

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E**  
**INSTITUCIONAL**

**CRISTIANE BENS PEGORARO**

**Transitar entre SUS e SUAS: Passagens Intersetoriais em**  
**Municípios de Pequeno Porte**

**PORTO ALEGRE - RS**

**2022**

**CRISTIANE BENS PEGORARO**

**Transitar entre SUS e SUAS: Passagens Intersectoriais em  
Municípios de Pequeno Porte**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestra em Psicologia Social e Institucional.

**Orientadora: Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi**

**PORTO ALEGRE - RS**

**2022**

## Ficha Catalográfica

--

A Dissertação apresentada por **CRISTIANE BENS PEGORARO**, intitulada **Transitar entre SUS e SUAS: Passagens Intersetoriais em Municípios de Pequeno Porte**, como exigência para a obtenção do título de MESTRE em PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL à Banca Examinadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS foi: \_\_\_\_\_.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi (Presidente – Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli  
Pontifícia Universidade de Minas Gerais - PUC/MG

---

Profa. Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

---

Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Porto Alegre – RS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





Dedico essa dissertação a todas, todos e todes trabalhadoras/es do SUS e do SUAS, em especial à colega Sandra Montanari (*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

Nada se faz sozinho. Tudo é produto de tantas diversas pessoas, uma conjunção de vozes, corpos e saberes. Essa dissertação não seria possível sem a participação de cada uma delas em minha vida e nesse processo de escrita.

À Júlia Dutra, querida Julica, amiga inestimável que me acolheu a pensar as questões iniciais para o ingresso no mestrado. À Jaqueline Tiltoni pelo estímulo recorrente de meu retorno à academia e a parceria durante o estágio de docência. Ao Guto Piccinini, dos tempos da graduação aos reencontros da vida, pela disponibilidade em ofertar suporte na revisão do meu anteprojeto.

Às colegas de CAPS, em especial a Márcia, Rita, Lúcia, Sílvia, Vivi e Lourdes, pelas batalhas compartilhadas e o apoio em diversos momentos dessa jornada.

Às colegas de CRAS, em especial Adriane, Joseli e Sílvia, pelas vivências que acompanham e inspiram essa escrita.

À minha amada família, pelo cuidado e carinho, por me ofertar condições favoráveis ao desenvolvimento de minhas potencialidades.

Ao Vítor, meu companheiro de vida, que dedicou muito tempo na construção de imagens a partir de esboços caóticos e ideias mirabolantes que eu ia apresentando e mudando constantemente...

Às/aos colegas de gestão do CRPRS, pela compreensão do meu afastamento das atividades para viabilizar a finalização do mestrado.

Às colegas de mestrado, em especial companheiras do e-politcs, Mariana e Maíne, pelas conversas e problematizações que ajudaram a trilhar caminhos.

À Neuza Guareschi, orientadora perspicaz e desacomodadora, pela aposta, compreensão e suporte durante todo esse tempo, tornando possível a construção dessa escrita.

À Gislei Lazarotto e Danichi Mizoguchi pelas provocações importantes e necessárias durante o Interloquções Metodológicas em 2019.

À Rosane Neves e à Vera Pasini pela apreciação no momento de qualificação, trazendo apontamentos importantíssimos para o seguimento desse trabalho e, ainda, à Roberta Romagnoli por aceitar o convite de acompanhá-las à minha banca de defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, pela acolhida de uma pesquisa a partir da experiência no âmbito das políticas públicas.

## RESUMO

Aborda-se o campo discutindo os entendimentos quanto à intersetorialidade, à concepção de Estado e seus regimes de configuração, aos modos de governo e produção de sujeitos, e, ainda, às especificidades conferidas a municípios de pequeno porte. A experiência é incorporada ao processo de dissertar sob inspiração de contribuições de Michel Foucault, na relação que estabelece com suas vivências no processo de produção escrita, de Jorge Larrosa Bondía na discussão dos saberes possíveis da experiência, e de Donna Haraway ao situar a localização dos saberes em sua potência na produção de conhecimento. Utiliza-se a estratégia de ficcionalização e embaralhamento de fontes para a construção de narrativas que expressem o cotidiano do trabalho nessas políticas públicas em suas passagens intersetoriais. Opera-se um processo de ficcionalização a partir de fragmentos das vivências, afetações e estranhamentos ao longo de 4 anos e meio de um trabalho simultâneo em lugares distintos de atuação no SUS e no SUAS. Duas narrativas-mosaico foram construídas, expressando configurações de redes vivenciadas e possíveis diante das estruturas e arranjos institucionais vigentes no país para municípios de pequeno porte em um determinado tempo (2014-2018). Para cada uma, um dia de trabalho, uma rede municipal, dois casos e múltiplas situações disparadoras que vão mapeando passagens intersetoriais entre as políticas, em atenção ao cuidado em saúde e à proteção social operadas. Ainda, são incorporados mapas de navegação, visando propiciar alguma imersão nos territórios onde se inserem as redes de serviços. Após cada narrativa-mosaico, análises são produzidas conforme a abertura de trilhas reflexivas oportunizadas por situações disparadoras e pela construção de diferentes ecomapas. Assim, narrativas-mosaico, mapas, ecomapas e trilhas reflexivas problematizam como as redes municipais vão se desenvolvendo, criando condições ou não de se efetivar intersetorialmente, que efetivação é essa que pode se dar e o que ela vai produzindo em suas passagens. A intersetorialidade entre SUS e SUAS é problematizada quanto aos seus modos de operação e seus efeitos, de forma a refletir as condições estatais de execução das políticas em seus impactos na configuração das redes de serviços, além de visibilizar passagens intersetoriais que operam modos de cuidar e proteger entre o asilar e o psicossocial. Indica-se a existência de uma intersetorialidade que oscila, ora em uma perspectiva neoliberal de diminuição do estado e produção de subjetividade na lógica *homo oeconomicus*, ora numa perspectiva de expansão estatal em uma lógica de produção de sujeitos de direitos. Reflete-se sobre o transitar em sua potência transgressora das políticas e a transgressão como forma de operar uma intersetorialidade transdisciplinar. Trata-se então de uma escrita feita por trilhas e mosaicos. Enquanto as trilhas dizem dos movimentos de percurso, os mosaicos vão sendo construídos a partir de múltiplos e variados fragmentos que se coletou ao trilhar.

**Palavras-chaves:** Intersectorialidade; SUS; SUAS; Cuidado em saúde; Proteção social.

## ABSTRACT

The field is approached by discussing the understandings about intersectorality, the conception of the State and its configuration regimes, the modes of governance and production of subjects, and also the specificities conferred to small-sized municipalities. The experience is incorporated into the dissertation process under the inspiration of contributions by Michel Foucault, in the relationship established with his experiences in the writing production process, of Jorge Larrosa Bondía in the discussion of the possible knowledges of experience, and of Donna Haraway when placing the location of knowledge in its power in the production of knowledge. The strategy of fictionalization and shuffling of sources is used to construct narratives that express the daily work of these public policies in their intersectoral passages. A process of fictionalization is operated from fragments of experiences, affections, and strangeness throughout four and a half years of simultaneous work in different places of performance in SUS and SUAS. Two mosaic-narratives were built, expressing configurations of networks experienced and possible in the face of the institutional structures and arrangements in force in the country for small municipalities at a given time (2014-2018). For each one, a day of work, a municipal network, two cases, and multiple triggering situations that map intersectoral passages between policies, in attention to the health care and social protection operated. In addition, navigation maps are incorporated, aiming to provide some immersion in the territories where the service networks are inserted. After each narrative-mosaic, analyses are produced according to the opening of reflective trails made possible by triggering situations and by the construction of different ecomaps. Thus, mosaic-narratives, maps, ecomaps, and reflective trails problematize how the municipal networks are developing, creating conditions or not for intersectoral effectiveness, what this effectiveness can be, and what it produces in its passages. The intersectorality between SUS and SUAS is problematized in terms of its modes of operation and its effects, in order to reflect the state conditions of execution of the policies in their impacts on the configuration of service networks, as well as to make intersectoral passages visible, which operate modes of care and protection between the asylum and the psychosocial. It indicates the existence of intersectorality that oscillates, sometimes in a neoliberal perspective of reduction of the state and production of subjectivity in the *homo œconomicus* logic, sometimes in a perspective of state expansion in a logic of production of subjects with rights. It reflects on the transiting in its transgressive power of policies and transgression as a way to operate a transdisciplinary intersectorality. This is, then, a writing made of trails and mosaics. While the trails tell of the movements along the way, the mosaics are built from multiple and varied fragments that were collected along the way.

**Keywords:** Intersectorality; SUS; SUAS; Health care; Social protection.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa de localização Capital, Pé da Serra e Maresias.....	45
<b>Figura 2</b> - Mapa deslocamento da Capital ao Pé da Serra e alguns dados do município.....	63
<b>Figura 3</b> - Mapa território Pé da Serra: equipamentos, bairros de maior vulnerabilidade e obstáculos de relevo.....	67
<b>Figura 4</b> - Mapa do deslocamento dos diferentes serviços ao local da reunião de rede de intersetorial.....	69
<b>Figura 5</b> - Mapa da mudança de Jurema para cidade de grande porte.....	76
<b>Figura 6</b> – Mapa deslocamento e obstáculos até a farmácia municipal.....	83
<b>Figura 7</b> – Ecomapa Relações Intrasetoriais SUS e SUAS Pé da Serra.....	97
<b>Figura 8</b> - Mapa em aproximação: recursos da rede do município de grande porte.....	104
<b>Figura 9</b> – Ecomapa das redes SUS e SUAS em encaminhamentos para for a do município.....	108
<b>Figura 10</b> - Ecomapa Relações Intersetoriais Pé da Serra.....	113
<b>Figura 11</b> - Ecomapa Reunião de Rede Intersetorial Pé da Serra.....	117
<b>Figura 12</b> - Ecomapa Relações Justiça, SUS e SUAS.....	135
<b>Figura 13</b> - Mapa do deslocamento da Capital a Maresias e alguns dados do município.....	140
<b>Figura 14</b> - Mapa território Maresias e rede de serviços.....	143
<b>Figura 15</b> - Mapa Caso Jacira: ausência, encontro e resgate.....	149
<b>Figura 16</b> - Ecomapa Relações Intrasetoriais SUS e SUAS Maresias.....	166
<b>Figura 17</b> – Ecomapa Relações Intersetoriais Maresias.....	171
<b>Figura 18</b> - Ecomapa Reunião de Rede Intersetorial Maresias.....	179
<b>Figura 19</b> - Ecomapa Caso Rudá.....	182
<b>Figura 20</b> – Ecomapa Caso Jacira.....	190
<b>Figura 21</b> - Comparativo dos Ecomapas dos Casos Rudá e Jacira.....	201

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Composição das formas atribuídas aos diferentes equipamentos nos mapas construídos .....	48
<b>Quadro 2</b> - Diferenças nas composições dos ecomapas construídos .....	56
<b>Quadro 3</b> - Legenda das linhas dos Ecomapas .....	58

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica em Saúde  
ACS - Agente Comunitário/a de Saúde  
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais  
AT - Acompanhante Terapêutico  
BF - Bolsa Família  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CadÚnico - Cadastro Único  
CAE - Centro de Atendimento Educacional Especializado  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas  
CAPS i - Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil  
CAPS II - Centros de Atenção Psicossocial Adulto do tipo II  
CEAS - Conselho Estadual de Assistência Social  
CECO - Centro de Convivência  
CES/RS - Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul  
CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência  
CF - Constituição Federal  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social  
CMDCA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
CNM - Confederação Nacional de Municípios  
COEPEDE - Conselho Estadual de Direitos das Pessoas com Deficiência  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde  
EC - Emenda Constitucional  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF - Estratégia de Saúde da Família

GHC - Grupo Hospitalar Conceição  
HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
HP - Hospital Psiquiátrico  
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos  
LBI - Lei Brasileira de Inclusão  
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social  
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MP - Ministério Público  
MPRJ - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro  
MPRS – Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul  
MS - Ministério da Saúde  
NAAB - Núcleos de Apoio à Atenção Básica  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
ONU - Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
OSC - Organização da Sociedade Civil  
OT - Oficinas Terapêuticas  
PA - Pronto Atendimento  
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família  
PBF - Programa Bolsa Família  
PCD - Pessoa com Deficiência  
PGM - Procuradoria Geral do Município  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PSB - Proteção Social Básica  
PSE - Proteção Social Especial  
RAG - Relatório Anual de Gestão  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RD - Redução de Danos  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos



RI - Residência Inclusiva

RS - Rio Grande do Sul

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SF - Saúde da Família

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

URAS - Unidades de Referência de Assistência Social

VD - Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
Da viagem em seus pontos de partida e intenções.....	15
Preparando as malas: o que levo na mochila para a viagem? .....	22
Plano de viagem: o percurso e suas estratégias.....	34
Primeira parada: onde o dissertar se encontra com o viajar.....	38
Segunda parada: A construção de narrativas-mosaico e mapas de navegação.....	39
Mapas para navegar nos territórios.....	45
Terceira parada: Reflexões a partir de trilhas e ecomapas.....	50
Ecomapas para trilhar diferentes caminhos.....	52
Das viagens realizadas às trilhas percorridas.....	58
<b>PRIMEIRO CAPÍTULO</b> .....	63
Parte I - Viagens ao Pé Da Serra: Idas e vindas entre a Proteção Social Básica e a Atenção Básica Em Saúde.....	63
Parte II - Reflexões de/em deslocamentos.....	82
1. Integralidade e equidade na proteção social e no cuidado em saúde: negligência de quem? .....	82
2. Da insuficiência estatal e o subfinanciamento das políticas sociais.....	93
3. Centralização, territorialização e capilaridade da rede de serviços SUS e SUAS.....	96
4. Município de grande porte e as diferenças na rede SUS e SUAS.....	103
5. Relações intersetoriais a partir da Proteção Social Básica (PSB) do SUAS.....	113
6. Deslocamentos em Reunião de Rede Intersetorial.....	116
7. Desafios à intersetorialidade em rastros de um histórico de constituição das políticas.....	121
8. Intersetorialidade em distintos propósitos.....	125
9. Dos atravessamentos na execução do SUS e do SUAS: direito individual e desresponsabilização coletiva.....	133

<b>SEGUNDO CAPÍTULO</b> .....	140
Parte I - Viagens a Maresias: Saúde Mental no Trânsito da Média e Alta Complexidade do SUS e do SUAS .....	140
Parte II - Ondas em reflexão: transitar entre a catarse e a contemplação.....	156
1. Configuração de rede de serviços de média e alta complexidade do SUS e SUAS em município de pequeno porte.....	156
a. Das Relações Intra-setoriais.....	165
b. Das Relações Inter-setoriais.....	169
2. Dos espaços de encontro que tecem relações entre profissionais, equipes, pessoas usuárias e serviços.....	176
a. Reunião de Equipe.....	177
b. Reunião de Rede.....	178
3. Intersetorialidade no circuito asilar, da reprodução da institucionalização....	181
4. Intersetorialidade na desinstitucionalização, conexões antimanicomiais.....	189
5. Intersetorialidade SUS e SUAS na Atenção Psicossocial.....	200
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	219
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	226

## INTRODUÇÃO

*viagem = substantivo feminino. 1. o ato de partir de um lugar para outro, relativamente distante, e o resultado desse ato. "chegou o dia da v." 2. o deslocamento que se faz para se chegar de um local a outro relativamente distante; percurso. "dormi durante a v." 3. espaço percorrido ou a percorrer; percurso. "tenho uma longa v. pela frente" 4. FIGURADO (SENTIDO)•FIGURADAMENTE. experiência intensa ou alucinante provocada pelo consumo de uma droga, uma substância alucinógena. Origem ☉ ETIM provç. viatge 'id.', do lat. viaticum, i 'provisões de viagem'*

### Da viagem em seus pontos de partida e intenções

A presente dissertação expressa em escrita, por meio de letras e imagens, uma viagem realizada durante 4 anos e meio transitando entre políticas de saúde e assistência social em lugares distintos do SUS – Sistema Único de Saúde e SUAS – Sistema Único de Assistência Social, de territórios municipais, de trabalhadora nos serviços, de passagens intersetoriais e de seus efeitos.

Toda viagem começa em algum momento partindo de algum lugar, ou melhor, partindo de alguns muitos lugares. Ponto de partida que não diz de origem, mas sim de um movimento que emerge conforme as condições de possibilidades e as contingências que propiciam seu acontecimento. Nesse sentido, importa situar as contingências que levam e possibilitam essa viagem documentada em dissertação.

A busca pelo mestrado se dá por questões e estranhamentos sentidos ao longo da referida viagem, nesse transitar entre SUS e SUAS, tendo certa dificuldade inicial em tomar a intersetorialidade como um atravessamento a problematizar. Um dos pontos de partida desse processo de escrita foi uma desnaturalização da intersetorialidade a partir do reconhecimento dos encontros que foram acontecendo ao longo da minha trajetória que a instituíram como uma premissa naturalizada em minha atuação profissional.

Nesse processo vou então me dando conta da construção dessa premissa ainda no meu processo de formação em psicologia, nas desacomodações colocadas pelos saberes que instituem o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Passo a compreender e situar politicamente como aparecem as mudanças que vou encontrando na saúde, perpassando as políticas que foram me atravessando na formação, no movimento estudantil, na militância antimanicomial e na minha atuação profissional. Como algo que foi possível em um determinado contexto

macropolítico de conquistas de direitos, reconhecendo a conjuntura favorável a mudanças nas políticas públicas para a consolidação do SUS<sup>1</sup>.

Uma construção que traz as marcas do movimento sanitário e do movimento antimanicomial, enquanto saberes que tornaram a intersectorialidade necessária para o trabalho da psicologia na saúde e na assistência social.

Se os princípios e diretrizes do SUS já bagunçam a psicologia em sua atuação e formação tradicional, a saúde mental na perspectiva antimanicomial requer grandes deslocamentos e coloca os profissionais em uma tênue linha, na qual atuamos em um constante balanço equilibrista. Se há algo potentemente revolucionário pautado pela luta antimanicomial é o cuidado em liberdade em todas as suas implicações contra-hegemônicas e subversivas às condições da relação saúde-Estado.

O movimento por uma sociedade sem manicômios, protagonizado por trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, visibilizava já em 1987 (Manifesto de Bauru) que uma reforma psiquiátrica não poderia se limitar a fechar hospícios, racionalizar e modernizar serviços. Tratava-se de uma ruptura epistemológica com o modo asilar (Costa-Rosa, 2000), sustentado por um conjunto de saberes que delimitam a doença mental como algo orgânico, restringindo o sofrimento psíquico a uma compreensão biológica, a qual apresenta como resposta o tratamento medicamentoso e o isolamento. Apontava-se que os saberes manicomiais integram de forma estrutural a sociedade em seus diversos mecanismos de controle e exclusão de grupos populacionais. Esses mecanismos estão presentes e atravessam diversas instituições, serviços e práticas em diferentes setores da sociedade.

No caso da saúde, os movimentos de luta antimanicomial já vinham alertando a presença de práticas manicomiais dentro dos serviços especializados de saúde mental, os ditos serviços substitutivos preconizados na lei da reforma psiquiátrica brasileira. O desafio ultrapassava a sustentação dessa rede de serviços substitutivos, passava por desconstruir as lógicas manicomiais que atravessam a produção de saberes, a formação e as práticas de cuidado.

Dessa forma, destaco uma atuação profissional que se constrói em um percurso formativo militante, que foi possível em um determinado contexto macropolítico de

---

<sup>1</sup> Aborda-se aqui um período que poderia situar entre 2003 a 2009, conjuntura que tornou possível as iniciativas do VER-SUS, Pró-saúde e Pet Saúde, bem como, no movimento estudantil da psicologia, os vários Encontros Nacionais de Estudantes de Psicologia e o processo de reforma curricular sob novas diretrizes nacionais que enfocavam atividades práticas desde o início do curso, além de apontar a necessária aproximação da formação em psicologia com as demandas emergentes da atuação nas políticas públicas. Desfrutar dessas iniciativas, envolver-se com sua construção, foi configurando na minha prática profissional um fazer implicado com uma militância, com a consciência da indissociabilidade entre política e exercício profissional.

conquistas de direitos. Esses, embora garantidos no texto constitucional de 1988, ainda carecem de meios para viabilização na vida das pessoas e hoje se encontram gravemente ameaçados. Um compromisso ético-político com a reforma psiquiátrica que fala de um fazer da psicologia que, na história de sua inserção na saúde pública, esteve junto às/aos trabalhadoras/es da saúde mental na luta por um cuidado em saúde indissociável da cidadania e direitos humanos, perspectiva que se insere na proposta de atenção psicossocial. Isso implica na ideia de que a efetividade de um cuidado em saúde mental está para além do setor saúde. As intervenções que visam à atenção psicossocial dependem de construções com outros setores, de um trabalho em rede, uma rede a ser tecida para muito além dos serviços de saúde.

Ao fim de uma graduação imersa em movimentos problematizadores da formação e de sua relação com as políticas públicas, direciono esforços para viabilizar o exercício profissional como trabalhadora do SUS. Atravessada pelo desejo de experienciar a saúde mental em práticas nos territórios de vida das pessoas e não centradas em serviços especializados, ingresso na residência integrada em saúde na ênfase à saúde da família e comunidade.

