti nº 570	33194706/	Enf.Natalia Santos Fiarão
USF Ernesto de Araújo ESF i e II	Rua Ernesto Araujo nº 443	33523111/	Enfermeira Daneil Oliveira
USF Esmeralda ESF I e II	Rua Dolores Duran, 1621	33191177/ 33193190	Enf. Moara Phum
USF Herdeiros	Rua Alfredo T. Vasconcelos, 90	33199884/ 32895653	Enfermeira Estela Maria Hartmann Carlucci
USF Lomba do Pinheiro ESF I e I	Est. João de Oliveira Remião, 6111	33197126/ 33197136/ 33366507	Luiza Schanorr
USF Maria da Conceição com I ESB	Rua Mário de Artagão, 13	33846678	Enf. Isabel Crestino Henteges
USF Morro da Cruz ESF i e II com 1 ESB (Bucal)	Trav. 25 de Julho,nº 1526	33181566/	Maia Ramos
USF Pitoresca ESF i e ii	Rua Pitoresca, 740	33845074	Enfermeira Monique Ferreira
USF Santa Helena ESF i e ii com 1 ESB	Rua Pôr do Sol, 25 P.9 Parada Bom sucesso	33226265/ 32895741	Enf Karem e Karla
USF Santo Alfredo ESF I e II com 1 ESB	Rua Santo Alfredo nº 37	33194949/ 32895620	Enf. Débora Luteschlager
USF São Pedro ESF i e ii com 1 ESB	Rua São Pedro, 526 Parada 13	(51) 3319-2199	Camila Fraga
USF Viçosa com 1 ESB	Rua Orquídeas, 501 Parada 13	(51) 3319-2399	Vanessa Martins
USF Recreio da Divisa	João de Oliveira Remião 6256	30932985	Marlova Severo Machado

APÊNDICE B - Contribuições do Serviço Social CAPSII/HCPA

Contribuições do Serviço Social CAPSII/HCPA visando potencializar a promoção de saúde mental e o acesso ao cuidado humanizado: Construindo pontes do acesso em saúde mental, por um acompanhar em rede – SUS



Porto Alegre, 2015

- **Proposta da Cartilha:**

Este material foi elaborado a partir de reflexões despertadas no processo de supervisão de campo desenvolvido pela profissional do Serviço Social vinculada ao CAPSII-HCPA, junto à estudante de Serviço Social da faculdade de Serviço Social da UFRGS, contando com o suporte da supervisão acadêmica da referida Instituição de ensino.

Nesse cenário, o Serviço Social almeja contribuir na garantia do acesso a um cuidado em saúde mental humanizado, numa perspectiva de rede. Desse modo, reunimos neste espaço

informações que visam instrumentalizar profissionais, usuários e a população em geral na consolidação de seus direitos, entre eles a saúde mental.

- **Saúde e promoção de saúde mental como direito a ser garantido**

É importante apontar que o Assistente Social, em conjunto com as demais categorias profissionais inseridas numa perspectiva de Saúde Coletiva, contribuiu para que a saúde fosse garantida, enquanto um direito, a todos os cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 significou um importante marco para a proteção social, estabelecendo a universalização dos direitos sociais de responsabilidade do Estado, onde a saúde emerge como direito do povo brasileiro. Para tanto, foi essencial manifestações sociais e articulações visando repensar a política de saúde que resultou na Reforma Sanitária.

A reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial também foram importantes avanços no desenvolvimento de uma política de saúde mental que garanta direitos, que preserve a dignidade humana e a autonomia. Assim, a luta pela extinção dos hospitais psiquiátricos e consolidação de uma rede substitutiva comunitária, que promova um cuidado humanizado passa a ser uma importante pauta dos movimentos de reforma.

No ano de 2001 é sancionada a Lei 10.216 (BRASIL, 2001a), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo assegurado tratamento humanizado, singular e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, e na comunidade. O novo modelo de atenção em saúde mental vai ao encontro com o tratamento em rede, através dos serviços disponibilizados na comunidade.

Desse modo, o CAPS emerge como uma importante ferramenta para o cuidado especializado em saúde mental. A atenção básica em saúde também exerce um papel essencial na atenção em saúde mental. A inserção no território possibilita maior apreensão das demandas de saúde mental, promovendo o acolhimento dessas demandas e encaminhamento de casos graves a rede especializada.

Nesse cenário, a co-responsabilidade entre atenção básica e secundária (UBS-USF-CAPS) emerge como uma dimensão fundamental na garantia da atenção a saúde mental. Para tanto, o olhar de rede, atuação intersetorial precisam ser promovidos.

- **Serviço Social e dimensões que perpassam a articulação em rede**

O assistente social como parte integrante na equipe multiprofissional exerce seu trabalho pautado na luta pelos direitos dos usuários, sendo demandado a trabalhar a partir das múltiplas expressões da questão social permeadas pelas relações desiguais entre capital e trabalho no contexto de exploração do sistema capitalista que geram consequências na sociedade e que necessitam ser mediadas pelo Estado.