Dois anos intensos nos quais a atuação intersetorial era constantemente demandada para atender às necessidades de usuárias/os, famílias e comunidade. O início de minha prática profissional, enquanto psicóloga residente, ocorre em uma unidade de saúde<sup>2</sup> situada em um território do qual sua população estava sendo removida, fazendo com que estivessem em dado momento situadas em dois bairros distantes, cada qual referenciado a uma rede de serviços específicos, mas persistindo a mesma unidade de saúde que se deslocava em atendimentos a ambos os territórios. O exercício de articular-se com duas redes distintas (tanto com relação à educação, quanto a assistência social) tornava a intersetorialidade uma premissa e uma constante no trabalho da psicologia.

A participação na organização e na realização da Conferência Estadual de Saúde Mental Intersectorial em 2010 também teve um papel importante nesse sentido, pois que foi a primeira Conferência de saúde mental intitulada como intersectorial em uma discussão radical da intersectorialidade como necessária ao cuidado em saúde e à reabilitação psicossocial. Ao transcender o campo da saúde, afirma-se a saúde mental como campo em interface com

---

<sup>2</sup> Assim como as demais unidades de saúde pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição, tratava-se de uma unidade muito diferente daquelas previstas na Política de Atenção Básica, extrapolava a composição de profissionais da equipe mínima de uma Estratégia de Saúde da Família (na qual não há previsão para atuação de psicólogos/os). Uma configuração que possibilitava à psicologia estar em um contato muito direto com a população em seu território de vida, um lugar de atuação profissional ainda não instituído e em construção.

direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho, habitação, cultura, entre outros campos necessários e relevantes também abordados. Se na concepção de saúde explicitada na constituição do SUS já se expressava que saúde não se faz só com o setor saúde, esta conferência visibiliza a intersetorialidade inerente à saúde mental.

Nesse sentido, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial ressalta seu processo e deliberações como um marco para o campo da saúde mental enquanto “transversal a várias políticas sociais”. A intersetorialidade é colocada como construção de alianças que precisam de um cuidado permanente, devendo estar presentes em qualquer nível de gestão, bem como, nos processos de apoio matricial e referência-contrarreferência (Ministério da Saúde, 2010).

Nessa perspectiva, partimos em nossa atuação da intersetorialidade como uma premissa de trabalho. A própria compreensão do que venha a ser o trabalho psicológico na saúde implica em determinadas concepções de sujeito. Quando se concebe o sujeito em sua multiplicidade, constituído por processos de subjetivação que extrapolam a ideia de uma interioridade e individualidade, demanda-se profissionalmente uma atuação que requer ao menos uma perspectiva intersetorial.

A experiência profissional proporcionada durante a Residência Integrada em Saúde, bem como os estágios e atividades realizadas durante a graduação, ocorre no contexto de Porto Alegre, capital, município de grande porte que conta com diversas e peculiares configurações de serviços. Realidade que muito diverge da absoluta maioria de municípios de nosso estado, com impactos diferentes no que se refere às possibilidades de constituição de rede de serviços e de cada política pública.

Tamanho fora o contraste percebido quando iniciei minha atuação profissional como trabalhadora do SUS em um município de pequeno porte, em um Centro de Atenção Psicossocial<sup>3</sup> tipo I (CAPS I) em 2012. Os tensionamentos que vou fazendo no âmbito dessa rede de saúde municipal, tentavam convocar a saúde sair de si, mapear e reconhecer outras redes possíveis, tendo em vista escapar do fluxo de “encapsulamento”, de uma saúde mental centralizada em atendimentos no CAPS. Nesse sentido, a preocupação com a intersetorialidade ali persistia, embora permanecesse uma visão restrita ao setor saúde.

---

<sup>3</sup> Os CAPSs foram instituídos no SUS em 2002 como os principais serviços substitutivos da reforma psiquiátrica, tendo configurações diversas e habilitação federal conforme número populacional de cada município. Se para os grandes centros urbanos existia previsão de recursos federais direcionados para implantação e custeio dos diferentes tipos de CAPS, no caso dos municípios de pequeno porte (entre 20.000 a 70.000 habitantes) restava o CAPS tipo I como única possibilidade de habilitação. Nesses municípios, o CAPS I é a referência especializada da saúde mental para todas as demandas e grupos populacionais (adultos, crianças, adolescentes e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas).

Algo começa a se modificar em 2014, quando inicio vínculo profissional em outro município de pequeno porte, no qual atuei em um Centro de Referência de Assistência Social<sup>4</sup> (CRAS), na proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É diante dessa atuação simultânea no SUS e no SUAS, em duas redes distintas, mas situadas em municípios de porte similar, que emergem estranhamentos cotidianos que me levaram a buscar a academia com o desejo de pesquisar. Uma força gerada por questionamentos frequentes sobre a relação entre saúde e assistência social nos modos de cuidar e proteger as pessoas usuárias dessas políticas.

Começo a me indagar especificamente sobre as relações entre a saúde e a assistência social. Vou percebendo pontos de conexão entre essas políticas, certa relação de complementaridade, uma necessidade de interação bastante recorrente. Nessa caminhada vão surgindo termos utilizados no cotidiano de trabalho, nos materiais de referência técnica, nas legislações de cada sistema, termos que se repetem e tentam se diferenciar em suas concepções e descrições setoriais: vigilância, vulnerabilidade, fatores de risco e proteção, família, inclusão social, convivência, psicossocial, entre tantos outros. O mesmo ocorre na descrição de determinados serviços, atividades e equipamentos, os quais demonstram semelhanças, seja em suas denominações, seja em determinados objetivos e/ou estratégias de ação preconizadas.

De um lado, encontro na política de assistência social a instituição de serviços comprometidos com a garantia de direitos sociais visando à proteção social das famílias. De outro, encontro na política de saúde a estruturação de serviços voltados à promoção, recuperação e proteção à saúde. Uma saúde que, considerada em seu conceito ampliado, é determinada pelas condições de vida da população (Ministério da Saúde, 1986). Essas, por sua vez, dependendo diretamente da garantia de seus direitos sociais, os mesmos defendidos pelos serviços do SUAS.

Na política da assistência social, a intersetorialidade é um de seus eixos estruturantes e está apontada desde a sua gênese na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), como

---

<sup>4</sup> Os CRASs foram instituídos a partir da Política Nacional de Assistência Social em 2004 como unidade pública de proteção social básica do SUAS referência para o desenvolvimento de todos os serviços socioassistenciais deste nível de proteção, visando prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e do acesso aos direitos de cidadania. A sua habilitação é possível para municípios de todos os portes (pequeno, médio, grande e metrópoles), prevendo um número mínimo CRAS conforme cada porte e delimitando número de famílias referenciadas para cada unidade (o que também varia conforme equipe e porte municipal). Há uma divisão entre os de pequeno porte em I (até 20 mil habitantes) e II (de 20.001 a 50.000), no caso do CRAS onde trabalhei tratava-se de um município de pequeno porte II, estando preconizado a referência de até 3.500 famílias ao serviço. Com um trabalho eminentemente territorial, sua abrangência deveria estar adstrita a regiões de vulnerabilidade, porém, a semelhança do que ocorre em outros municípios de mesmo porte, o território de abrangência do CRAS acabava sendo todo o território municipal.



necessária à construção de uma relação de complementaridade entre as políticas públicas. Na política de saúde a intersectorialidade decorre do conceito ampliado de saúde em sua compreensão de determinantes sociais da saúde que implica no envolvimento de diversas políticas sociais, portanto, estratégica para sua garantia enquanto direito e presente em múltiplos instrumentos normativos que constituem o SUS.

Estando inicialmente somente no SUS, o olhar para intersectorialidade enquanto premissa necessária era de um olhar para os outros pontos da rede intersectorial como “externos”. O lugar fronteiriço que passo a ocupar ao adentrar no SUAS, parece ter constituído um lugar “dentro/fora”, de certa intersecção. Não obstante, por vezes parecia que nunca saía do lugar da “saúde”, facilmente visível no crachá que me identificava como “psicóloga clínica”, mesmo estando como trabalhadora da assistência social, política que, por sua vez, estava lotada em um departamento situado na secretaria de saúde e assistência social (algo comum em vários municípios de pequeno porte no estado e no país).

A esse meu lugar eram remetidos cotidianamente e naturalmente todas aquelas situações julgadas pelos colegas como indo para além de uma solicitação objetivamente passível de resposta “social” (tudo o que fosse atribuível a uma subjetividade entendida como diferente/anormal/peculiar, qualquer que fosse o aspecto envolvendo saúde mental), bem como, dúvidas sobre o que é feito (ou deveria ser feito) nos diferentes espaços da rede saúde. O limiar entre o que era uma prática da saúde e o que era uma prática da assistência social muitas vezes virou pauta de discussão em tantas reuniões, em ambas as redes municipais, tanto no interior dos serviços em que trabalhei quanto nas reuniões intersectoriais na discussão entre os serviços, da rede com a gestão de cada município, entre outros espaços.

As situações vivenciadas pelas pessoas usuárias, enquanto sujeito de direitos, expressavam a demanda pela intersectorialidade, a necessidade de integração entre saúde e assistência social para efetivar seu cuidado e proteção, deveres a serem garantidos por um suposto Estado de bem-estar social. Uma intersectorialidade que, embora já prevista institucionalmente na formulação de cada política, enfrenta diversos obstáculos que possibilitem uma efetiva integração.

As dificuldades vivenciadas pelas/os profissionais envolvem uma fragmentação decorrente das estruturas setorializadas. No processo de descentralização política do país, os municípios passam a ser os responsáveis pela execução direta das ações dessas políticas, porém cada política nacionalmente constituída com aparatos jurídicos, administrativos, técnicos e políticos independentes. Estrutura essa transposta aos municípios dificultando a

articulação entre as políticas e a viabilização da construção de ações conjuntas que atendam às necessidades das pessoas, as quais extrapolam a estrutura, funções e ações setoriais.

É no território de um município que pessoas, políticas e o Estado se encontram. É na realidade municipal que se configuram movimentos que demandam a integração entre as políticas. O que provoca pensar sobre como se dá a efetivação das políticas de saúde e assistência social em um dado território municipal, as condições estatais para sua execução e como operam na direção de garantia e/ou de violação de direitos das pessoas usuárias, performando relações entre SUS e SUAS.

Em vista disso, é entre o cuidado em saúde e a proteção social que se situa o cenário que produz o desejo que me leva a dissertar. Um desejo de análise que carrega implicações de um olhar específico e localizado, constituído pelas experiências (formativas e profissionais) como psicóloga inserida como trabalhadora no SUS e no SUAS em duas realidades municipais do Rio Grande do Sul.

Um olhar imerso no compromisso ético-político com a efetivação da reforma psiquiátrica enquanto um processo social complexo que demanda articulação entre diversas políticas públicas. Interessada em produzir conhecimento a partir das questões emergentes desse campo experiencial, coloco em análise a configuração dessas relações entre saúde e assistência social, tendo em vista aquelas que indicam condições de possibilidade para a intersetorialidade.

Dentro disso, a relação que estabeleço com a perspectiva da reforma psiquiátrica antimanicomial tem a ver com um processo de passagem do modo asilar para o modo psicossocial (Yasui, 2006). Modos de cuidado e proteção presentes e em disputa no campo das políticas públicas, em especial na saúde e na assistência social, operados pelo estado com objetivos, finalidades e motivações paradoxais.

Por um lado, o modo asilar enquanto perspectiva de atuação age pelo confinamento e sustenta muitas ações de institucionalização promovidas por agentes estatais. Essas muitas vezes não se dão apenas a partir do setor saúde, mas também por serviços da rede de assistência social em nome da garantia de “proteção social”. De outro lado (não paralelo, nem distante, mas coexistente), o modo psicossocial está presente na política de assistência social, assim como integra a política de saúde na constituição da chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Enquanto o modo asilar parece operar a partir da demarcação de divisões setoriais, o modo psicossocial parece habitar uma fronteira compartilhada entre saúde e assistência

social, envolvendo/atravessando/perpassando as práticas de cuidado e de proteção. Modos paradoxais coexistentes, o que lhes faz operar na saúde e na assistência social? Como a intersectorialidade pode colocar em operação modos de cuidar e proteger entre o asilar e o psicossocial? Que modos de cuidar e proteger a intersectorialidade pode operar na relação entre saúde e assistência social? Que subjetividades são produzidas através dos modos de operar a intersectorialidade entre saúde e assistência social?

**Em vista dessas e tantas outras perguntas, a presente viagem-dissertação teve como intenção geral** analisar como se configura a intersectorialidade entre SUS e SUAS, problematizando os encontros possíveis entre a intenção das políticas, a condição do Estado e os direitos da/o usuária/o, em atenção aos modos de cuidar e proteger que se operam. Nesse sentido, buscou-se compreender como os direitos e demandas das pessoas usuárias dessas políticas públicas, o dever estatal de atendê-las e de garantir sua proteção e a formulação dessas políticas podem produzir modos de cuidar e proteger.

**De forma mais específica, este estudo visou:** a) discutir como se constitui o discurso da intersectorialidade como uma necessidade das políticas se integrarem; b) mapear contingências e forças que possibilitam e dificultam sua efetivação entre saúde e assistência social; c) compreender como se configuram e a que respondem (a serviço de que) as barreiras/obstáculos que dificultam que a proposição da intersectorialidade entre saúde e assistência social possa se efetivar no âmbito de municípios de pequeno porte.

### **Preparando as malas: o que levo na mochila para a viagem?**

Nenhuma viagem parte do zero, sempre levamos algo com a gente. E a depender da viagem, faz-se imprescindível carregar determinadas ferramentas para possibilitar caminhos a trilhar. A viagem de dissertar me requer selecionar e compor teorias e conceitos que se mostram como ferramentas necessárias a carregar na mochila ao longo do percurso. **A primeira delas diz respeito aos entendimentos quanto à intersectorialidade.**

Quando se fala em intersectorialidade, poderia se falar em múltiplos aspectos, da articulação entre tantos setores para fins e com objetivos diversamente distintos. Na realização da presente pesquisa, interessava pensar em sua operação no âmbito da relação entre saúde e assistência social enquanto políticas públicas, da integração entre o cuidado em saúde e a proteção social em termos de práticas, uma intersectorialidade que tem por objetivo/finalidade a integralidade e garantia de direitos de usuários/as das políticas públicas.

No âmbito acadêmico, defronto-me com um debate teórico bastante aberto quanto a concepção de intersectorialidade, em uma variedade de entendimentos que endossa certo consenso quanto a polissemia do termo. A intersectorialidade experimenta uma imprecisão teórica que perpassa diferentes áreas do conhecimento que a utilizam, portanto um conceito ainda em construção (Carmo & Guizardi, 2017; Nascimento, 2010).

Conforme sua vinculação a dado campo disciplinar, a intersectorialidade vai se configurar como estratégia ou processo, abordagem ou paradigma. A multiplicidade de sentidos do termo indica a existência de diferentes correntes de pensamento e discursos em disputa (Carmo & Guizardi, 2017). Não se encontra uma robustez teórica que a conforme, o que afeta qualquer precisão para com os objetivos de sua execução prática (Akerman et al., 2014).

No campo da administração pública a intersectorialidade emerge de forma bastante recorrente em dois entendimentos simultâneos e não excludentes: como estratégia de gestão para otimizar recursos (diminuir gastos), garantir maior eficiência, eficácia e efetividade administrativa, bem como uma nova lógica de gestão para superar a fragmentação da execução das políticas sociais no país (Carmo & Guizardi, 2017). Nesse sentido, a produção teórica relativa à intersectorialidade nesse campo, afirma-a como meio para gerenciar as cidades tendo em vista a otimização de recursos humanos e financeiros e o enfrentamento da ineficácia das políticas sociais (Monnerat & Souza, 2010).

No campo da saúde coletiva, em sua produção teórica, a discussão perpassa uma compreensão endógena da intersectorialidade associada a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que prevê a articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde - a articulação com outras políticas públicas fica vinculada à intervenção para um problema de saúde. Essa perspectiva foi sendo problematizada pela recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de que a saúde fosse receptiva as convocatórias de outros setores, bem como pela retomada do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença em um resgate de princípios fundamentais do projeto de Reforma Sanitária (Monnerat & Souza, 2010).

Ainda dentro desse campo, autoras como Inojosa (2001), Junqueira (2000), Nascimento (2010) e Schutz e Mioto (2010), afirmam que a incompletude ou insuficiência setorial favoreceria a atuação intersectorial, em uma troca de saberes tendo em vista o alcance de objetivos comuns como a garantia de direitos sociais e a redução de iniquidades (Carmo & Guizardi, 2017). A concepção de intersectorialidade se amplia para uma articulação entre

saberes e experiências em uma integração nas diferentes etapas de desenvolvimento de políticas públicas, buscando resultados cooperativos em situações complexas (Carmo & Guizardi, 2017; Inojosa, 2001; Nascimento, 2010).

Desta forma, atualmente discute-se a intersetorialidade como ferramenta de construção de diálogo entre as políticas sociais que possibilite atender de forma integral às demandas da população considerando que essas não se apresentam setorizadas (embora frequentemente atendidas no poder público como se fossem). A integralidade nesse ponto ressalta uma abordagem da população que leva em conta os diversos aspectos da vida, a complexidade das questões sociais que nos atravessam (Pereira & Teixeira, 2013; Schutz & Miotto, 2010). Desta forma, a intersetorialidade extrapola o campo das políticas sociais estabelecendo relações entre as pessoas nos seus territórios de vida, tendo como desafio a incorporação das demandas expressas por elas na agenda pública (Carmo & Guizardi, 2017).

Nesse sentido, Akerman, Sá, Moyses, Rezende e Rocha (2014) ainda propõe uma abertura na perspectiva da intersetorialidade para além de um arranjo de gestão, como um dispositivo para alteridade e negociação, de escuta qualificada, de exercício do respeito à diferença e à diversidade tendo em vista encontrar interesses comuns, ainda que efêmeros. Sua potência para a superação de práticas assistencialistas e de gestão fragmentárias, tanto na estrutura estatal quanto na produção de conhecimento, parece residir no princípio da integralidade, da equidade e na diretriz de participação popular (Carmo & Guizardi, 2017).

Uma contribuição importante para a discussão da noção de intersetorialidade, em seu processo de conformação inacabado, está no denominado “dilema da intersetorialidade” apontado por Andrade (2004), o qual expressa o contrassenso de operar, face a complexidade dos problemas sociais, políticas públicas intersetoriais em ambientes tão setoriais como os estados nacionais. Refere a existência de consenso discursivo em contraposição a um dissenso prático, decorrente da contradição entre uma integração de saberes e práticas requerida pela complexidade da realidade e um aparato estatal setorializado no qual se concentram poderes disciplinares e político-partidários. Aspectos expressos nesse dilema provocam pensar sobre o papel do Estado para com o desenvolvimento social, sua estrutura e seus efeitos na organização setorializada das ações, sobre saberes e modos de produzir saberes em sintonia com a complexidade das demandas sociais.

A reconstrução dos estados nacionais no período pós-segunda guerra mundial modificou o cerne de atuação estatal na área social, na construção de um entendimento de que o Estado tem o dever de proporcionar à população um padrão mínimo de qualidade de vida,

incluindo aí a concessão de benefícios sociais através de políticas públicas. Todavia, a operacionalização através de políticas públicas é constituída por ações de governo que são formuladas e executadas a partir da estrutura e organização do Estado, hierarquizadas e departamentalizadas setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização. Tal estrutura/organização estatal tem origens na teoria clássica de administração decorrente do paradigma disciplinar da ciência moderna, que opera pela fragmentação do real na produção de conhecimento em uma racionalidade cartesiana (Rezende et al., 2015). A tradição da ciência moderna perpassa o modelo hegemônico estatal expressando-se no desenho de “casinhas paralelas” no qual cada setor vai operacionalizar as suas políticas na sua casinha para si mesmo (Andrade, 2004).

Pensar a intersetorialidade diante de tal estrutura estatal, constituída em saberes de tal ordem, é realmente deparar-se com um impasse. Pois que uma articulação intersetorial demandava outras formas de compreender a realidade e os problemas sociais, algo que ganharia condições de possibilidade com a emergência da teoria da complexidade em meados dos anos 60. Paradoxalmente, ela emerge de teorias oriundas das ciências exatas em aproximação com as ciências naturais e as humanas, tendo efeitos na produção de epistemologias e metodologias que transbordam a lógica disciplinar. O impacto desses saberes nas políticas sociais desafiou tomar os problemas em uma dimensão relacional, olhar de forma mais ampla e complexa, denunciando a incompletude e inadequação das tecnologias disciplinares e requerendo, por conseguinte, compartilhamento de saberes, de responsabilidades e de poder como forma de alcançar o êxito que elas se propunham (Rezende et al., 2015).

No processo de consolidação do campo da saúde no início dos anos 70, a intersetorialidade era pautada internacionalmente como questão em decorrência da percepção da determinação social do processo saúde-doença e da ampliação da própria concepção de saúde. Nesse momento, a intersetorialidade emerge como estratégia para melhorar a qualidade de vida das populações (Rezende et al., 2015).

A saúde entendida enquanto um recurso para a vida e a promoção de saúde como perspectiva que requer proporcionar a todas as pessoas igualdade de oportunidades e meios para realizar seu potencial de saúde, demarcavam a necessária reorientação dos sistemas nacionais de saúde, a criação de ambientes favoráveis à saúde, além da elaboração de políticas públicas saudáveis, intenções expressas na Carta de Ottawa - resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986. Em consequência,

orienta-se sobre a necessidade da coordenação de ações entre governos, movimentos sociais, setor saúde e demais setores da sociedade.

Essa conjuntura internacional teve influência no Brasil no processo de Reforma Sanitária, no qual a intersectorialidade obteve destaque em meio a luta pela redemocratização do país, que culminou na promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. A partir da Constituição, o Estado brasileiro instituiu a Seguridade Social como um conjunto integrado que incorpora três políticas sociais, dentre as quais situa as políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, de caráter não contributivo, organizadas por meio de sistemas únicos tendo em suas leis orgânicas a atuação intersectorial como diretriz (Lei n. 8.080, 1990; Lei n. 8.742, 1993).

Desta forma, Saúde e Assistência Social enquanto políticas públicas, como direito da população e dever do Estado, emergem nesse contexto de mobilização social que conquistou na Constituição a criação de um modelo de Seguridade Social que prevê sua materialização através de um conjunto integrado de ações. Os objetivos e diretrizes da Seguridade expressos na Carta Constitucional guiaram a organização das políticas sociais, constituindo elementos orientadores e estruturantes dos Sistemas de Saúde e de Assistência Social. Assim sendo, essas políticas compartilham diretrizes e objetivos comuns por estarem situadas no marco da Seguridade Social (Dias, 2018).

De outro lado, a intersectorialidade tomada em uma perspectiva ético-cultural democrática tem o direcionamento para democratização do Estado, através da exaltação de experiências produzidas em espaços participativos, com a força de práticas de diferentes segmentos populares. Assim sendo, busca-se para o Estado uma atuação forte democratizadora e a intersectorialidade como dispositivo para a socialização da política, compartilhando de forma equitativa instâncias de poder decisório, tendo em vista produzir condições de controle social sobre as ações estatais. Tal compartilhamento envolve a consideração da pluralidade de saberes que desafiam o isolamento dos setores e os modos de formular políticas sociais (Bidarra, 2009).

Pode-se dizer que a intersectorialidade vai se configurando sob inspiração das diferentes conjunturas, contingências históricas e atores envolvidos. Em determinados momentos como estratégia de gestão de caráter utilitário, compartilhando responsabilidades para enxugar custos do Estado, reforçando a redução do papel estatal e a subordinação ao mercado econômico. Em outros, uma perspectiva de fazer frente à fragmentação nas políticas

buscando a eficiência e eficácia estatal, em um movimento de fortalecimento do papel do Estado, buscando superar arranjos multisetoriais (Akerman et al., 2014).

Nesse sentido, ao falar de Estado nesse trabalho, há de se levar em conta a inconstância e instabilidade com que se coloca seu papel/função diante das demandas sociais da população, conforme as diferentes conjunturas ideológicas, políticas e econômicas, por vezes simultâneas, contraditórias e paradoxais (Akerman et al., 2014). Neste ponto, encontra-se **mais uma ferramenta para a mochila de viagem, trata-se aqui dos entendimentos acerca da concepção de Estado e seus regimes de configuração**, no caso do Brasil, compreendido como “Estado de Bem Estar Social” desde a Constituição de 1988.

A configuração de regimes de Estado de Bem-Estar Social pelo mundo situa-se historicamente no período da constituição dos Estados Modernos a partir do desenvolvimento e modernização do sistema capitalista de produção, diante do qual se fez necessário a instituição de políticas sociais para investir na vida das populações (Draibe, 2006; Foucault, 2008). Há nesse ponto já implícita a tese bastante difundida pelas Nações Unidas de uma estreita relação entre políticas sociais e desenvolvimento econômico, em uma condicionalidade expressa no conceito de desenvolvimento social que, de forma mais recente, complexificou-se ao absorver princípios dos direitos sociais e dos direitos humanos (Draibe, 2006).

O estabelecimento desses regimes varia conforme as peculiaridades da realidade de cada país, sendo que estudos comparados chegaram a identificar elementos comuns que envolvem: a ação do Estado na organização e implantação de políticas públicas, o estabelecimento de uma relação de regulação do Estado com o mercado econômico, suporte de renda diante da perda ou ainda manutenção de renda mínima para assegurar condições de vida de indivíduos e famílias, e a garantia de cidadania enquanto direitos sociais e não benevolência estatal (Rezende et al., 2015).

A conjuntura pós-1964 no regime ditatorial militar propiciou políticas sociais pouco inclusivas e quiçá redistributivas, contaminadas pela herança da cidadania regulada e da estratificação ocupacional, constituídas de maneira burocrática sem participação social. Um período de início de construção do Estado de Bem-Estar brasileiro que o qualificou como um regime burocrático, não existindo qualquer mediação política em busca da construção de consensos coletivos do que viria a ser implantado, visava-se construí-lo sem mobilização da sociedade. Houve um fortalecimento da relação com as empresas privadas e o modelo



econômico acirrava a concentração de renda e a desigualdade social, características marcantes desse período mesmo diante de certa expansão das políticas sociais (Grin, 2013).

Portanto, estava-se diante de um sistema pouco propício a universalizar direitos sociais, de um capitalismo preocupado em regular as bases de acumulação e não com certo equilíbrio entre igualdade e emprego. Só depois de 1988, em alinhamento com mudanças na economia brasileira, as políticas sociais começam a ser vistas como positivas ao desenvolvimento econômico. O Estado passa a fomentar programas públicos tendo em vista o estímulo entre economia e política social buscando ampliar a equidade, com participação social (Grin, 2013).

A questão envolvendo a focalização dos programas e ações das políticas sociais vem sendo discutida enquanto pertinente ao contexto brasileiro, mesmo que estranha a concepção de Estado de Bem-estar Social cujo princípio básico é a universalização dos direitos sociais dos cidadãos. Argumenta-se que a grande desigualdade social e regional acaba por afetar a efetivação de políticas redistributivas no Brasil de forma que, não bastaria apenas investir nas políticas sociais sem considerar as necessidades de desenvolvimento de grupos populacionais em piores condições de vida. Defende-se que a focalização de programas teria maior impacto na redução da pobreza, pois que os grupos mais vulneráveis acabam à margem no acesso aos programas e benefícios sociais. A seletividade então tem sido apontada como estratégia para justiça social, bem como, para qualificar e direcionar o gasto público. Este, por sua vez, ainda haveria de ser ajustado conforme demanda a reparação do legado histórico de exclusão anteriormente apontado, buscando então à universalização da cidadania (Grin, 2013).

Além dessa característica, o Estado brasileiro vai se diferenciar de outros modelos de Bem-estar social pela descentralização, democratização e participação social na gestão das políticas públicas (Grin, 2013). O processo de descentralização político-administrativa passou a execução e gestão dos serviços sociais para as localidades, o que teria possibilitado a ampliação do acesso e benefícios a amplas parcelas da população. De forma concomitante, a criação de espaços e instâncias de participação social possibilitou poder decisório a diversos atores e interesses.

Nesse contexto pós-ditatorial de redemocratização do país, as parcerias com a sociedade civil (através de organizações não governamentais e entidades representativas como associações) emergem como possibilidade governamental para descentralizar as políticas sociais e ampliar a capacidade de atendimento das políticas públicas. Essas parcerias vinham como resposta aos limites daquilo que o Estado poderia prover em setores como

saúde, educação e assistência social e, assim sendo, as ONGs começaram a executar serviços públicos. Tais limites estatais estavam embasados na compreensão de que o Estado não deve fazer tudo sozinho, podendo contar com a sociedade civil sem abdicar de sua responsabilidade (Grin, 2013).

A sociedade civil nesse ponto aparece assumindo responsabilidade do Estado no dever de garantir determinados suportes sociais. Os efeitos disso, a partir dos atravessamentos neoliberais na organização social, se fazem sentir na desresponsabilização estatal, na minimização de seu papel, além do retorno das ideias de caridade/benevolência em detrimento dos direitos sociais necessários ao exercício da cidadania (Bernardes & Guareschi, 2010).

A despeito dos avanços que possam ser reconhecidos na construção do sistema de proteção social em nosso país até então, convive-se constantemente com projetos que ameaçam os direitos já conquistados, retrocessos na abrangência e universalidade da cobertura assistencial, além da diminuição de benefícios sociais (Carmo & Guizardi, 2018).

Se as políticas públicas constituem formas de intervenção do Estado no sentido de maximizar a vida da população, pela qual possui responsabilidade, seus discursos e práticas expressam aquilo que na sociedade em dado momento/contexto histórico se considera como investimento na vida. Aborda-se nesse ponto **outra ferramenta teórico-conceitual a compor a mochila de viagem que se refere aos modos de governo e produção de sujeitos**. Enfoca-se aqui na constituição de diferentes sujeitos que se produzem a partir de práticas estatais e não-estatais de intervenção nos fenômenos relativos à vida da população.

Conforme Foucault, a partir da construção do Estado Moderno, temos formas de governo não centralizadas na soberania do Estado, surgindo tecnologias de poder que extrapolam a disciplinarização dos corpos individuais para atravessar o corpo social por meio de diferentes formas de governo das condutas no cotidiano, inclusive como ação dos próprios indivíduos. Desta forma, quando se fala do Estado de Bem-estar social brasileiro, entende-se o mesmo não apenas como um aparelho/aparato institucional, mas como um complexo de relações de governo sempre permeadas por diferentes modos de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos difundidos na sociedade. Dentro disso, os saberes que constituem essas formas de governo das condutas estão imbricados na formulação das políticas públicas, assim como na execução de suas ações, incidindo sobre a produção de subjetividade de nossa sociedade.

Nesse sentido, as disputas tratadas anteriormente quanto a um Estado mínimo tentando se colocar dentro de Estado de Bem-estar social em estratégias de ação de direção neoliberal, também se referem à dada produção de subjetividade decorrente das práticas e saberes que constituem esses modelos e formas de governmentação. A esse respeito, tomo as contribuições de Guareschi et al. (2010) ao refletir os sujeitos que se conformam nos atravessamentos da relação entre Estado e Neoliberalismo. Visibilizam em sua análise que tal relação estabelece um conflito entre os direitos do sujeito e os interesses do mercado econômico, afetando os modos de ser e viver.

Os impactos do modelo neoliberal na conformação de Estados de Bem-estar social vêm sendo indicado nas propostas de um “Estado de Bem-Estar Ativo” no qual a preocupação centra-se em transformar as pessoas em coprodutoras da sua própria proteção social, modificando o lugar de “receptores passivos de benefícios sociais”, através da educação e capacitação voltada à inserção produtiva (Draibe, 2006).

Nesses termos já é possível vislumbrar aquilo que Foucault (2008) descreveu como a produção de um sujeito empreendedor de si mesmo, que vai aderindo de forma voluntária àquilo que o mercado econômico demanda, denominado como *homo œconomicus*. Trata-se, portanto, de um sujeito bem diferente daquele sujeito de direitos, que se constituiu como tal a partir da contratação que estabelece com o Estado. Nesse contrato, o sujeito se torna de direito na medida em que concede seus direitos naturais ao Estado para que este os garanta e lhe proteja a vida (Guareschi et al., 2010).

Atravessa-se nesse cenário contemporâneo uma racionalidade que, inspirada no neoliberalismo, difere desse modelo jurídico de direitos naturais. Uma racionalidade econômica emerge como forma de organizar o cotidiano e racionalizar as condutas dos sujeitos. Essa forma econômica propõe que os sujeitos constituam uma sistemática de resposta diante das possibilidades apresentadas pelo meio, de modo que suas ações objetivem determinada finalidade, racionalizando recursos necessários para chegar a tal (Guareschi et al., 2010). Essa articulação entre o funcionamento econômico aos modos de experiência subjetiva levou a produção desse sujeito que entende sua liberdade e independência possível por meio de sua expansão econômica.

Desta forma, retomando a discussão dos atravessamentos que perpassam a configuração estatal, a constituição de suas ações por meio das políticas e seus efeitos na produção de sujeitos em dada sociedade, considera-se a coexistência de variados meios de adesão dos indivíduos ao Estado e ao mercado. O sujeito de direitos e o *homo œconomicus*

coexistem com lógicas distintas e criam a mecânica de interesses que liga os indivíduos ao Estado neoliberal.

Ao mesmo tempo em que o sistema jurídico funda o sujeito de direitos, sujeito por excelência das políticas públicas, o mercado, a partir da perspectiva neoliberal, funda o *homo œconomicus*, sujeito do interesse, do jogo de interesses que acontece em função da não-ação direta do Estado na economia (Guareschi et al., 2010, p. 338).

Diante de tal configuração, persiste o dilema de investir na população por meio de políticas públicas em meio ao desajuste posto entre o sujeito de direitos e a lógica do *homo œconomicus*. Sob essa ótica não é estranho constatar que justamente pessoas usuárias dessas políticas públicas integram grupos populacionais à margem do acesso aos direitos sociais. A focalização das políticas sociais nesses grupos, anteriormente citada enquanto estratégia pertinente ao contexto brasileiro em decorrência do legado de exclusão e desigualdade social, em uma racionalidade econômica se justifica enquanto medida compensatória para quem não consegue se manter na lógica do mercado, buscando, por conseguinte, prover condições para sua inserção. Expressa-se aí a fragmentação entre aqueles que conseguem sustentar-se nas práticas econômicas, e aqueles que usam as políticas públicas enquanto sujeito de direitos (Guareschi et al., 2010).

Tem-se aí um campo de discursos em disputa na atualidade, envolvendo os saberes que foram sendo construídos sobre os modos de cuidar e proteger. A política de saúde constitui-se a partir de saberes que oscilam entre uma visão estritamente biológica desenvolvida na medicina num contexto cartesiano de produção do conhecimento, em uma racionalidade biomédica, e uma compreensão de saúde coletiva oriunda dos saberes que afirmam determinantes sociais da saúde, que em última instância compõe o que se entende como atenção psicossocial nas práticas de cuidado.

Já a política de assistência social toma por base saberes relativos à vulnerabilidade e risco social da população, buscando desenvolver modos de proteção, que decorrem desses saberes. Oscila-se aí entre a individualização dessas vulnerabilidades e risco sociais, entendido como algo do contexto individual, familiar ou ainda de um determinado grupo de pessoas, incide em certa responsabilização diante da qual modos de proteção fundados na caridade e/ou benevolência fazem sentido. Assim como, também estão presentes saberes que compreendem a existência dessas vulnerabilidades e risco como construções históricas da

sociedade decorrentes de um sistema macropolítico-econômico excludente, diante do qual se faz necessário viabilizar o acesso aos direitos sociais como forma de proteção. Os direitos sociais nesse sentido são entendidos como fatores importantes para o investimento do Estado na vida da população.

Nas entranhas desse contexto macropolítico encontra-se em disputa modos de ser e viver no mundo. Porquanto toda política enquanto ação estatal se propõe a determinados governamentos da vida. Penso que a intersectorialidade nesse sentido pode ser um dispositivo que coloca em operação mecanismos de produção subjetiva que oscilam entre sujeito de direitos e o *homo œconomicus*, ora a serviço de um estado de bem estar social, ora a serviço do neoliberalismo econômico, ora como dispositivo biopolítico, ora como terreno fértil de resistência às normatividades.

Um caminho de problematização surge pela discussão da intersectorialidade entre saúde e assistência social enquanto um dispositivo que incide na produção de subjetividade tendo em vista discutir os modos de cuidar e proteger que pode colocar em operação no contexto local de execução das políticas. Interessa aí pensar como a psicologia enquanto saber e prática profissional pode atuar entre a sustentação e a profanação de fronteiras disciplinares, diante da necessária composição com tantos outros saberes, setores, atores nos territórios que habita ao integrar as políticas públicas. Penso que a discussão até aqui apresentada deixa rastros sugestivos das possibilidades de desacomodação e desestabilização dos modos de fazer psicologia nas políticas públicas provocadas ao habitarmos esses territórios.

Ao falar desses territórios, se fala aqui de **um determinado lugar conferido aos municípios de pequeno porte**<sup>5</sup>. O enfoque das questões de pesquisa se situa no âmbito desses municípios, o que se justifica nos estranhamentos oriundos das vivências que tive no SUS e no SUAS, ambas em municípios pequenos. No Rio Grande do Sul, mais de 70% dos municípios possui população inferior a 20.000 habitantes, o que faz dos municípios de pequeno porte a absoluta maioria no estado. Tornando-se relevante questionar acerca das implicações da execução dessas políticas nessas realidades, bem como, das peculiaridades envolvidas.

---

<sup>5</sup> A faixa populacional de referência para cada porte varia conforme as políticas e suas referências. No SUS não há um parâmetro padrão instituído, há momentos que se diz município de pequeno porte aquele com população inferior a 20.000 habitantes, em outros como inferior a 50.000. Assim, tomo como referência parâmetro instituído na política de assistência social que considerou pequeno porte em duas faixas, até 20.000 habitantes pequeno porte I e de 20.001 a 50.000 pequeno porte II.

Quando se fala em município de pequeno porte, ainda se refere a um porte populacional a partir do qual são classificados os municípios de forma recorrente. Todavia, não se trata aí de grupos homogêneos, pois a faixa populacional não reflete por si só as características dos territórios, suas culturas e condições socioeconômicas, as quais variam muito conforme as regiões onde se situam (Calvo et al., 2016).

Destaca-se nesses municípios um ritmo mais lento e dificultoso para implementação de mudanças nas políticas sociais (Luzio & L'Abbate, 2009). Os municípios de pequeno porte enfocam a atenção às necessidades básicas da população, dependendo muito de outros maiores e de outras esferas para viabilizar seu acesso a um grande contingente de serviços, especialmente na saúde (Calvo et al., 2016). Dependem assim também das relações que estabelecem com seus vizinhos de região, de forma que a existência de práticas de disputas obstaculiza processos de regionalização que poderiam ampliar a cobertura de serviços (Vale, 2018).

As redes formais possíveis aos municípios, diante das induções via financiamento federal ou estadual, diferem conforme o que se entende por porte municipal em cada política. Se de um lado torna-se indispensável a esses acessar recursos públicos das outras esferas para efetiva implantação e execução das políticas, de outro, defronta-se com limitações relacionadas ao porte populacional enquanto critérios de habilitação (Jesus, 2012). Os municípios de pequeno porte apresentam ainda maior dificuldade na captação de recursos tendo em vista exigências de contrapartidas para acesso a muitas das verbas federais (Luzio & L'Abbate, 2009).

Além disso, refere-se menor controle social do uso de recursos, baixo comprometimento das gestões em efetivar as políticas sociais e pouca participação social na avaliação dos serviços (Luzio & L'Abbate, 2009). Pissaiá & Brandão (2017), ao estudar o setor da educação, apontaram a existência de maior fragilidade e incipiência nas gestões municipais, incluindo a presença de práticas antidemocráticas de forma mais recorrente nesses municípios. Questionam certa desatenção da esfera federal na descentralização das políticas com relação a suas particularidades.

Conforme Vale (2018), os municípios pequenos têm maior dependência das organizações da sociedade civil para execução das políticas sociais, existindo diferenças importantes no que se refere ao acesso a direitos sociais básicos conforme o porte municipal. Sua pesquisa enfocou serviços voltados às pessoas em situação de rua, constatando que essas conseguem maior suporte de órgãos públicos nos municípios maiores. De outro lado, apontou

maior restrição em termos de número de profissionais, e de sua distribuição nos serviços, nas cidades pequenas. Demonstra um cenário em que a inexistência de alguns serviços especiais de maior complexidade se soma à sobrecarga, inadequação e insuficiência das unidades básicas de atenção em saúde e proteção social.

Contudo, a complexidade das demandas da população não se apresenta apenas nos grandes centros urbanos, dotados de maiores possibilidades em termos de incentivos/recursos para constituição de serviços assistenciais. Ao situar o campo de problemática da intersetorialidade entre SUS e SUAS em municípios de pequeno porte, a descentralização emerge como uma questão a problematizar no âmbito da gestão dessas políticas em suas diferentes esferas. A intersetorialidade entre saúde e assistência social nesse recorte, vislumbra o descompasso entre as formulações realizadas em nível federal até as possibilidades de concretização nas realidades municipais.

### **Plano de viagem: o percurso e suas estratégias**

Uma vez que situamos o que trazemos na mochila de viagem, importa discorrer sobre o percurso realizado e as estratégias utilizadas para fazê-lo. Tal como já dizia Foucault (2010a), o método empregado no percurso extrai-se a partir de um certo olhar retrospectivo da experiência em uma reflexão metodológica dos caminhos realizados.

A viagem escrita ocupou-se até aqui de apresentar o campo de pesquisa em sua temática de interesse, introduzindo as problemáticas que pude habitar nas vivências e experiências enquanto psicóloga no âmbito de um CRAS e de um CAPS em municípios de pequeno porte. Os pontos de partida situam um olhar localizado, construído nessas vivências formativas, militantes e laborais.

Trata-se assim de uma pesquisa a partir da experiência. Haveria então de trazer à margem, de fazer emergir aquilo que experienciei nos anos dessa atuação conjunta, no SUS e no SUAS, que justamente me trouxeram de volta à academia a fim de pesquisar.