Assim, o Serviço Social pauta-se num Projeto ético-político que direciona sua atuação a partir da análise crítica dos processos sociais ancorados em valores que buscam a construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero.

O Código de Ética Profissional aponta princípios deste projeto ético-político:

- reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- defesa intransigente dos direitos humanos;
- ampliação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;

Nesse cenário, a categoria profissional dos Assistentes Sociais está engajada com os movimentos sociais que lutam pela consolidação de direitos e articulados com os compromissos da Reforma Sanitária; SUS; Reforma Psiquiátrica e Luta antimanicomial.

Desse modo, o Assistente Social é um profissional que deve atuar numa perspectiva de rede, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas visando fomentar ações interdisciplinares e intersetoriais.

*** Processos de trabalho do Serviço Social junto ao CAPS**

O Assistente Social inserido numa equipe interdisciplinar visa contribuir na garantia de direitos dos usuários. Nesse cenário, com base nos Parâmetros de atuação do Assistente Saúde na saúde as principais dimensões na atuação profissional no campo da saúde perpassam ações de atendimento direto aos usuários; Ações socioassistenciais que visam conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais; democratizar as

informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços; Ações socioeducativas: sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, promoção da saúde; democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, Cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais; mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados; Ações de articulação com equipe, entre outros.

Dentre as ações de socializar informações sobre direitos, aproveitamos para compartilhar orientações para acesso ao Passe livre que alguns diagnósticos relacionados à saúde mental (esquizofrenia ou deficiência intelectual) tem direito. A carteirinha do PASSE LIVRE não tem custo. Local onde fazer:

-APAE (Diagnóstico Deficiência Intelectual)

-Galeria do Rosário: Rua Vigário José Inácio, 416. 14º andar sala 1416 FONE: 32245029

Segunda à sexta feira, das 8h30min às 17h30min

-AGAFAPE (Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos)

Endereço: Rua dos Andradas, 1560. 6º Andar. Tel: 32250395

Horário de atendimento AGAFAPE: SEG a SEX: 13h30 às 17h

- **Conhecendo mais o CAPS II-HCPA**

O que? Centro Atenção Psicossocial II (CAPS), vinculado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (HCPA)

Onde? Localização: Rua São Manoel, 285. Bairro: Rio Branco Porto Alegre.

Telefone: (51) 33598710 – 33598711

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta das 8 horas às 18 horas

No período de 2000 a 2013 o CAPS constituído na modalidade CAPS II funcionou em prédio anexo ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Desde 02 de junho de 2014 o CAPS – HCPA está inserido na comunidade, na Rua São Manoel, 285.

O CAPS II corresponde a um serviço da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Destinado a promover atenção à saúde mental de adultos com transtornos mentais severos e graves.

O CAPSII está mais próximo da comunidade, mas não do seu território de abrangência, pois em contra partida o serviço é responsável por atender quatro principais regiões da Cidade de Porto Alegre, sendo essas: Lomba do Pinheiro, Partenon, Zona Leste e Zona Nordeste, estando essas distantes territorialmente.

- **Trabalho em rede**

A atuação em rede é uma dimensão muito fomentada pelo Serviço Social, pois se entende que de forma fragmentada, isolada afasta-se da complexidade das questões e da proposição de transformações que deem conta de tal complexidade.

Nesse sentido, tanto a Reforma Sanitária, como a Psiquiátrica também destacam a atuação em rede como princípios essenciais, através da descentralização, articulação com os dispositivos do território, buscando a construção de uma rede ampliada do cuidado em saúde mental. Assim torna-se mais do que necessário ações que promovam a co-responsabilização entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipe de Saúde da Família (USF), além é claro do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS.

Sendo a atenção básica a porta de entrada para o acolhimento de diversas questões de saúde, certamente a saúde mental, seja no âmbito da sua promoção ou suporte para sofrimento associados a transtornos mentais, precisa ser incluída no processo de escuta sensível, acolhimento e construção de intervenções. Numa perspectiva de co-responsabilidade com a saúde especializada e com a rede intersetorial de garantia de direitos.

Nesse cenário, a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial vem se consolidando onde a Atenção Básica em saúde representa ser um importante espaço de escuta e intervenção no que diz respeito aos contextos de saúde mental.

Pensar nessa lógica da interconexão entre os serviços hoje em dia, principalmente no campo da saúde, demanda ter como ponte de mediação o apoio matricial das equipes de matriciamento e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O apoio do matriciamento serve como um importante dispositivo de suporte para refletir e planejar as ações voltadas a saúde mental, a partir das demandas de saúde de um determinado território. Também é uma ferramenta essencial para o processo de desinstitucionalização, pois serve como articulador de serviços disponíveis pela rede.