No plano de viagem o desafio estava em incorporar a experiência no processo de dissertar. Para tanto, tomei como inspiração contribuições de Michel Foucault na relação que ele estabelece com suas vivências no processo de produção escrita, de Jorge Larrosa Bondía na discussão dos saberes possíveis da experiência e de Donna Haraway ao situar a localização dos saberes em sua potência na produção de conhecimento.

Em Foucault encontrei referências de uso de fragmentos autobiográficos. Foucault assume que o desenvolvimento de seus trabalhos teóricos sempre esteve em relação com elementos de sua experiência, daquilo que acontecia ao seu redor.

Cada vez que tentei fazer um trabalho teórico foi a partir de elementos de minha própria experiência: sempre em relação com processos que via desenrolarem-se à volta de mim. É bem porque pensava em reconhecer nas coisas que via, nas instituições nas quais tinha interesse, nos meus relacionamentos com os outros ranhuras, abalos surdos, disfuncionamentos com que empreendia um trabalho, alguns fragmentos de autobiografia (Foucault, 2010a, pp.357-358).

Afirmara que seus livros foram escritos com, ao menos em parte, uma experiência direta, pessoal. Ao falar de experiência, no entanto, toma por base aquela que pode provocar um processo de dessubjetivação, que pudesse arrancar o sujeito de si próprio.

(...) não se trata absolutamente de transpor para o saber experiências pessoais. A relação com a experiência deve, no livro, permitir uma transformação, uma metamorfose, que não seja simplesmente a minha, mas que possa ter certo valor, certo caráter acessível para os outros, que essa experiência possa ser feita pelos outros. (...) essa experiência, enfim, deve poder estar ligada, até certo ponto, a uma prática coletiva, a uma forma de pensar. (...) Uma experiência é alguma coisa que fazemos inteiramente sós, mas só podemos fazê-la na medida em que escapará à pura subjetividade, em que outros poderão, não digo retomá-la exatamente, mas, ao menos, cruzá-la e atravessá-la de novo (Foucault, 2010b, pp. 294-295).

Desta maneira, Foucault (2010b) vai colocando a experiência no processo de produção de escrita que, produza algo que funcione como uma experiência para quem escreve e para quem lê. Uma escrita que possibilite uma experiência, que mude a relação que se estabelece com as coisas e com os outros. Nesse sentido, fala da produção de um “livro-experiência”, como aquele que se torna um agente que propicia transformação ao inscrever-se em algo que já estava em curso.

Destaca-se o caráter ficcional envolvido nessa abordagem, pois que Foucault irá apontar toda experiência enquanto ficção, algo que se fabrica para si mesmo. Isso implicaria



uma relação difícil com a verdade: da experiência não se pode afirmar nem como verdadeira, nem como falsa (Foucault, 2010b).

Bondía (2002) de outra forma ajuda a pensar nos saberes possíveis da experiência, mas para tanto, chama a pensar sobre o que se entende como experiência e o que a torna possível como tal. A partir dos significados atribuídos nas diferentes línguas, Bondía aborda a experiência como aquilo que nos acontece, território de passagem, lugar de chegada ou ainda como espaço do acontecer. Algo que requer receptividade, disponibilidade e abertura ao que nos acontece.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p. 24).

Quando anteriormente cito vivências e experiências, não o faço ao acaso, já marco certa diferença provocada por essa leitura de Bondía. O saber da experiência é colocado como o que adquirimos no modo como vamos respondendo ao que nos acontece e no modo como damos sentido ao acontecer do que nos acontece.

Nesse saber, o importante está no sentido ou sem-sentido do que nos acontece e não no que há de verdade ou não do que ocorre. Aborda uma dimensão de incerteza sempre presente na experiência, a qual envolve uma abertura para o que não se conhece, não se pode antecipar, “pré-ver” ou “pré-dizer”. O saber da experiência tem a ver com uma elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos passa, do que vivenciamos. Nutre uma relação com a existência concreta e singular de um “existente singular e concreto”, entendido individual ou coletivamente. Portanto, “é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal” (Bondía, 2002, p. 27).

Percebe-se pelas contribuições de Bondía que há um caminho a percorrer entre uma vivência e uma experiência da qual se agencia um saber. Convoca-se uma abertura e passividade necessária a nos afetarmos com o vivido de forma a elaborar uma experiência.

Entendo, por este caminho, que muitas das vivências que tive no trabalho nessas políticas públicas estiveram em um processo de vir a ser experiência justamente na construção dessa dissertação. Nesse caminho, os estranhamentos sentidos durante as vivências de trabalho, militância e formação, foram os guias das afetações possíveis de vir a ser saberes da experiência.

Haraway (1995) a partir de uma perspectiva feminista de produção de conhecimento, colocará esses saberes como localizados. Nesta acepção o objeto de conhecimento é entendido como ator e agente ao mesmo tempo. Atribui-se aos objetos do mundo a condição de agente/ator, pois que o mundo dos projetos de conhecimento é afirmado enquanto uma “entidade ativa” com todas as implicações desestabilizadoras que isso possa nos trazer. Desse modo, as explicações construídas sobre ele dependeriam de “relação social de “conversa” carregada de poder”, e não de uma relação de descoberta e/ou de decodificação.

Nesse ponto entendo entrar o que afirmo anteriormente com um olhar localizado que imprimo nessa pesquisa. Haraway ajuda a pensar na responsabilidade que podemos/devemos tomar pelo o que aprendemos a ver. Argumenta que as tecnologias modernas do campo visual escancaram a impossibilidade de uma visão passiva:

(...) esses artifícios protéticos nos mostram que todos os olhos, incluídos os nossos olhos orgânicos, são sistemas de percepção ativos, construindo traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida (...) este texto é um argumento a favor do conhecimento situado e corporificado e contra várias formas de postulados de conhecimento não localizáveis e, portanto, irresponsáveis (Haraway, 1995, p. 22).

O reconhecimento da objetividade possível enquanto uma localização limitada, um conhecimento localizado e a responsabilidade em situar de que lugar se fala, de que lugar se vê. Trata-se de reconhecer que aumentar a amplitude de visão requer estar em algum lugar em particular. São visões parciais, vozes limitadas e corpos finitos os guias dos saberes que se busca, justamente “pelas possibilidades de conexões e aberturas inesperadas que o conhecimento situado oferece” (Haraway, 1995, p. 33).

### **Primeira parada: onde o dissertar se encontra com o viajar**

Em quatro anos e meio dessa atuação simultânea em um CAPS e em um CRAS, no constante transitar entre SUS e SUAS, inúmeras situações poderiam ser colocadas em análise em uma dissertação de mestrado. Abordar a intersetorialidade entre SUS e SUAS aponta para uma multiplicidade de situações a problematizar, tendo sido difícil num primeiro momento delimitar quais dentre tantas e porquê.

Nesse processo de construção, ainda em reverberação de provocações realizadas na banca de qualificação, tomo contato com o texto “Jogos de armar: narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa” de Galindo et al. (2014). Foi o que me colocou na direção de trilhar narrativas de trabalho. A referida obra ao abordar a “ficcionalização e o embaralhar de múltiplas fontes” ofertou contato com a dissertação de Cláudia Polleto, a qual pesquisava sobre como o trânsito de práticas, pessoas e objetos nos fluxos transnacionais, entre Brasil e Índia, eram atravessados por fixações identitárias.

A autora escrevia suas narrativas em viagens no Brasil, Índia e Estados Unidos, a partir de qualquer incidente cotidiano, sendo o primeiro cenário provocado por um “incidente olfativo de sândalo” que permitiu dialogar com um indiano que morava nos EUA, de forma que essa conversa propiciou uma investigação metodológica sobre os costumes indianos de lá. O cheiro do óleo de sândalo, que Claudia usava ao fazer seu pedido de comida indiana em uma lanchonete nos EUA, conectou o Indiano que identificou e a interpelou se estava usando sândalo, afirmando que ninguém ali usava, pois isso era coisa da Índia. Tal incidente provocou um diálogo transnacional em partilha de sua viagem à Índia e dele da sua história como imigrante nos EUA.

Ao entrar em contato com esse texto, observei que a ficcionalização e embaralhamento de fontes mostrava-se uma estratégia potente para construir narrativas a partir das vivências tendo em vista a produção de uma experiência. Sendo assim, inspirada no fragmento da pesquisa de Polleto, coloquei-me a refletir “o que seria o meu cheiro de sândalo?”.

É quando me encontro com o viajar do meu cotidiano de trabalho rumo a esses dois municípios. Os deslocamentos entre a Capital, a Serra e o Litoral. O transitar entre esses lugares, entre caronas, passageiras/os, passagens e motoristas. Daquilo que provoca e conecta este estar em trânsito das pessoas até a Capital, a Serra e o Litoral (trabalho? recursos?

consumo? atendimentos?). O que isso diz das redes, dos serviços, das/os profissionais, das/os usuárias/os e das gestões?

Ao pensar nessa viagem que se dá até cada município, penso também no transitar que se dava nos territórios de cada cidade, seja nas visitas domiciliares, seja entre serviços de diferentes políticas. Dos deslocamentos provocados pela política de saúde e de assistência social às pessoas usuárias e às/aos trabalhadoras/es dos serviços, os roteiros de viagens dentro e fora dos municípios configurados por SUS e SUAS no cuidado em saúde e na proteção social. Das diferenças desses conforme a política, configuração de rede municipal e impactos da regionalização e descentralização de suas redes de serviços. Onde e como aí a intersetorialidade é demandada?

As populações mais vulneráveis que acompanhei nesse tempo circularam bastante entre Serra e Litoral conforme vislumbravam alguma melhora de perspectiva, ou ainda, diante da piora de sua situação de vida. Um transitar que me conecta às pessoas usuárias. Também percebo compartilhar do transitar de tantas/os outras/os trabalhadoras/es. Estive rodeada de colegas que residiam em uma cidade, mas trabalham em outra. Algo que se mostrou bastante comum na experiência nesses municípios de pequeno porte e em sua relação com a Capital. Por vezes, a ausência do pertencimento de morar, colocava certo mal-estar em uma divisão como nós aquelas/es que não somos dali, de quem vem de fora. Isso me fez conectar com determinadas situações de pessoas transitantes, também situadas nesse “vindas de fora, que não são dali”, na relação com as políticas públicas ao chegar nesses municípios de pequeno porte. Das relações que isso possa ter com como as políticas são organizadas, de como essa organização muitas vezes não considera a vida real das pessoas.

Já envolta com o recurso da ficcionalização e embaralhamento de fontes, começo a pensar na construção de narrativas que possam expressar o cotidiano do trabalho nessas políticas públicas, tendo como guias de afetação as viagens realizadas em suas passagens intersetoriais.

### **Segunda parada: A construção de narrativas-mosaico e mapas de navegação**

Nessa direção, escolho a construção de uma narrativa de um dia de trabalho para cada município. Quanto a esses, diante do exposto, não há como considerá-los reais no sentido de uma correspondência factual aos locais onde estive atuando. Vale lembrar que se trata de uma produção que se tece via embaralhamento de múltiplas fontes. Inexistindo aqui qualquer

compromisso em coincidir as vivências com os lugares em que se situam os espaços, as pessoas e os territórios descritos na narrativa.

Opero um processo de ficcionalização a partir de fragmentos das vivências que tive, das afetações que me permiti atravessar, dos estranhamentos que me tomaram ao longo desses quatro anos e meio de trabalho simultâneo em duas realidades municipais distintas, bem como, a partir de lugares distintos exercidos em serviços de SUS e SUAS. Retoma-se aqui o que Foucault já afirmara sobre o caráter ficcional envolvido em toda experiência, assim como a singularidade e incerteza presentes abordadas por Bondía e a parcialidade da visão de um lugar situado e localizado que Haraway pontuou.

A narrativa do dia de trabalho parte do deslocamento inicial até o final de expediente em retorno para casa ou pouso temporário. No entanto, ao longo de cada dia de trabalho, nos contatos com colegas, redes, serviços e pessoas usuárias das políticas, vou adentrando em muitos outros dias. Desta forma, há viagens diferentes dentro de uma mesma viagem, ocorrem deslocamentos não só no espaço, mas também no tempo. Transito entre diferentes tempos conforme demandam as situações disparadoras que emergem naquele dia e assim vou possibilitando algumas problematizações.

O dia de trabalho coloca quem lê em encontro com as diferentes situações que perpassam SUS e SUAS em duas redes municipais. Difere de um relato de ações em que deixamos de fora dos fatos ocorridos o processo de pensamento que lhe acompanhou. Por isso, tal escolha desafiou a produção de uma escrita não centrada em um mero relato das vivências, buscando visibilizar o processo de pensamento que acompanha a experiência. Quem sabe até possibilitar com isso uma viagem-experiência a quem se propor a sua leitura.

Outro aspecto importante dessa construção é a temporalidade na qual se desenrolam as viagens e situações disparadoras nessas redes municipais. Importa localizá-las em um determinado período no tempo, com as implicações da conjuntura política do país em seus efeitos na realidade municipal para sua configuração. Para a construção das narrativas do dia de trabalho circunscrevo a temporalidade aos anos entre 2014 e 2018, justamente o período no qual estive vinculada simultaneamente como trabalhadora ao SUS e ao SUAS, de onde emergem os fragmentos de memórias que inspiraram essa fabricação.

Para cada narrativa de dia de trabalho, emergem situações disparadoras que perpassam dois casos, movimenta-se no tempo para outros dias e/ou anos. Cada caso constituído por essas situações, compõe-se de muitos outros casos em situações de

acompanhamentos vivenciadas no âmbito da assistência nos serviços de SUS e SUAS, fazendo uma integração com o campo vivencial.

O processo realizado para tal construção pode ser expresso em analogia a de um mosaico. Trata-se então de uma criação a partir de pequenos e diferentes fragmentos de materiais. Quando se olha a composição expressa em um mosaico, não há como saber ao certo de onde vieram aqueles fragmentos e como os mesmos foram coletados. Podem ter sido produzidos a partir de um certo impacto em um azulejo que, mesmo que tenha todas as suas partes utilizadas na composição, não mais é possível reconhecê-lo enquanto tal. Ele virou uma outra coisa em relação aos outros fragmentos ao compor tal criação. De outro lado, os fragmentos podem ter sido coletados já despedaçados, não sendo possível identificar ao certo o objeto que antes integravam.

Nesse processo de construção de narrativas-mosaico, ocorrem diversas operações de justaposição e aglutinação de diversos fragmentos de vivências. Muitas coletas de fragmentos aconteceram ao longo dos meus deslocamentos em viagens de trabalho, onde costumava fazer registros em áudio e escutava esboços de escritas, que possibilitaram acesso a fragmentos de memórias conforme a afetação provocada.

Seguindo nessa lógica, pode-se compreender que os fragmentos que compõem os narrativas-mosaico constituem-se de diversos materiais. Ao mesmo tempo que envolvem aqueles forjados/fabricados no íterim das vivências e experiências (fragmentos de memórias), também envolvem aqueles provenientes de diferentes documentos, desde os oficiais (como leis e normativas) aos registros informais realizados ao longo dos anos dessa atuação simultânea no SUS e no SUAS. Sendo assim, no processo de coleta, o acesso a fragmentos de memórias também se dá por meio da materialidade das anotações feitas em blocos, cadernos e agendas, atas de reuniões de rede que confeccionei, entre outros registros que tenho ainda guardados. Esses registros permitiram acesso a discussões marcantes em reuniões, a elaboração de fluxos internos entre serviços, a memórias das experiências da rede e de seu funcionamento.

A composição do mosaico a partir de fragmentos de documentos da estrutura das redes e serviços, ocorre à medida que fazem sentido no transcórre da narrativa (em justaposição e/ou aglutinação a partir dos fragmentos de memórias). Reflito que não é diferente do que acontece com nós trabalhadoras/es ao atuar nos serviços. À medida que determinadas situações acontecem, vamos atrás das previsões das políticas, normativas, seus embasamentos e respaldos. Conhecemos as políticas na medida em que temos uma demanda

para isso, seja em decorrência da relação com as pessoas usuárias dos serviços em que atuamos, seja quando integramos ou precisamos fazer alguma interlocução com a gestão.

Do lugar de trabalhadora de serviços nessas políticas públicas, acessamos e coletamos esses fragmentos aos poucos, através das situações que emergem do cotidiano dos serviços. Falo do miúdo de uma série de portarias e resoluções que regulamentam a prática dos marcos legais das políticas. Assim, na escrita dessa dissertação realizo processo semelhante, tal como no campo vivencial, são as situações do cotidiano dos serviços que fazem pensar a constituição das políticas e o que efetivamente estão a operar.

A primeira fase de construção dessa narrativa-mosaico se dá pela montagem de situações disparadoras a partir da coleta, justaposição e aglutinação de fragmentos de memórias das vivências, de forma que, essas situações emergem de um cotidiano dos serviços na interação entre profissionais e população atendida, perpassando também espaços de gestão e de controle social. As vivências dispostas em fragmentos de memória vão conformando as situações disparadoras no embate entre aquilo que está previsto na intenção das políticas e o que é vivenciado na realidade de sua execução nos municípios.

Duas narrativas, dois dias de trabalho, duas cidades, quatro casos e múltiplas situações disparadoras. Um dia de trabalho a partir da perspectiva de um serviço do SUS e, em outro, a partir do SUAS, mapeando passagens intersetoriais entre as políticas, tomando em destaque o cuidado em saúde e a proteção social. Nesse sentido, adoto como ponto de partida das situações disparadoras dois serviços pertencentes às políticas de saúde e de assistência social. De forma mais específica, o cotidiano inicial no qual se entra em contato com as situações vivenciadas pelas pessoas usuárias das políticas, se dá, em um dia de trabalho, a partir do exercício profissional em CRAS e, em outro, a partir do trabalho em um CAPS.

Para cada narrativa de dia de trabalho, ocorre a viagem a um município (Litoral/Serra), o contato com um cotidiano de trabalho de um serviço (CAPS/CRAS), a partir do qual se acessa situações disparadoras que conformam casos. Logo, mobiliza-se uma rede de serviços assistenciais, as quais expressam configurações de redes vivenciadas e possíveis diante das estruturas e arranjos institucionais vigentes no país para um município de pequeno porte. Essas redes municipais se constituíram por serviços das diferentes políticas públicas, em especial de saúde e assistência social, mas também por outros órgãos, equipamentos da sociedade civil e espaços informais na comunidade. As características atribuídas a cada município, bem como a configuração de suas redes de serviços, foram

inspiradas nas vivências e nas prerrogativas dispostas em diversas normativas de conformação dessas redes, considerando o porte municipal.

Visibilizam-se diferentes lugares em que se operam o cuidado em saúde e a proteção social, bem como, diferentes instâncias onde a intersectorialidade vem a se configurar. O cotidiano do trabalho perpassa a relação entre serviços de diferentes setores, espaços de gestão e de controle social, colocando em relação diferentes agentes na execução da política (trabalhadoras/es, gestores/as, usuárias/os das políticas, além da sociedade civil em suas diferentes apresentações). De tal forma, a escrita da narrativa é posicionada em diversas vezes como um “nós”, que diz de uma conjunção de vozes ali presentes, de trabalhadoras/es com quem convivi nas equipes em que atuei, das pessoas usuárias que pude conhecer.

Nesse processo de produção, atribuo nomes próprios tanto às pessoas usuárias que integram os casos, quanto às/aos profissionais das equipes dos serviços, a medida em que atuam nas situações disparadoras. A escolha de nomes próprios buscou simbolicamente conferir algumas características e situar diferenças de posições sociais ocupadas conforme determinadas descendências. De um lado atribuo às/aos trabalhadoras/es dos serviços nomes próprios de origem europeia, buscando com isso demarcar influências da colonização alemã, italiana e portuguesa na ocupação de determinados lugares na sociedade. Ao observar mais atentamente as descendências de muitas/os colegas nas redes de serviços, chamava atenção que praticamente todas/os compartilham em seus sobrenomes tais marcas, o que me inclui também nesse grupo. Indica-se aqui privilégios e desigualdades enquanto efeitos da colonialidade entranhada na estrutura social brasileira.

Ainda visando explicitar desigualdades percebidas em minhas vivências, escolho utilizar nomes próprios de origem indígena para nomear as pessoas usuárias das políticas públicas que protagonizam as situações disparadoras que envolvem as passagens intersectoriais abordadas na narrativa. De um lado, essa escolha visa estabelecer uma conexão entre o nomadismo de povos originários e as pessoas referidas como transitantes. De outro lado, a atribuição de nomes de origem indígena a essas pessoas, enquanto usuárias das políticas públicas, conferem um compartilhamento de raízes quanto aos efeitos da colonialidade em seu caráter deletério de modos de vida, bem como, na restrição das formas possíveis de viver.

Importa por fim situar a escolha dos nomes dos municípios em que se desenvolve o dia de trabalho em cada narrativa-mosaico. Para o município mais à Serra, nomino como *Pé da Serra*, de forma que o nome carrega uma certa localização. Essa, diz também de uma



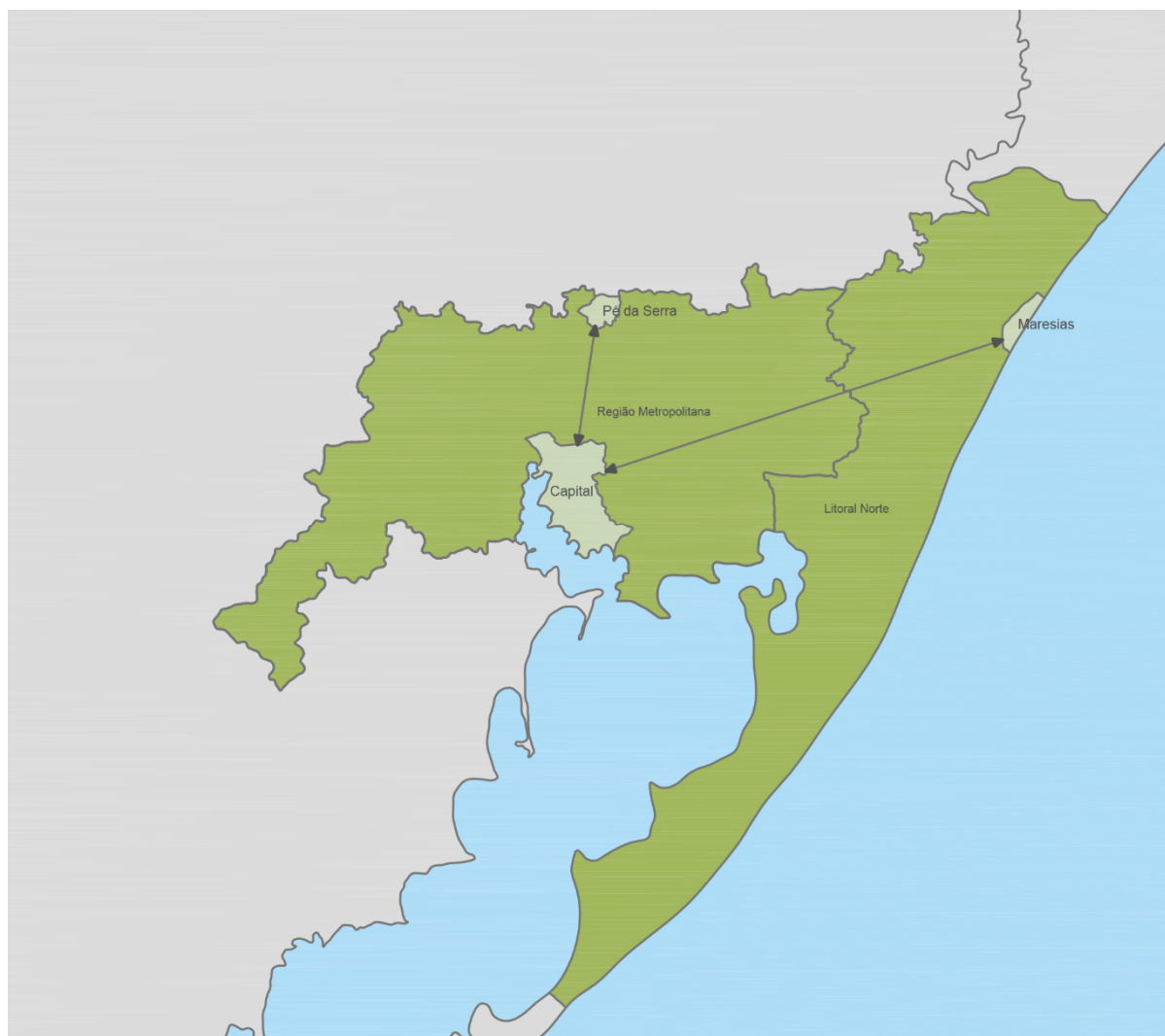
história de constituição do Pé da Serra, com forte influência da colonização alemã na região em que se insere no Rio Grande do Sul. Importante aqui relacionar, uma história de conflitos e disputas de terras travados pela imigração alemã ao lhe terem sido designadas terras tradicionais Kaingang pelo governo à época. A ocupação Alemã na região se dá num contexto de invasão das terras indígenas (Lappe, 2012). Esses fragmentos dizem um pouco do paradoxo de uma comunidade que hoje rechaça as pessoas transitantes, ser a mesma que estava a transitar e invadir as terras nativas ao fim do século XIX.

Para o município do Litoral, atribuo o nome *Maresias*, que também remete a sua localização, compartilhando elementos com a região onde se situa. De um lado, diz do cheiro que se desprende do mar pelo movimento das águas, impregna o território em qualquer ponto, leva o sal carregado no vento a corroer os metais da cidade. De outro, marca também o constante deslocamento que modifica a paisagem ao longo do ano, o ir e vir sazonal de grande aglomerado de pessoas em busca de descanso, trabalho temporário, quiçá melhores condições de vida.

A seguir, a Figura 1 apresenta um mapa de localização dos dois municípios em relação à Capital.

**Figura 1**

*Mapa de localização Capital, Pé da Serra e Maresias*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

**Mapas para navegar nos territórios**

Outra etapa importante da criação das narrativas-mosaico foi a construção de mapas dos territórios municipais situando suas redes de serviços. Através de “imagens-mapa” busquei propiciar alguma imersão no território, algo que possibilitasse navegar por este conforme o transcorrer da viagem. Esses já nomeados “mapas de navegação” permitem visualizar onde os serviços estão localizados no território municipal, bairros distantes e zonas centrais, regiões compreendidas como de maior vulnerabilidade, vias de acesso à cidade, além da presença de obstáculos de relevo. Trago ainda algumas informações através de

legendas. É produto de um mapeamento, certo processo de territorialização da rede de serviços em cada cidade.

Durante minha residência na saúde comunitária do GHC – Grupo Hospitalar Conceição, tive primeiro contato com o processo de territorialização e diagnóstico territorial em saúde, nos quais a construção de mapas configurava uma importante ferramenta ao reconhecimento de diferentes pontos de apoio e de risco/vulnerabilidade a agravos existentes. Algo possibilitado pela inserção em uma equipe de atenção básica, uma vez que o processo de territorialização no SUS situa-se justamente nesse nível de atenção em saúde. A territorialização na atenção básica em saúde é considerada um importante instrumento de planejamento local, tendo em vista atender às necessidades de saúde de maior frequência e relevância identificadas em dado território, constituindo-se assim como uma premissa do processo de trabalho de suas equipes (Portaria n. 2.488, 2011).

De forma mais ampliada, na política de saúde ela pode ser compreendida como um processo de práticas de reconhecimento do território em consideração aos determinantes e condicionantes de saúde, atentando-se o ambiente, condições de vida, situação de saúde, acesso a ações e serviços de saúde, bem como recursos comunitários (Colussi & Pereira, 2016). Às equipes da atenção básica é atribuído o processo de territorialização e mapeamento de sua área de atuação, de forma a identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, assim como parcerias e recursos na comunidade que potencializem ações intersetoriais. Em consideração a isso, inclusive se recomenda que a abrangência de cobertura por equipe, em termos de quantidade de pessoas a ela referenciadas, deverá ser menor à medida que se identifica maior grau de vulnerabilidade das pessoas em dado território (Portaria n. 2.488, 2011). Todavia, muitas vezes o enfoque dessa ferramenta, através dos mapas dos territórios, ficava mais restrito à previsão da “identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”, perdendo um pouco de vista a questão dos determinantes sociais, não contemplando a identificação de potencialidades e serviços/equipamentos não circunscritos à política de saúde.

A partir da experiência na Residência, levei comigo, para onde fosse, a perspectiva de construção de mapas dos territórios e suas redes de serviços, encontrando posteriormente na atuação no SUAS também o potencial e pertinência de sua utilização. Trata-se de mais um ponto de encontro entre a política de saúde e de assistência social, pois tanto no SUS como no SUAS operam-se processos de territorialização.

No âmbito da proteção social do SUAS, a territorialização é um eixo estruturante que coloca o território como determinante para compreender e enfrentar as situações de vulnerabilidade e riscos sociais. A perspectiva no SUAS, assim como no SUS<sup>6</sup>, se relaciona a descentralização da política na oferta de serviços próximo de onde vivem as pessoas, adequada e acessível conforme suas especificidades, visando alcançar a universalidade de cobertura. Entende-se que isso cria condições favoráveis para prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, assim como, identificar e estimular potencialidades existentes nos territórios (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2009).

No SUAS destaca-se o papel do CRAS nesse processo, conferindo a este serviço responsabilidades de referência e contrarreferência a todos os demais serviços da rede socioassistencial do SUAS, bem como, para demais políticas públicas em seu território, configurando porta de entrada das pessoas usuárias na política de assistência social. Orienta-se também, de forma muito similar ao preconizado às equipes de atenção básica no SUS, a identificação de microterritórios e regiões com incidência de população em situação de vulnerabilidade, estabelecendo priorização de cobertura (MDS, 2009).

Para além disso, tanto na saúde como na assistência social, seja no CRAS ou no CAPS, preconiza-se um trabalho em rede. Para tanto, demanda-se o conhecimento desta rede de serviços conformada em dado território. De forma que se faz necessário conhecer o território onde se inserem os diferentes serviços. Nesse sentido, trabalhar com a construção de mapas do território é uma estratégia de territorialização para identificação das redes de apoio existentes.

Trata-se aqui da produção de mapas de cuidado (como abordado em Cecílio et al., 2014), como aqueles que decorrem da ação das pessoas usuárias dos serviços. São elas que visibilizam a existência de outras possibilidades de arranjos às políticas. Dessa maneira, nesses mapas entrariam tanto equipamentos públicos de políticas sociais, quanto também outros equipamentos de uma rede não estatal, aqueles construídos nas comunidades (como as associações de bairro) e também alguns de âmbito privado que compõem a rede de relações sociais-afetivas das pessoas (como um salão de beleza, ou bares e seus espaços de jogos, um serviço de conserto de bicicletas, entre outros).

Nos mapas que construí para cada narrativa-mosaico, há um esforço em visibilizar uma configuração das redes públicas de SUS e SUAS, sendo que equipamentos de outras

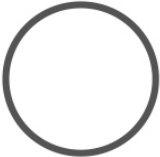
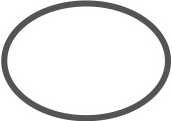
---




<sup>6</sup> Conforme a Política Nacional de Atenção Básica de 2011, as equipes de atenção básica constituem porta de entrada da rede de saúde, sendo centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, sendo também preconizado seu desenvolvimento próximo da vida das pessoas, requerendo alto grau de descentralização e capilaridade (Portaria n. 2.488, 2011).

políticas e espaços de outras ordens (comunitários, Organizações Não Governamentais [ONGs], instituições), aparecem à medida que perpassam as situações disparadoras abordadas. A seguir, apresento no quadro 1 as formas atribuídas aos diferentes equipamentos que localizo nos territórios explicitando suas escolhas e motivações.

### Quadro 1.

#### *Composição das formas atribuídas aos diferentes equipamentos nos mapas construídos*

Imagem e descrição	Escolha de uso e motivação
<p><b>Círculos Redondos</b></p> 	<p>Quanto mais redondo for, maior e mais facilitada sua movimentação. Pensando nessa lógica, os círculos são escolhidos como representação gráfica de equipamentos que facilmente se movimentam no território, seja por um deslocamento recorrente previsto ao serviço, seja quando efetivamente ocorre por estar territorializado em uma área delimitada de abrangência. Desse modo, os serviços da proteção social básica do SUAS e os da atenção básica em saúde do SUS estão representados nos mapas como “redondos”. Formato também atribuído às escolas municipais, mais em decorrência de sua inserção em territórios delimitados, em que o movimento se dá, em grande parte, no fluxo de estudantes e familiares que vivem em suas proximidades. Ainda, inclui a representação conferida ao(s) veículo(s) de transporte utilizado pelas políticas, pela sua ampla utilização para movimentação no território e fora deste em deslocamento para outros.</p>
<p><b>Elipses</b></p> 	<p>Há uma movimentação com menor frequência e com alguma dificuldade. As elipses foram atribuídas para representação dos serviços especializados, envolvendo especialmente aqueles situados em certa “média complexidade”. Equipamentos que, por sua grande abrangência territorial, mesmo que prevista movimentação no território, essa não ocorrerá com tanta facilidade. Nesse sentido, entram equipamentos como o CAPS no SUS e o CREAS no SUAS, assim como outros que assim se situam nas políticas. As escolas estaduais aqui também foram incluídas, pensando que requerem um maior deslocamento das pessoas dos locais onde vivem (uso de transporte por exemplo).</p>
<p><b>Retângulos com pontas arredondadas</b></p>	<p>Existe movimentação, no entanto esta ocorre com muita dificuldade e costuma ser pontual. É preciso um “empurrão” para se deslocar, mas ainda é possível. Situo neste formato os serviços de atenção terciária do SUS (atenção hospitalar e emergências/urgências de pronto atendimento) e serviços da proteção social especial de alta complexidade no SUAS.</p>
<p><b>Retângulos</b></p>	<p>Retângulos são formas de difícil movimentação e deslocamento. Atribuo essa forma para representar diferentes órgãos de gestão das políticas e do poder executivo municipal como um todo. Entendendo que esses se encontram muito fixados nas estruturas administrativo-burocráticas que os regem, fixados em instrumentos normativos, com grande dificuldade para qualquer movimentação.</p>

<p><b>Hexágonos</b></p> 	<p>Uma forma que, embora tenha maior dificuldade de movimentação quando comparada aos círculos e elipses, consegue se movimentar, mas de uma forma distinta. Atribuo hexágonos para representar o conselho tutelar, considerando sua diferença de função/papel na rede. Uma movimentação que ocorre muitas vezes em um modo “patrola”. Ao imaginar a movimentação de um hexágono, me parece que a cada faceta a movimentar ocorre um certo esmagamento. Isso diz de uma certa dureza das faces ao se movimentar. Talvez com movimentos mais leves, com menor peso, as faces do hexágono consigam pousar sem esmagar (já vi isso acontecer também).</p>
<p><b>Trapézio Isósceles</b></p> 	<p>Se no hexágono o movimento quando acontece gera certo esmagamento, para o trapézio isósceles o movimento é mais dificultoso e quando acontece tende a ser uma queda abrupta. É o formato que atribuo a órgãos do judiciário, compreendendo que estes carregam tanto certa imobilidade de uma base fixada em uma estrutura verticalizada, quanto o risco de produzir uma queda abrupta quando se põe a movimentar.</p>
<p><b>Triângulos</b></p> 	<p>Uma representação possível a equipamentos não-públicos que possuem alguma movimentação que se dá de forma diferente dos equipamentos públicos. Sua movimentação depende de fatores que não são o enfoque principal das análises, mesmo assim, considere importante situar essa diferença na representação gráfica.</p>

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

Essas representações gráficas de equipamentos foram pensadas tendo em vista a permeabilidade desses às especificidades dos territórios onde se inserem. Entendo que são composições que sinalizam um pouco da incidência de linhas duras, molares e de intensidade molecular (em uma lógica esquizoanalítica) na configuração desses equipamentos.

Além das formas, foram atribuídas cores diferentes de preenchimento conforme cada política, setor e tipo de vinculação. A cor amarela está presente em todos os equipamentos vinculados à política de assistência social. A cor azul em todos os serviços da política de saúde. A cor verde relativa à política de educação. O conselho tutelar (CT) ficou com a cor laranja. A cor cinza ao executivo municipal representado nos espaços das prefeituras e também ao órgão de justiça de cada município (situado no espaço do Fórum). A cor pink foi atribuída a equipamentos não públicos, filantrópicos, tal como a forma do triângulo. Ainda, ao longo de alguns mapas também foram adicionadas “linhas-seta”, buscando visibilizar alguns deslocamentos, fluxos e/ou movimentos nos territórios.

Para construção das imagens dos mapas realizei alguns esboços em desenho à mão, digitalizei esses esboços e busquei trabalhar em cima deles com alguns programas de imagem

simples (Paint e Paint 3d). Posteriormente, esses esboços foram transformados nas imagens que poderá se ver ao longo da dissertação por meio do programa AutoCAD<sup>7</sup>.

### **Terceira parada: Reflexões a partir de trilhas e ecomapas**

A partir das narrativas-mosaico e seus mapas de navegação, a viagem segue em uma fase contemplativa, produzindo reflexões a partir de novos fragmentos coletados durante o caminho percorrido até aqui. Nesse processo, também sigo em movimento, abrindo algumas trilhas sob inspiração desses fragmentos, ou mesmo da contemplação das narrativas-mosaico criadas até aquele ponto do trajeto.

Fazer trilhas na natureza é algo que me enche de satisfação, atividade que realizo com certa frequência como forma de energização, bem estar, contato com a potência de viver. Se a dissertação virou viagem, porque não incluir algumas trilhas nela? Desse lugar pessoal de movimentação desejante, faço analogia ao fazer trilhas para me referir a construção dos processos reflexivos no seguimento dessa viagem.

Fazer trilha é deslocar-se com o movimento do próprio corpo. Um processo que envolve subidas e descidas, transpor pedras, escalar um pouco ali e aqui, usar alguns equipamentos de apoio para determinados trechos e conseguir uma outra visão. Muitas vezes com grande esforço, suor, dores, que logo são ignoradas ao chegar e contemplar determinada paisagem.

Cada trilha reflexiva deixa em aberto possibilidades para várias outras caminhar. Nesse processo, por vezes estive em meio a trilhas mais demarcadas, o que tornava fácil firmar o pé e avançar na caminhada, em outras me vi em trilhas mais intocadas, com caminhos pouco definidos para colocar os pés em movimento. Algumas trilhas buscaram mapear novos lugares, para tanto, por vezes me insinuei por um curto trecho em uma direção, deixando em aberto possibilidades de continuar por ali, mas então fazia uma curva e dobrava em outro rumo.

Trata-se então de uma escrita feita por trilhas e mosaicos. Enquanto as trilhas dizem do movimento do percurso, os mosaicos vão sendo construídos a partir dos fragmentos que se coletou ao trilhar.

---

<sup>7</sup> Algo que somente foi possível pelo suporte de meu companheiro que, por sua formação como arquiteto, tinha a expertise necessária para operar o programa, viabilizando todas as imagens que estão nessa dissertação.

Nessa lógica, a construção das trilhas reflexivas a partir das narrativas-mosaico se dá junto às vivências oriundas de minha atuação profissional, em recorrente diálogo com documentos que instituem as políticas sociais e suas estruturas estatais. Da mesma forma, infiltram-se nas análises conceitos-ferramentas (anteriormente situados) que provocaram discutir e pensar a problemática da pesquisa. Em outras palavras, faço uso das ferramentas carregadas na mochila de viagem, bem como, dos fragmentos coletados e que seguia a coletar durante o percurso.

Na contemplação de cada narrativa-mosaico, pode-se visualizar algumas sinalizações de trilhas com potencial reflexivo a fazer. São as situações disparadoras que compõem as narrativas que sinalizam essas trilhas. O potencial reflexivo se situa na problematização possível a essas situações no que se refere a movimentação e articulação entre trabalhadoras/es, gestores/as e usuárias/os, diante da intenção das políticas e das condições do Estado, assim como no que se refere a configuração da intersetorialidade, visibilizando tanto as dificuldades que aparecem, quanto os modos que opera em termos de cuidado e proteção.

Dentro disso, não se deve perder de vista a municipalização como certo “pano de fundo”. O contexto de municípios de pequeno porte, traz a descentralização como um fio condutor para pensar a intersetorialidade. É a cidade que coloca em movimento as políticas que, como campo de forças, perpassam os modos de ser e viver de sua população. Fragmentos de documentos de normativas coletados anteriormente, retornam agora para compor trilhas reflexivas que problematizam como isso chega e se dá na execução das políticas pelos municípios.

As problematizações tomam como ponto de partida situações disparadoras que, por sua vez, percorrem diferentes instâncias dentro dessas redes municipais para tentar performar como a intersetorialidade acontece, não acontece ou pode acontecer. Para tanto, leva-se em consideração os encontros e desencontros com os instituídos em documentos oficiais dessas políticas. Os documentos nesse ponto são utilizados no sentido já expresso por Foucault (2010b, p. 294), não como mera constatação de verdades, mas buscando provocar uma experiência que autorize uma alteração, possibilitando conectar aos dilemas e paradoxos de nosso tempo. As reflexões acerca desses municípios, de suas redes e das situações que colocam diferentes sujeitos em movimento em modos de governo da população, incorporou documentos em seu processo de construção de forma a possibilitar conexão com dilemas atuais da implementação das políticas públicas em nosso país.



Além disso, as situações disparadoras envolvem dramas vivenciados por pessoas usuárias desses serviços e a atuação intersetorial demandada. Algo que abrangeu diferentes núcleos profissionais e serviços, todavia, em grande parte profissionais da psicologia e do serviço social em serviços do SUS e do SUAS. São profissões que integram a composição das equipes dos serviços da saúde e da assistência social, mostrando-se particularmente envolvidas nas passagens intersetoriais mapeadas. De forma mais específica, muitas situações implicam certa convocação ao fazer da psicologia em desacomodação de práticas e saberes. O exercício profissional nessas cidades pequenas ocorre em meio a uma configuração de rede que propicia uma relação de maior proximidade com agentes de diferentes setores. Nesse sentido, uma trilha com potencial reflexivo se sinaliza nessa atuação profissional da psicologia na intersectorialidade em municípios de pequeno porte.

### **Ecomapas para trilhar diferentes caminhos**

Para realização das trilhas reflexivas, um recurso mostrou-se de grande relevância, sem o qual muitas delas não teriam sido traçadas. Além das situações disparadoras presentes em cada narrativa-mosaico, o que propiciou sinalizar potenciais reflexivos foi a construção de diferentes ecomapas. Por meio desses, foi possível construir novos fragmentos de materiais que foram sendo coletados e vão compondo a escrita das trilhas reflexivas. Isto posto, mostra-se pertinente discorrer a respeito de tal recurso, apresentando sua proposição inicial, seus usos no SUS e no SUAS, por fim, as inspirações que me fizeram construir alterações nessa ferramenta para seu uso nessa viagem.

Conforme Agostinho (2007), o Ecomapa foi inicialmente desenvolvido como instrumento para auxiliar assistentes sociais no trabalho com famílias nos EUA em 1975 por Ann Hartman. Ele consistia na identificação das relações e ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais de onde vive através de uma representação gráfica. Dessa forma, volta-se para compreensão das relações familiares com seu meio, visibilizando recursos e necessidades da família. Por isso, o Ecomapa é tido como um instrumento de trabalho de uma equipe na relação com as famílias, sendo construído junto com essas. Coloca-se a família no centro da representação em um círculo e, ao seu redor, situam-se em outros círculos sua vizinhança, serviços da comunidade, grupos sociais, estabelecimentos de educação, relações pessoais significativas, trabalho, dentre outras conforme suas especificidades. Utiliza-se na representação gráfica linhas e setas que expressam diferentes dimensões da ligação quanto a

sua força, impacto (maior ou menor suporte em relação à família) e qualidade. Essas linhas e setas são dispostas entre os diversos círculos, possibilitando visualizar como se dão essas dimensões (Agostinho, 2007).

Conforme demonstrou recente revisão bibliográfica<sup>8</sup>, o Brasil concentra volume maior de publicações sobre ecomapa por serem ferramentas cotidianamente usadas, especialmente na Atenção Básica em Saúde por meio das equipes de saúde da Família (Gomes et al., 2022). O levantamento visibilizou um amplo uso da ferramenta, juntamente ao genograma, no âmbito das estratégias de saúde da família no SUS, tendo em vista a compreensão das interações entre integrantes da família e pessoas que compõem seus grupos sociais. Nesse contexto, sua utilização enfoca as circunstâncias de saúde de dada família em sua relação com meio ambiente e sociedade, de forma a visibilizar vínculos comunitários, avaliar suportes disponíveis e o uso que a família faz dos mesmos (Gomes et. al., 2022).

Desta forma, no SUS encontra-se em dois materiais orientadores publicados pelo Ministério da Saúde<sup>9</sup> que indicam o uso do ecomapa enquanto instrumento para avaliar relações familiares e mapear suas redes de apoio, visibilizando suas conexões com a comunidade (Chiaverini, 2011; Ministério da Saúde, 2014a). Ambas publicações tomam como referência a publicação de Agostinho (2007). Em Ministério da Saúde (2014a), a forma de representação gráfica traz uma delimitação didática para uso pelas equipes, conferindo às linhas três formatos que expressam ligações fortes, frágeis e aspectos estressantes (dimensão de força e qualidade da ligação); e às setas a expressão de energia e fluxo de recursos (dimensão de impacto, referente ao suporte).

Já no SUAS não encontro nenhuma referência formal ou oficial quanto ao uso de ecomapas pelas equipes dos serviços socioassistenciais. Todavia, localizei dois materiais produzidos por assistente sociais que referem ou orientam seu uso no âmbito da política de assistência social. Em Barbosa (2012), seu uso é discutido enquanto pertinente ao exercício profissional de assistentes sociais na política de assistência social. Já em J. Merigo (comunicação pessoal, 30 outubro, 2018), o ecomapa é colocado como instrumento para uso das equipes do SUAS no acompanhamento familiar de forma conjunta com as famílias tendo em vista a identificação de suas relações com o seu território.

---

<sup>8</sup> Conforme referida publicação, realizada em bases de periódicos da saúde entre os anos de 2000 e 2021.

<sup>9</sup> Um deles é o “Guia matriciamento em saúde mental” publicado em 2011 e o outro se refere ao Caderno de Atenção Básica nº 39 que trata do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (publicado em 2014a).

Ao longo dos usos dessa ferramenta na saúde, pode-se encontrar aplicações e adaptações diferentes do ecomapa. Em especial, destaco a proposta por Costa et al. (2016) em que o ecomapa é tomado em um potencial pedagógico para compreensão dos equipamentos, instituições, grupos e pessoas da comunidade, assim como das relações dos serviços com a mesma, de forma a subsidiar o desenvolvimento de ações no território. O Ecomapa, nesse contexto, entra como estratégia na formação para atuação em rede na área de álcool e outras drogas.

O diferencial está na opção por utilizar o ecomapa por serviço, de forma que profissionais de saúde das equipes colocavam sua unidade de saúde no centro do ecomapa a partir da qual desenhavam as relações que estabeleciam com os recursos identificados no território (equipamentos públicos, não governamentais, pessoas da comunidade). As atividades realizadas com essa aplicação propiciaram um processo reflexivo potente que provoca pensar sua utilização para além de uma perspectiva de cuidado, indicando seu uso para gerenciamento de serviços, trabalho em rede e processos formativos de profissionais na área. Ressalta-se ainda que o ecomapa de serviços mostrou-se um instrumento com grande potencial reflexivo para uma formação que fortaleça a articulação entre serviços, integralidade do cuidado, intersetorialidade e trabalho em rede (Costa et al., 2016).

À semelhança dessa aplicação, localizo posteriormente referência de proposição de um ecomapa comunitário<sup>10</sup>, o qual consistiria em uma adaptação do ecomapa para representação gráfica dos recursos do território visando desenvolver ações intra e intersetoriais (Kaippert et al., 2013). No ecomapa comunitário propõe-se que toda a equipe de saúde participe na construção em que ela se situa no círculo central, os recursos existentes ao seu redor e suas relações com esses em termos de qualidade, força e impacto. Destacou-se nesse trabalho o reconhecimento pela equipe das riquezas de parcerias que podem ser desenvolvidas com a comunidade e aquelas que precisariam ser trabalhadas (Kaippert et al., 2013).

O meu primeiro contato com o Ecomapa ocorreu através da inserção em uma equipe de saúde da família durante a Residência em Saúde da Família e comunidade nos anos entre 2010/2011. Algo que se deu de forma quase conjunta ao uso de mapas no processo de territorialização (anteriormente referido). É um daqueles fragmentos mais antigos coletados

---

<sup>10</sup> Trata-se de uma proposição a partir de um relato de experiência publicado nos Anais de um Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (Kaippert et al., 2013).

muito antes dessa viagem. Junta-se a esse fragmento o contato que tive com a ferramenta de mapas conceituais ainda durante minha graduação, o que depois foi retomada durante uma disciplina do mestrado.

Sob inspiração desses fragmentos, surge a ideia de criar um ecomapa dos serviços do território, a qual tento inicialmente através do software Cmap Tools, utilizado para elaboração de mapas conceituais. Ao invés de situar a relação entre conceitos, utilizo para expressar as relações entre serviços. Entretanto, acabei abandonando a perspectiva de construção através desse programa ao encontrar referência de uso do ecomapa por serviços (conforme em Costa et al., 2016).

Buscava um dispositivo que pudesse provocar diferentes perspectivas para análise, que abrisse trilhas novas a refletir. Influenciada por esse contexto vivenciado no âmbito da saúde da família (em sua associação ao processo de territorialização), e pelo uso do Cmap Tools para construção de mapas conceituais (pela ausência de uma centralidade obrigatória em um ponto do mapa), construo então outras composições de ecomapas. Produzo certa transposição encorajada pela referência de aplicação no contexto de serviços já relatada, mantendo muito presente nessas composições a ênfase na compreensão das relações.

Um diferencial da minha construção em comparação com as proposições de ecomapa por serviço (Costa et al., 2016) e do ecomapa comunitário (Kaippert et al., 2013), foi a incorporação do uso da ferramenta nos mapas dos territórios, não centralizando em um único serviço a partir do qual se pensam as ligações. Há certa incorporação do território em suas características e localização dos equipamentos, uma tentativa de tomá-lo enquanto corpo político ou talvez buscando através desse outro ecomapa problematizar as políticas que nele acontecem. Uma escolha que visou não perder de vista a inserção dos serviços em determinado território e o que sua localização pode dizer conforme as relações que estabelece ou não com outros equipamentos da rede.

Nessa direção, foram construídos ecomapas de relações entre serviços com diferentes enfoques, pontos de partida e abrangência. À exceção de dois ecomapas, todos os demais foram construídos com enfoque nas relações entre serviços a partir de sua disposição nos mapas dos territórios. Dessa forma, os dois ecomapas colocados como exceção, não se inserem nos mapas dos territórios, eles têm uma centralidade que foi colocada em um espaço específico de encontro de profissionais dos serviços: a reunião de rede intersetorial.

Dentre os ecomapas construídos em cima dos mapas dos territórios, teremos: dois relativos às relações intrasetoriais (expressando ligações entre serviços de uma mesma

política), dois referentes às relações intersetoriais (expressando ligações entre serviços de políticas distintas), dois construídos a partir dos casos abordados nas narrativas-mosaico (expressando as relações entre serviços de diferentes setores, pessoas, familiares e outros equipamentos pertinentes que ocorrem em função dos casos), outro relacionado aos atravessamentos do judiciário no SUS e no SUAS (visibilizando que tipo de relação se dá entre órgãos do judiciário e alguns equipamentos do SUS e do SUAS), um último enfocando encaminhamentos de SUS e SUAS para fora de sua rede municipal (expressando relações de fluxo entre serviços de uma mesma política, mas envolvendo equipamentos externos a rede municipal).

Visando maior didática, o quadro 2 a seguir resume os tipos de ecomapas construídos destacando suas diferenças quanto aos enfoques, pontos de partida e abrangência:

## Quadro 2

### *Diferenças nas composições dos ecomapas construídos*

<b>Tipos</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Enfoque</b>	<b>Pontos de Partida</b>
<b>Ecomapas relações intrasetoriais<sup>11</sup></b>	Serviços da rede SUS municipal e/ou serviços da rede SUAS municipal	Relações entre serviços de uma mesma política buscando compreender sua configuração no território	Em um a partir da Proteção Social Básica SUAS e da Atenção Básica em Saúde SUS. Em outro, a partir da Proteção Social Especial SUAS e da atenção especializada SUS.
<b>Ecomapa relações intersetoriais</b>	Serviços do SUS e do SUAS da rede municipal e todos os equipamentos com os quais estabelecem relação conforme o território e enfoque	Relações entre serviços de diferentes políticas existentes no território tendo em vista mapear vias de trocas intersetoriais	Serviços do SUS ou do SUAS em que transcorre o dia de trabalho na narrativa-mosaico

<sup>11</sup> Termo de uso recorrente na saúde que expressa as relações que se dão dentro de um mesmo setor.

<b>Ecomapas de Casos</b>	Serviços SUS, SUAS e outros equipamentos públicos e instituições que tenham relação com o caso. Também abrange espaços de residência, pessoas e familiares.	Relações de trocas que ocorrem em decorrência do acompanhamento de determinado caso, bem como os movimentos possíveis às pessoas usuárias das políticas.	Ponto de encontro da política de SUS e SUAS com a pessoa usuária
<b>Ecomapa encaminhamentos para fora do município</b>	Serviços de SUS e SUS da rede municipal envolvidos nos encaminhamentos e serviços externos ao município	Relações de fluxos que envolvem os deslocamentos para serviços externos à rede municipal tendo em vista o que isso pode dizer da configuração da rede e os processos de descentralização	Serviços onde a demanda de encaminhamento aparece
<b>Ecomapas de reuniões de rede</b>	Equipamentos que participam da reunião de rede	Relações dos serviços ao espaço de reunião de rede em sua maior ou menor participação	Reunião de Rede Intersetorial
<b>Ecomapa atravessamentos do judiciário no SUS e no SUAS</b>	Órgãos do judiciário, equipamentos da gestão do poder executivo municipal e alguns serviços do SUS e do SUAS	Demandas do judiciário que chegam aos serviços de SUS e SUAS buscando visibilizar por onde passam e como isso se dá na realidade municipal	Órgãos do judiciário

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

Para além dessas diferenças, para representar graficamente os serviços, ao invés dos costumeiros círculos, essas composições de ecomapas utilizam os mesmos formatos já referidos na construção dos mapas dos territórios. Isso se dá inclusive no caso dos ecomapas da reunião de rede intersetorial (não inserido no mapa do território).

A construção desses ecomapas das redes a partir de serviços situados em um dado território, conecta-se em grande parte com fragmentos de memórias das vivências que tive quanto às relações que existiam, mas também com fragmentos de normativas dos serviços das políticas sobre as relações previstas a esses. Nessa direção, outro aspecto necessário a explicitar está na escolha de representação dos tipos de linhas que expressam as ligações e seus significados.






Para tanto, tomo inspiração dentre as ferramentas das teorias-conceitos que carrego na mochila as concepções de intersetorialidade que expressam formas de relação entre serviços.

A partir disso, compreendo que as linhas dos ecomapas devem expressar a **intensidade das relações**, pensando em grau de comunicação, compartilhamento de saberes, de responsabilidades e de poder. Dentro disso, existem ainda linhas-setas, colocadas em determinados momentos para visibilizar relações de deslocamentos e/ou movimentos/fluxos entre serviços nos territórios.

À vista disso, apresento a seguir no quadro 3 a legenda referente às conexões que visibilizo nas imagens dos ecomapas ao longo das trilhas reflexivas:

### Quadro 3

#### *Legenda das linhas dos Ecomapas*

<b>Tipo de Linhas</b>	<b>Significados</b>
	Relação de trocas forte ou constante/frequente
	Relação de trocas existente, porém frágil ou eventual/pontual
	Relação de trocas conflituosa ou tensa
 	Relação de deslocamentos e/ou movimentos/fluxo

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

### **Das viagens realizadas às trilhas percorridas**

Nesta última parada há de se apresentar as viagens em suas trilhas e passagens intersetoriais. Assim sendo, anuncio o que está por vir nas páginas que seguem.

O primeiro capítulo em sua Parte I “Viagens ao Pé da Serra: Idas e vindas entre a Proteção Social Básica e a Atenção Básica em Saúde” consiste em uma narrativa-mosaico que aborda um dia de trabalho no município Pé da Serra no ano de 2017, no qual estou situada como psicóloga trabalhadora do CRAS.

As situações disparadoras emergem de um cotidiano de trabalho a partir do CRAS. O dia de trabalho envolve desde o deslocamento em suas interações interprofissionais, participação em uma reunião de rede intersetorial, reunião de equipe do CRAS, atendimentos no serviço, reunião de microrrede e o encontro com dois casos acompanhados na rede de serviços em suas passagens intersetoriais. Os casos de Ubirajara e Jurema enfocam a circulação na Proteção Social Básica no SUAS e na Atenção Básica no SUS. Ao longo da narrativa-mosaico imagens mapa são inseridas apresentando o território e sua rede de serviços, além de visibilizar uma mudança de município que ocorre a partir do caso Jurema.

Ainda no primeiro capítulo, na Parte II “Reflexões de/em deslocamentos” é o momento em que apresento trilhas reflexivas que perpassam a intersetorialidade entre SUS e SUAS operada em distintos propósitos. Uma intersetorialidade que oscila, ora em uma perspectiva neoliberal de diminuição do estado e produção de subjetividade na lógica *homo aeconomicus*, ora numa perspectiva de expansão estatal em uma lógica de produção de sujeitos de direitos.

As problematizações emergem através do resgate de trechos da narrativa-mosaico e a partir de mapas e ecomapas. Essas imagens possibilitam refletir as dificuldades de deslocamento no território para acesso a direitos, a capilaridade da rede de saúde e de assistência social, a diferença de recursos conforme maior porte municipal, encaminhamentos para rede externa ao Pé da Serra (provocando a discussão da descentralização das políticas e regionalização de suas redes de serviços), as relações intersetoriais a partir da PSB no SUAS e da Atenção Básica no SUS, a participação dos equipamentos na reunião de rede intersetorial e, ainda, os atravessamentos na relação dos órgãos do judiciário em serviços do SUS e do SUAS.

Em específico, discuto a negligência estatal que é colocada como negligência da pessoa usuária das políticas na garantia da integralidade e da equidade na proteção social e no cuidado em saúde. Problematizo a relação entre a insuficiência estatal e o subfinanciamento das políticas sociais, associando seus impactos na configuração da rede de serviços quanto a centralização e a capilaridade dos serviços de SUS e SUAS. Reflito sobre as relações intersetoriais operadas pelos serviços de AB e da PSB e analiso a ocupação do espaço de reunião de rede intersetorial pelas/os profissionais dos diferentes serviços em seus efeitos e implicações. Mapeio desafios à intersetorialidade em sua relação com o histórico de constituição das políticas sociais. E discuto acerca dos atravessamentos na execução das



políticas de saúde e assistência social, problematizando a lógica do direito individual em seus efeitos de desresponsabilização coletiva.

O segundo capítulo, também composto em duas partes, inicia com a Parte I “Viagens a Maresias: Saúde Mental no Trânsito da Média e Alta Complexidade de SUS e SUAS”, na qual apresento uma narrativa-mosaico que desenvolve um dia de trabalho no município Maresias em 2016, no qual estou situada como psicóloga trabalhadora do CAPS I.

O dia de trabalho inicia em deslocamento a Maresias no qual também ocorrem trocas interprofissionais com acesso a algumas situações disparadoras e dados sobre a rede de serviços no território municipal. As situações disparadoras emergem de um cotidiano de trabalho a partir do CAPS, envolvendo problemáticas que perpassam serviços de média e alta complexidade de SUS e SUAS. O dia de trabalho percorre uma reunião de equipe no CAPS, onde também se dá uma reunião de microrrede com equipamento da Proteção Social Especial do SUAS. Também envolve atendimentos realizados pelo serviço em sua relação com a rede intersetorial e possibilitam contato com as situações disparadoras que conformam dois casos: Rudá e Jacira. Os casos envolvem serviços especializados da saúde e da assistência social, sua relação com PSB e AB, com transições a outros municípios. Dizem do cerceamento do transitar em situações de institucionalização e das tentativas de desinstitucionalizar.

A perspectiva através dos serviços especializados vai sinalizando outras dificuldades e possibilidades às passagens intersetoriais, de como a intersetorialidade entre SUS e SUAS se coloca nas situações de saúde mental. Serviços de maior complexidade desses sistemas, pouco previstos para municípios de pequeno porte como Maresias, vão trazendo pistas de uma certa configuração de rede formal possível de SUS e SUAS. As situações que chegam nesses serviços de nível especializado demandam uma articulação intersetorial mais intensa, daquela intersetorialidade demandada por problemas sociais complexos. Ao longo da narrativa-mosaico imagens mapa também se colocam introduzindo o território em suas redes de serviços, bem como, situando os casos em sua inserção territorial.

Já na Parte II “Ondas em reflexão: transitar entre a catarse e a contemplação” o segundo capítulo situa trilhas reflexivas que problematizam a intersetorialidade entre SUS e SUAS na Atenção Psicossocial, refletindo sobre seus modos de operação e seus efeitos. Em outras palavras, as análises dizem respeito a passagens intersetoriais que colocam em operação modos de cuidar e proteger entre o asilar e o psicossocial. De uma intersetorialidade que reproduz institucionalização numa perspectiva asilar à uma intersetorialidade que opera processos de desinstitucionalização em uma perspectiva de atenção psicossocial. Visibilizam-

se passagens intersetoriais que operam uma expansão da vida, acesso a direitos e resgate de cidadania, em uma lógica de ampliação de autonomia e liberdade, mas também outras que reproduzem segregações operando numa lógica de controle e tutela no cuidado em saúde e na proteção social.

Aqui a produção de diferentes ecomapas possibilitou refletir: a configuração de redes no SUS e no SUAS no âmbito especializado relacionadas às situações de saúde mental, abordando as relações intrasetoriais existentes em cada política a partir dos serviços de média e alta complexidade; as relações intersetoriais que percorrem equipamentos para além de SUS e SUAS nos processos de institucionalização e desinstitucionalização; a ocupação do espaço de reunião de rede intersetorial pelos diferentes setores e o que isso diz da operação e configuração das políticas; e, ainda, as relações que se estabelecem entre serviços e políticas a partir do caso Rudá e do caso Jacira.

Em conjunto a essas produções, trilhas reflexivas discutem a configuração de rede de serviços de média e alta complexidade do SUS e SUAS em municípios de pequeno porte, destacando a diferença de possibilidades de implantação de serviços e o que determina que se possa ou não encontrá-los nas redes municipais. Analisam-se as relações intrasetoriais existentes a partir dos serviços especializados da saúde e da assistência social, visibilizando como se dá a configuração de cada política no município, e, ainda, como se dão as relações intersetoriais a partir desses serviços e suas articulações com outros setores e instituições. Reflete-se sobre a reunião de equipe do CAPS e a reunião de rede intersetorial de Maresias como espaços de encontro que tecem relações entre profissionais, equipes, usuários/as e serviços e que relações são essas que acontecem. Problematizam-se passagens intersetoriais que permeiam um circuito asilar de reprodução de institucionalizações e aquelas que possibilitam a desinstitucionalização em suas conexões antimanicomiais. Por fim, coloca-se em análise os diferentes pontos de encontro da intersetorialidade entre SUS e SUAS na atenção psicossocial.

Nas considerações finais discuto as contradições do estado frente a demanda de integração das políticas requerida pela complexidade da vida e a demanda de uma intersetorialidade gerencial que atende à perspectiva neoliberal de diminuição do seu papel protetor; algumas interfaces do encontro entre psicologia e serviço social em passagens intersetoriais, questionando acerca da interdisciplinaridade e que práticas operam; por fim, reflito sobre o transitar em sua potência transgressora das políticas e a transgressão como forma de operar uma intersetorialidade transdisciplinar.

Pé da Serra e Maresias, dois municípios de pequeno porte no sul do país, constituindo modos de cuidar e proteger através de suas redes de cuidado em saúde e proteção social na atualidade. Situações disparadoras situadas no viver dos últimos anos, em meio a um momento histórico caótico e atual no país. Assim, narrativas-mosaico, mapas, ecomapas e trilhas reflexivas vão problematizando como a rede dentro desses municípios vai se desenvolvendo, criando condições ou não de se efetivar intersetorialmente, que efetivação é essa que pode se dar e o que ela vai produzindo em suas passagens. Almejo que essa escrita tenha o efeito de uma trilha na mata, favorecendo transitar por diversos lugares. Quem sabe, cada pessoa ao ler essa produção possa vislumbrar aberturas e trilhar caminhos novos, com outras paisagens, deslocamentos, movimentos e sensações.

## PRIMEIRO CAPÍTULO

### PARTE I

#### VIAGENS AO PÉ DA SERRA: IDAS E VINDAS ENTRE A PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

... ..

#### Figura 2

Mapa deslocamento da Capital ao Pé da Serra e alguns dados do município



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

O ano é **2017**, 6h30 da manhã levanto e me arrumo rapidamente para sair de casa com destino ao Pé da Serra, para mais um dia de trabalho no CRAS. No carro já dirigindo e

bebendo meu café em trânsito, vou visualizando mentalmente o que seriam as atividades e demandas previstas... Era dia de reunião de rede intersetorial, um momento por vezes tenso, mas que sempre valorizei como algo a investir minhas energias.

No município Pé da Serra, as reuniões de rede intersetorial eram provocadas pela assistência social, sempre tentando pensar as demandas existentes e que estratégias conjuntas poderiam ser feitas, chamava trabalhadoras/es da saúde, da educação, assistência social, conselho tutelar - CT, algumas entidades prestadoras de serviços como: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE e uma organização não governamental que realizava atividades com adolescentes no município.

Ocorria de forma mensal em duas horas de uma manhã, por vezes estendendo o horário, procurando variar o local de realização de forma a fomentar que profissionais participantes circulassem em diferentes serviços da rede. Era uma estratégia interessante considerando que havia uma rotatividade frequente de profissionais nos serviços, bem como, com relação a quem vinha de cada serviço participar da reunião. Desta forma, também possibilitava uma aproximação entre colegas de serviços diferentes e alguma proximidade com o local de trabalho onde as pessoas que atendíamos também acessavam ou poderiam vir a ter uma demanda por acessar.

Mas onde eu estava mesmo? Pois bem, dirigindo ao trabalho era comum entrar em modo de divagar pensamentos, abstraía do ato de dirigir já automatizado, e o pensamento vai se movimentando na distância percorrida pelo automóvel... Continuando o percurso, saindo da capital pego no caminho uma colega servidora, a assistente social Sandra<sup>12</sup>, dando uma carona que tantas vezes recebi no início de minha atividade no município.

No deslocamento de cerca de uma hora até o Pé da Serra (sem engarrafamento na BR 116), acabamos por iniciar discussão sobre o trabalho em rede. Às vezes brincávamos “- bah! Nem batemos o ponto e já estamos em reunião!”, ou pelo menos certa preparação para a reunião. Ríamos da situação, mas continuávamos a “preparação”. Falávamos das preocupações que sentíamos em cada serviço em que estávamos atuando, eu no CRAS, ela no CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

As equipes do CRAS e do CREAS realizavam reuniões mensais, como forma de articular a atuação da Proteção Social Básica (PSB) e da Proteção Social Especializada de média complexidade (PSE). Era um momento de discussão das famílias acompanhadas, no

---

<sup>12</sup> Significa "protetora da humanidade" ou "defensora do homem". Surgiu a partir do italiano Sandra, uma forma diminutiva dos nomes também italianos Alessandra e Cassandra.

sentido de referência e contrarreferência entre os serviços, bem como, de estratégias conjuntas em situações que demandavam PSB e PSE.

Justamente estávamos a desabafar sobre a família de Ubirajara<sup>13</sup>, a qual acompanhávamos em conjunto. Ubirajara estava realizando atendimentos no CREAS por meio de encaminhamento do CT, o qual teria averiguado denúncia de negligência com relação aos cuidados de seus filhos, dois adolescentes e uma criança.

Havia já uma determinação judicial para que Ubirajara realizasse tratamento para problemas com uso de álcool, o que obrigava-o a buscar atendimento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (ou comprovar realização de tratamento em outro serviço, até mesmo no posto de saúde do bairro quando possível). Estando configurada para o judiciário a situação de negligência (por meio de comunicação do CT) e sendo essa uma situação considerada uma violação de direitos, o caso fora demandado ao CREAS que executa o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

De outro lado, também o caso fora demandado ao CRAS para auxiliar na proteção social dos filhos de Ubirajara. Inserimos os dois adolescentes em atividade de convivência e fortalecimento de vínculos que possuíamos, pois não tínhamos um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) tal qual como previsto na tipificação de serviços socioassistenciais (desejávamos que a construção que tínhamos pudesse vir a se transformar em um SCFV futuramente). Ainda no CRAS, como era o local de acesso aos benefícios emergenciais, também realizávamos atendimentos com Ubirajara a fim de viabilizar a concessão de cestas básicas.

Na carona desse dia estávamos conversando sobre a cobrança de adesão a esse suposto necessário tratamento de saúde com medicamentos que não estavam disponíveis na farmácia municipal pelo SUS. Como isso estava sendo dificultoso e sofrido para Ubirajara. Sendo as condições de vida de sua família bastante precárias, isso gerava um conflito entre esgotar os poucos recursos financeiros que tinham em alimentos, luz e água ou então nos tais medicamentos. Lamentávamos a constatação de que não importava muito a escolha que fizesse, pois acabaria sendo acusado de negligente com relação aos cuidados de seus filhos.

No Pé da Serra a grande maioria da população era atendida em unidades básicas de saúde - UBS, acessavam o SUS em atendimentos nos postos de saúde com certa frequência,

---

<sup>13</sup> Significa "senhor da lança" ou "senhor da vara". Tem origem no nome tupi *übüräi'yara*, literalmente de mesmo significado. Possivelmente nome dado a alguém que fosse muito habilidoso no uso da lança, alguém que seria um bom guerreiro ou alguém que era bom caçador na floresta. Nome que carrega o sentido de bravura, coragem e valentia inerentes aos povos indígenas.

mas para atendimentos especializados havia muitos deslocamentos para a capital ou outros municípios de grande porte conforme especificidade e referência. No âmbito da educação, chamava atenção desta trabalhadora oriunda da capital, a existência de apenas 1 colégio particular, sendo que a maioria dos estudantes estavam em escolas públicas municipais ou estaduais. Chamava ainda mais atenção uma prática comum nas escolas municipais de uma nominada “contribuição espontânea” solicitada às famílias, gerando situações de grande desconforto com muitas pessoas que atendíamos no CRAS. Pois bem, no caso da família de Ubirajara, havia mais essa tal taxa que vinha em um grande lembrete na agenda escolar dos filhos...

Pensamos em tentar puxar a discussão na reunião de rede daquele dia sobre o acesso aos medicamentos pelo SUS no município, já que havia uma assistente social deslocada na saúde para avaliação de certo auxílio para medicamentos especiais (os que estão fora da relação municipal de medicamentos). Em meio aos desabafos e formulação de estratégias, já estamos entrando na cidade.





Lembro de quando comecei meu trabalho nesse município, o frio na barriga em subir as lombas íngremes, pois o terreno é bastante acidentado. Definitivamente os deslocamentos não eram fáceis para quem só dispusesse de seus próprios pés. Havia a possibilidade de usar o transporte público municipal, eu havia utilizado em vários momentos, mas como em muitos municípios de pequeno porte, os ônibus tinham horários e itinerários bastante restritos. Essa cidade não é um bom lugar para atravessar de bicicleta, a não ser que você seja atleta, com ótimo condicionamento físico. E como então ficava para aquelas famílias que atendíamos no CRAS?

Vindas de bairros distantes, com muitas subidas e descidas vertiginosas no caminho... Quem tinha algum recurso financeiro pagava um táxi (valor fixo, combinado na parceria), outras pessoas costumavam pedir um favor para algum vizinho/conhecido que tinha carro... Ter um carro ali naquele território era algo importante, possibilitava um ir e vir, uma circulação na cidade que ampliava suas possibilidades de viver. Às vezes havia famílias que eram criticadas por estarem solicitando ajuda/auxílio e tinham um carro em sua casa. Ocorre que para uma mãe de uma filha que nasceu cega e vive no alto de um bairro muito distante do centro, ter um carro para viabilizar seu deslocamento com sua filha era uma prioridade para a família, mesmo com todas as parcelas em dívidas a pagar.

Sempre ficava pensando sobre essas questões ao subir aquela íngreme lomba, o privilégio de estar em um carro para fazê-lo e a dificuldade que as pessoas usuárias das políticas tinham para se deslocar até vários serviços da rede municipal, em sua maioria situados na região central da cidade. Um desses serviços era o CRAS, atualmente situado em outro bairro do Pé da Serra. Quando recém-chegada ao município o CRAS se situava no mesmo espaço físico onde fica o Departamento de Assistência Social. Agora com sede própria, situava-se um pouco mais próximo (ou menos distante) de bairros com maior vulnerabilidade social, mas ainda em área mais centralizada. Considerando ser o único CRAS, a abrangência territorial não se limitava a uma comunidade, bairro ou região. Assim como os serviços especializados, nossa abrangência envolvia todo o território do município.

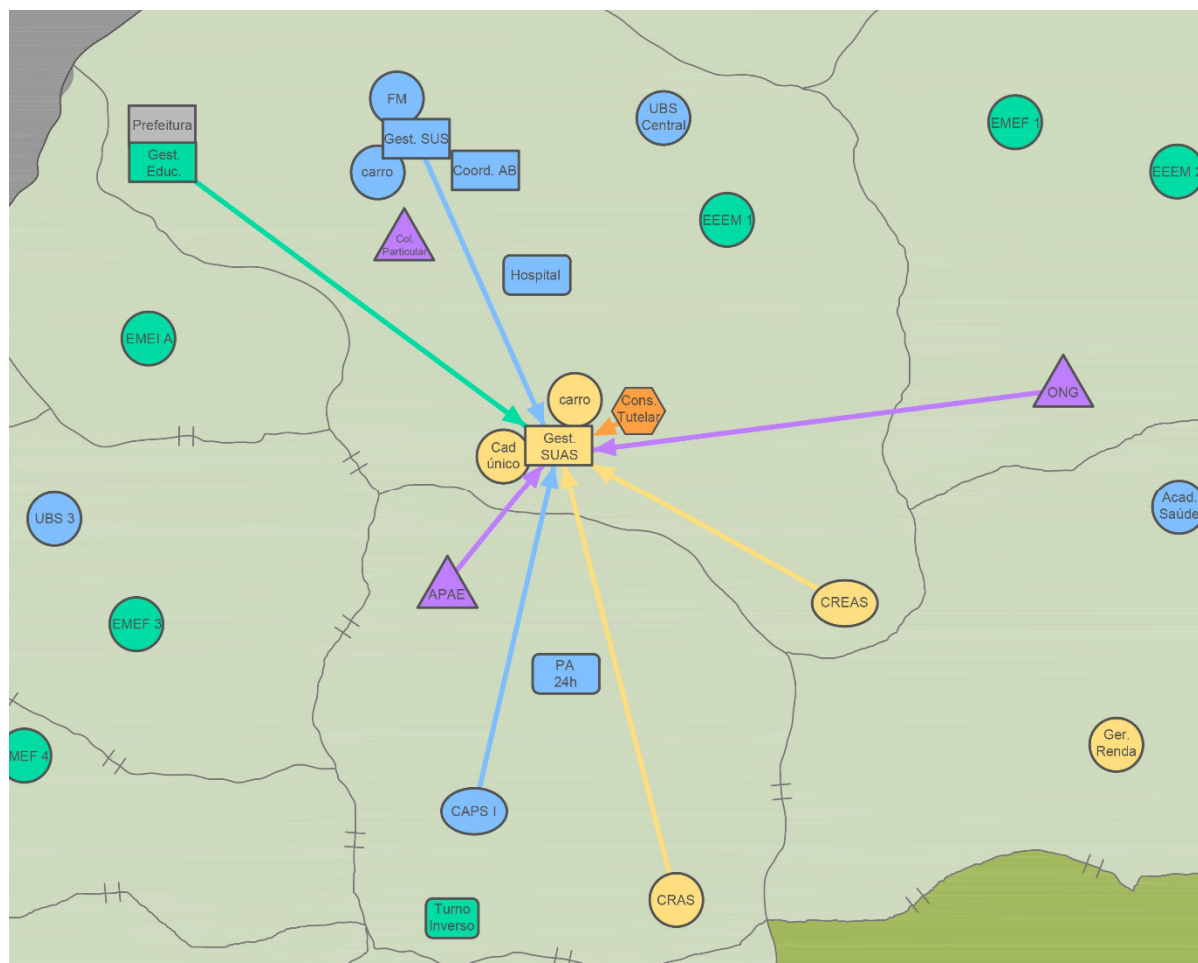
### **... Na reunião de rede intersetorial**

Levando minha colega de carro, rapidamente passamos em cada serviço para registro do ponto digital e então seguir caminho à reunião de rede, prestes a começar. A reunião de rede de hoje estava sendo realizada no espaço do Departamento da Assistência Social, era

onde se situava o Cadastro Único, a gestão da política de assistência social no município e também o CT. Diferentemente de municípios de médio e grande porte, inexistia uma secretaria própria da assistência social, sendo que a política estava situada enquanto um departamento da Secretaria de Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente.

#### Figura 4

*Mapa do deslocamento dos diferentes serviços ao local da reunião de rede de intersetorial*



Nota: CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Gest. SUAS - Gestão SUAS e Departamento de Assistência Social; CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial tipo I; Gest. SUS - Gestão SUS e Secretaria Municipal de Saúde; Coord. AB - Coordenação da Atenção Básica em Saúde; Gest. Educ. - Gestão da Política de Educação; Cons Tutelar - Conselho Tutelar; ONG - Organização Não-Governamental; APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. **Em** Elaborado pela autora, 2022.

A reunião de hoje visava começar um planejamento do ano da rede, levantar questões a serem discutidas nas reuniões, pensar ações conjuntas, eventos para o ano e a própria organização desse espaço de encontro da rede intersetorial.

A reunião já havia iniciado retomando essa demanda de planejamento e levantamento de outras pautas. Aproveitamos (eu e Sandra) para pautar a problemática do acesso aos medicamentos. Colocamos cuidadosamente algumas situações que estavam perpassando os nossos serviços, da dificuldade que as famílias estavam tendo para adquirir medicamentos prescritos em atendimentos nos serviços de saúde, os quais não estavam disponíveis na farmácia municipal.

Procurávamos dialogar no sentido de buscar alternativas junto a política de saúde do município em direção a garantia do princípio de integralidade do SUS, argumentando com isso que se fazia necessário pensarmos em alguma estratégia que garantisse o acesso das populações vulneráveis aos medicamentos. Afinal, não considerávamos justo que essas pessoas dispusessem do seu escasso e insuficiente recurso financeiro para aquisição de medicamentos que deveriam ser viabilizados através da política de saúde.

Somos interpeladas pela fala da professora Heidi<sup>14</sup> (integrante da gestão da educação no município) que, mostrando sua discordância com o que trazíamos, vociferou explicitamente: “- O problema todo é esse paternalismo desse povo! Estão mal acostumados! Não dá para ter tudo de graça, a prefeitura já está dando demais”. Em seguida, se uniu ao coro de Heidi a conselheira tutelar Norma<sup>15</sup>, a qual dizia como em complemento: “- É isso mesmo! Ficam dizendo que não têm dinheiro para o medicamento, mas dinheiro para comprar bebida e cigarro eles têm!”. Houve quem propusesse que as famílias que não tivessem condições para aquisição de medicamentos ganhassem cesta básica da assistência social para então dispor dos recursos que tinham para comprar os medicamentos.

Nossa que reunião tensa!!! Restara a nós da assistência social tentar lembrar o que é direito, do nosso compromisso enquanto operadores da política pública com o acesso aos direitos. Há tempos nos preocupávamos com a ausência de profissionais da saúde junto às reuniões, e esta fora uma em que ficamos sós (nós trabalhadoras estrangeiras do município, oriundas de outros municípios da região metropolitana, enquanto as professoras e as conselheiras tutelares eram residentes do município).

---

<sup>14</sup> Significa “de qualidade nobre”, “de nobre linhagem”. É o diminutivo de Adelheid, forma alemã e holandesa de Adelaide, que tem origem a partir do nome germânico Adelheid, formado pela junção dos elementos adal, athal, que significa “nobre” e haidu, “espécie, qualidade, tipo”.

<sup>15</sup> Significa “mulher do Norte”. É a variante feminina de Nórman, originado no inglês antigo Northman, a partir do alemão antigo Nordemann, significa literalmente “homem do Norte”.

Passado esse momento de tensão, a conselheira tutelar Martha<sup>16</sup> retomou a discussão do planejamento, expressando preocupação diante de um aumento percebido no consumo de drogas por adolescentes. Sua fala situava uma demanda de problematização, provocando refletir o que fazia esse aumento estar acontecendo, o que levava adolescentes ao uso de substâncias, até chegar em uma constatação da ausência de atividades de contraturno para os adolescentes no município. Afinal, que espaços existiam no município para que jovens pudessem se expressar, vivenciar e compartilhar sua adolescência?

Cogitou-se que não seria algo da ordem de um ou outro serviço em específico, mas que talvez envolvesse atividades esportivas e culturais, demandando construir com diferentes setores uma ação conjunta. Ali se plantou uma sementinha quanto a possibilidade de criar ações intersetoriais que viabilizassem atividades relacionadas ao esporte e cultura.

Encaminhamos que seria algo a construir nas próximas reuniões de rede e as professoras da gestão da educação combinaram que conversariam com algumas colegas do departamento do desporto e cultura convidando para uma aproximação. Chegamos ao teto da reunião, já eram mais de 10h30, algumas pessoas já iam se despedindo e saindo em direção aos seus locais de trabalho.

### **... Reunião de Equipe**

Retornamos ao CRAS, quando então realizamos no restante da manhã nossa reunião de equipe, atividade semanal de grande relevância para os propósitos a que se destina o serviço. Esse espaço semanal de reunião conectava as profissionais da equipe em um processo reflexivo sobre o trabalho desenvolvido, os objetivos da política, os desafios em implementá-los, construir estratégias para o acompanhamento das famílias quanto ao alcance da proteção social pretendida. Há algum tempo aproveitávamos algumas reuniões de equipe também como um espaço formativo, no qual realizávamos alguns estudos dos materiais de orientações técnicas dos serviços assistenciais, incluindo aí aqueles de subsídio às conferências. Iniciamos naquele dia compartilhando as reverberações da participação na reunião de rede intersetorial.

Tendo relatado a quem não estava presente o cenário de tensão ocorrido, refletimos que aquilo nos indicava que haveria de se construir momentos preparatórios para a

---

<sup>16</sup> Significa "senhora", "patroa". É a variante francesa, inglesa e alemã de Marta, nome que tem origem no aramaico Martha, e deriva das palavras marta', mar, e mara, e significa "senhora", ou mesmo "patroa".

conferência municipal de assistência social que ocorreria ainda naquele ano. A coordenadora do CRAS aproveitava para trazer informativo do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) que situava o tema da conferência: “Garantia de Direitos no Fortalecimento do SUAS”, tendo como eixos a discussão da proteção social não-contributiva e o princípio da equidade como paradigma para a gestão dos direitos socioassistenciais; o acesso às seguranças socioassistenciais e a articulação entre serviços, benefícios e transferência de renda como garantias de direitos socioassistenciais; entre outros.

Ao ler o documento do CNAS, projetávamos que a discussão sobre proteção social não-contributiva, da equidade e da garantia dos direitos seria um grande desafio ao refletir os discursos que as falas da professora Heidi e da conselheira tutelar Norma visibilizaram na reunião de rede. Avaliamos que ali emergia uma determinada concepção de estado por trás das práticas de implementação das políticas públicas muito presente e naturalizada no município.

Essa “preparação” para a conferência passava por ir construindo caminhos que possibilitassem maior participação... Tínhamos a lembrança da última conferência em 2015, quando a participação de pessoas de outros setores deixou muito a desejar. Enquanto serviço que tinha o compromisso de ampliar acesso aos direitos, mobilizar a população para participar da conferência, assim como dos espaços de controle social do município, era de extrema importância.

Conseguir trazer o usuário/a da política ao lugar de quem demanda à política como ela deva melhor se efetivar. Mas assim como tínhamos dificuldade para trazer as/os usuárias/os dos serviços da assistência social para esse lugar de construção e disputa da política, também tínhamos dificuldade com relação às/aos trabalhadoras/es das outras políticas nessa construção. Acabava que, na Conferência Municipal de Assistência Social ficávamos entre trabalhadoras/es dos serviços socioassistenciais e gestora da política discutindo junto a algum convidado e alguém representando o Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS), numa discussão entre pares, com pouca participação e diversidade.

Ainda assim, um momento de vital importância para construção da política, e também para aquele tradicional e recorrente desabafo do gestor, que de um lado ressaltava os vários avanços (como a criação do CREAS e a inauguração do prédio do CRAS) e de outro o destaque a falta um aporte financeiro maior para os municípios. Naquele ano (2015), a chefe do departamento da assistência social frisava que no orçamento da política, eram 87% recursos próprios do município, sendo o Estado responsável por pouco mais de 1% e a União

com cerca de 12% dos recursos. O município esbravejava diante de tal quadro, ainda mais com o atraso dos repasses do recurso estadual que já estavam em quase 2 anos.

Havia desde lá a forte reivindicação de que as esferas estadual e federal definissem um percentual mínimo de recursos, assim como há previsão para a saúde por exemplo, para então poder dispor dos investimentos necessários para atender as demandas dos programas e dos atendimentos. Essa era uma deliberação que persistia ao longo das últimas conferências de assistência social, certamente nesse ano também haveríamos de insistir neste ponto, levando ao nível estadual e federal novamente esta demanda.

Contudo, a conjuntura de 2015 para 2017 mudou significativamente no cenário federal de forma que, havia poucas esperanças de qualquer aporte de recurso financeiro ou do estabelecimento de percentual mínimo a cada esfera. As notícias que nos chegavam da gestão pós golpe era de um incremento em programas de fundo assistencialista e sem aporte de recursos significativo. Oferta de migalhas para acrescentar atividades às equipes já sobrecarregadas dos serviços, a exemplo disso a inauguração do intitulado “Programa Criança Feliz” ao final de 2016. Além de uma flexibilização quanto ao uso do escasso recurso federal que vinha aos serviços.

Em meio ao horror vislumbrado nessa análise de conjuntura, vinha a recorrente pauta da implantação de um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) no município, algo que era uma deliberação das últimas duas conferências municipais de assistência social e também da conferência municipal dos direitos da criança e do adolescente. Uma necessidade explicitada também por órgãos do judiciário, CT e educação. O judiciário visualizava com facilidade a demanda de inserção de crianças e adolescentes nesse tipo de serviço, muitas vezes requerendo à assistência social, enquanto medida protetiva, a inserção dos mesmos em atividades do tipo. A educação abrangia as crianças com atividades de contraturno escolar no Projeto Turno Inverso, mas nada era ofertado ao público adolescente para além de ações pontuais em determinada escola.

O SCFV era uma pauta recorrente por seu caráter complementar ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), principal serviço do SUAS executado exclusivamente pelo CRAS. O SCFV é um serviço da proteção social básica do SUAS com objetivo de complementar o trabalho social com famílias, na prevenção de situações de risco social e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Desta forma, sua implantação envolve a constituição de espaços de convivência que promovam socialização, propiciem a inclusão social, produzam e fortaleçam vínculos ou laços sociais.

Assim como discutíamos na reunião de rede mais cedo, vínhamos já há bastante tempo discutindo na equipe do CRAS as possibilidades para viabilizar um SCFV ao menos para o público adolescente. Havia até o final de 2016 um convênio do município com uma ONG que desenvolvia oficinas com este público, sendo o contrato realizado para execução de atividades de um SCFV. Era algo limitado, mas o que se demonstrava possível naquele tempo, contando apenas com recursos municipais.

A ausência de abertura de termo de aceite para acessar o cofinanciamento federal para implantação do serviço se colocava como um obstáculo. O MDS realizou um chamado de reordenamento dos SCFV em 2013, tendo deixado aberto o sistema para adesão ao termo de aceite dos municípios de abril a junho daquele ano. Encerrado o período, todos que fizeram o aceite passariam a receber o cofinanciamento federal pela nova lógica e aqueles municípios que não tivessem realizado o aceite seriam considerados como manifestação de desistência formal do(a) gestor(a) ao cofinanciamento federal.

Desta forma, os municípios que tinham alguma modalidade de SCFV ou faziam por conta (recursos próprios) ou então haviam conseguido habilitação antes desse período. No caso dos municípios de grande porte, a maioria já desenvolvia alguma atividade própria ou conveniada que conseguiam enquadrar como SCFV e assim, quando a habilitação estava aberta, conseguiram fazer a adesão.

Ocorre que anos se passaram sem que houvesse nova abertura para que os municípios pudessem aderir ao termo de aceite e acessar recursos do cofinanciamento federal. Assim, a ausência de repasses do governo estadual dificultava ainda mais a sustentação da implantação desse serviço no Pé da Serra.

De qualquer forma, estávamos a discutir na reunião de equipe nesse ponto, esse espaço-atividade voltado aos propósitos de um SCFV para o público adolescente, mesmo que oficialmente não credenciado ou instituído. Com a escassez de recursos no âmbito da assistência social, certamente havia uma limitação no que podíamos ofertar.

Considerando o princípio da equidade que guia as ações da política (afinal a assistência social é uma política criada “para quem dela necessitar”), era necessário orientar as ações para o público prioritário previsto a um SCFV. Ou seja, havíamos de restringir o projeto para adolescentes pertencentes às famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, egressos ou em cumprimento de medidas socioeducativas, que tinham medida protetiva, situações de evasão escolar, trabalho infantil...

Estávamos organizando essa ação a partir e para as famílias acompanhadas no serviço, além daquelas encaminhadas pelo CREAS (tal como na situação dos filhos de Ubirajara). Estávamos a fazer isso, mas sem deixar de lado o envolvimento na construção de um projeto intersetorial que pudesse ampliar a abrangência.

Ao pensar de forma mais ampliada os objetivos de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, enquanto prevenção de situações de risco social, rupturas de vínculos e violências, era importante desenvolver ações para além desse público prioritário. Retomamos aqui, em reverberação da reunião de rede, o desafio de construir ações intersetoriais, ações não circunscritas apenas aos serviços da assistência social, ao que a possibilidade de construção de um projeto junto ao esporte e cultura se mostrava uma perspectiva potente.

Finalizando a reunião de equipe, já em meio ao almoço, trouxemos preocupação com relação a ausência de participação da saúde na reunião de rede de hoje. Acordamos de retomar contato com a coordenadora da atenção básica e com profissionais do CAPS a fim de viabilizar sua participação no próximo encontro.

***mudar** = verbo. 1. transitivo direto e intransitivo e pronominal fazer ou sofrer modificação; modificar(-se), alterar(-se). "mudou o roteiro da viagem" 2. transitivo direto e pronominal deslocar ou transferir(-se) para outro local (...) 3. transitivo direto dar outra direção a; afastar, desviar. "a barragem mudou o fluxo do rio" 4. transitivo direto arrumar de outro modo; dispor em outra ordem (...) 5. transitivo direto, transitivo indireto e intransitivo e pronominal apresentar(-se) de modo diferente (...); alterar(-se), modificar(-se). "o nascimento dos filhos mudou sua vida" 6. transitivo direto trocar por outro; substituir, variar. "muda constantemente a cor dos cabelos" 7. transitivo indireto deixar (uma coisa por outra). "desconcertado, vive mudando de conversa" 8. transitivo indireto e intransitivo e pronominal deixar (o lugar onde se vive por outro). "mudou de cidade"*

### ... A mudança de Jurema<sup>17</sup>

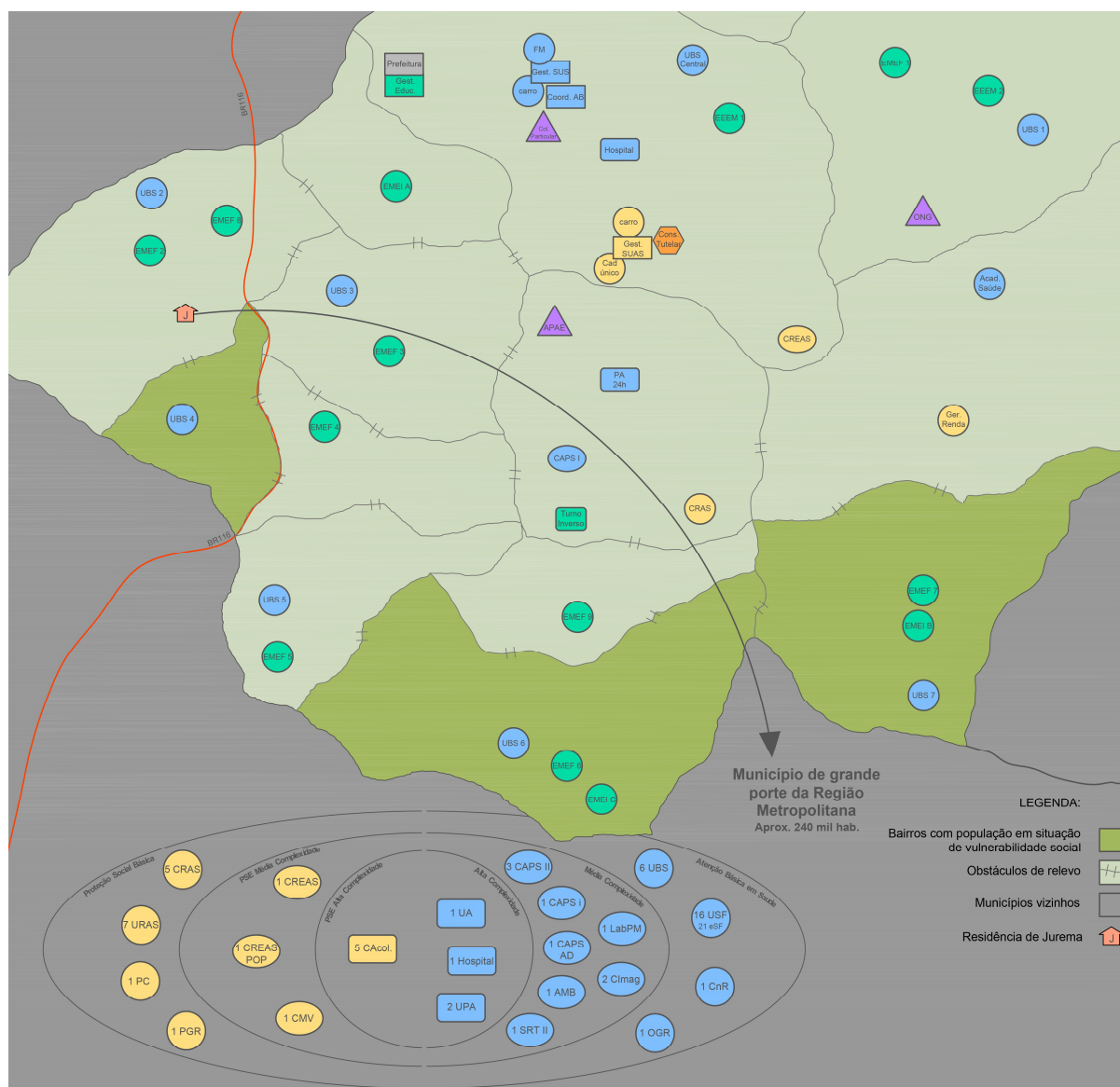
Ao terminar meu intervalo de almoço/reunião, a agente social do CRAS veio ao meu encontro com a informação de que havia um recado para mim, que deixou sobre minha mesa de trabalho. No papelzinho ali deixado visualizo um comunicado de Jurema, havia ligado para avisar que não viria no grupo do CRAS porque estava se mudando às pressas para um município de grande porte da região metropolitana, bem próximo do Pé da Serra.

<sup>17</sup> Significa "árvore de espinhos de odor desagradável". O nome Jurema tem origem no tupi *yu-r-ema*, composto pela união dos elementos *yu*, *ju*, que quer dizer "espinho" e *rema*, que significa "odor". Jurema também é nome de uma planta da família das leguminosas muito espinhosa, muito comum no Nordeste brasileiro, cujas folhas podem dar origem a um chá de características narcótica e alucinógenas.



**Figura 5**

*Mapa da mudança de Jurema para cidade de grande porte*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

Jurema era uma mulher negra, oriunda de outro município do RS e estava residindo no Pé da Serra há quase 2 anos. Ela tinha uma filha com 10 anos e um filho adolescente já com seus 17 anos. Jurema era a responsável familiar de uma das famílias que acompanhava no PAIF. Quando do início do acompanhamento referiu que tinha vindo ao Pé da Serra em busca de melhores condições de vida.

Contudo, há tempos que passavam por dificuldades para conseguir manter moradia no município, pois não tinha trabalho formal, fazia algumas faxinas e recebia o Bolsa Família (BF), sempre com as contas atrasadas e grande sofrimento em decorrência disso. Ela tinha

também vários problemas de saúde, sem um acompanhamento regular, trabalhávamos uma reconexão de Jurema com sua unidade de saúde de referência, tentando auxiliar a construir um novo vínculo, uma vez que houve uma quebra de confiança com a equipe de saúde.

Sua situação de vida muitas vezes impossibilitava também efetivar esse acompanhamento de saúde, não dispondo de recursos para se deslocar até a unidade de saúde, conseguir os medicamentos e realizar os exames solicitados. Contava com a benevolência de um senhor que auxiliava a pagar onde estava a residir. O município não dispunha de algum programa de auxílio com relação a oportunidades de trabalho e auxílio moradia como um aluguel social, por exemplo.

A filha de Jurema esteve inserida por um tempo no Projeto Turno Inverso, um espaço vinculado à educação que oferecia alternativas de aprendizagem no turno oposto ao da escola, com atividades pedagógicas em diversas áreas, incluindo complementação alimentar. Atendia educandos entre 6 a 12 anos incompletos através de oficinas.

Era para ser um espaço de acesso público, mas havia taxa de contribuição, com a justificativa de que a variedade de oficinas ofertadas só era possível com as contribuições das famílias para associação de pais e mestres que gerenciava o andamento do Projeto. Tal situação fazia com que no CRAS elaborássemos documentos das famílias acompanhadas pedindo a isenção da taxa para viabilizar o acesso de crianças como a filha de Jurema, o que frequentemente era contestado pelas educadoras que lá atuavam.

Projetos de contraturno escolar podem ser encontrados em vários municípios, às vezes, executados pela administração pública e, muitas vezes, por ONGs ou associações. Era também comum alguns municípios disporem de atividades de SCFV as quais acabavam sendo utilizadas como atividades de turno inverso à escola. Muitos desses SCFV eram executados por ONGs, as quais desenvolviam atividades em dupla função: contraturno e SCFV. Ainda, há municípios que têm essas atividades bem delimitadas de forma distintas, sendo que as próprias escolas desenvolvem suas atividades de contraturno escolar, com objetivos diferentes dos pretendidos pelo SCFV.

No caso do Pé da Serra, contando com a existência dessas atividades do Projeto Turno Inverso, não se buscou um SCFV para essa faixa etária (6 a 12 anos). Quando se conseguiu estruturar alguma coisa de SCFV pela política de assistência social teve que ser para um público bem definido, que era para adolescentes. Antes de conseguirmos ofertar essas atividades de SCFV no CRAS, existia o já referido convênio com uma ONG que

desenvolvia algumas atividades de oficinas para adolescentes, contratadas enquanto execução de um SCFV.

O filho de Jurema chegou a ser encaminhado para essa ONG, mas acabou não vinculado por não se identificar com a única oficina ofertada. A oferta era uma alternativa frente a denúncia de que estaria trabalhando em uma lavagem de carros, o que lhe fazia por vezes ter faltas na escola. Isso para Jurema era também um problema pelo impacto no Programa Bolsa Família (PBF), já que a escola notificava as faltas afetando a condicionalidade relativa à frequência escolar, implicando na suspensão do repasse do BF.

Quando então consigo contatar Jurema, ela me conta que houve uma oportunidade de um lugar para morar sem custos inicialmente (possivelmente área irregular), mas entendia que nesse município maior teria outras perspectivas, conseguiria algum apoio e o mais importante “se sentia aceita”.

Entendia bem o que Jurema me dizia com isto, pois que há muito tempo nos atendimentos Jurema contava sobre como se sentia discriminada desde que chegou ao Pé da Serra. Na unidade de saúde em alguns atendimentos fora abordada de forma pouco acolhedora com relação a um suposto uso de álcool, certa referência a alcoolismo, algo que teria sido relatado na unidade em atendimento com ela.

Jurema disse que não voltaria mais lá, que lá a trataram como se fosse uma alcoólatra e que ela só queria cuidar de sua saúde. Dizia que as dores que vinha sentindo pioraram e estava preocupada, mas depois desse atendimento, negou-se a retornar à UBS. Às vezes, quando tinha muita dor, ia ao Postão 24hs para administrar algum medicamento.

Na escola do filho há pouco tempo havia sido chamada atenção sobre faltas e alterações de comportamento supostamente observadas na escola. A encontrei dias depois desse episódio em uma Visita Domiciliar (VD) extremamente chateada e revoltada, contou-me que uma conselheira tutelar havia passado em sua casa lhe ameaçando, citando informações que lhe teriam chegado através da escola. Jurema se sentiu humilhada, traída e exposta. Humilhada pelo tom que essa conselheira veio lhe falar. Exposta por informações que lhe eram íntimas e familiares, mas que saíram da boca dessa pessoa que nunca tinha visto. Traída pela escola, pois que muitas das coisas que ouviu eram bem diferentes daquilo que havia conversado com a pedagoga.

Mais tarde descobri que tal trama se construiu em uma reunião de microrrede daquela região, na qual participavam pedagogas de duas escolas, Agentes Comunitário/as de Saúde (ACS) da UBS e duas conselheiras tutelares (uma das quais estive na casa de Jurema

posteriormente). Por mais que já tivesse começado a construir alguma confiança com nova equipe da UBS, esse último episódio envolvendo a escola e o CT tornavam a situação insuportável para Jurema.

Continuando a conversa, ela me contou que já tinha conseguido escola para filha no atual município e conseguiu que o filho adolescente fosse morar com outro familiar em outro município, um lugar no qual avaliou que teria mais condições de cuidado. Contudo, se sentia perdida de como faria estando lá, não estava conseguindo se orientar quanto a rede de assistência social e temia perder novamente o Bolsa Família.

Averigui a rede próxima ao endereço que ela me passou, tentando ver onde ela poderia ir e como poderia fazer. Realizo contato com núcleo do CRAS no bairro para repassar acesso e funcionamento, uma pessoa da equipe me atende e informa que estavam com o atendimento bastante restrito, pois estavam em meio a uma greve por falta de profissionais e sem condições mínimas de trabalho. Explico da preocupação com a atualização do cadastro único na nova moradia para que ela não perdesse o acesso ao Bolsa Família, além da demanda de acompanhamento familiar. Fora combinado realização de VD apenas para casos mais urgentes, seu caso entraria para VD em outro momento, quando fosse possível.

Todavia, ainda havia um tempo para que essa atualização fosse feita sem acarretar a perda do benefício. Isso incluía que a situação de mudança desta família não fosse averiguada pelo órgão gestor do PBF (no caso do Pé da Serra, significava a verificação mensal realizada por uma única pessoa).

Quando chegou o momento de conversarmos em reunião de microrrede novamente sobre a situação dessa família, informo mudança de Jurema e encerramento do acompanhamento pelo município. Chama atenção a fala das conselheiras tutelares frente à notícia: “hummm, era de se esperar, lá não vai ter ninguém acompanhando de perto, não quer ninguém no seu pé e lá vai poder continuar levando a vida desse jeito”.

Essa era uma avaliação recorrente das conselheiras tutelares, não pronunciadas somente por elas, mas também por outras profissionais do município, muitas vezes na educação, mas tantas outras também na assistência social, a fala de que famílias deixam o município para ficarem invisíveis e não serem cobradas de nada.

### **... Fim de expediente**

Já passava das 17hs, chegava ao final o expediente no CRAS. Passo no CREAS para pegar minha colega Sandra em direção à BR 116 para nosso deslocamento de retorno. Sandra adentrou o carro já em um relato estarecida, fazendo um desabafo envolvendo o acompanhamento da família de Ubirajara. A mesma que motivou nossa discussão no início da manhã. Conta-me então impressões diante de uma reunião de microrrede realizada no bairro, na qual a situação do filho adolescente Tauã<sup>18</sup> foi discutida.

Após uma interlocução do CRAS com a unidade de saúde, a enfermeira da unidade passou a tentar uma aproximação com Tauã e se fez toda uma estratégia. Tratava-se de uma família numa situação de grande vulnerabilidade, com risco social importante. Toda uma situação de risco de perda do cuidado desses filhos, associada a problemas com uso de álcool por Ubirajara. E havia situações de forte preconceito na escola com relação a esse jovem, dificuldade de lidar com a diferença que esse jovem colocava.

Essa articulação foi uma forma de tentar se aproximar, para que esse jovem pudesse acessar uma forma de cuidado de saúde. Sabia-se que os cuidados ofertados pela família eram os possíveis, mas eram precários, havia risco de exposição a doenças e gravidez de sua namorada. A ideia era lhe aproximar da unidade de saúde como um lugar de cuidado, de acompanhamento. Diferente de um lugar de tratamento porque tem um problema, um lugar de promoção e cuidado em saúde. Não na lógica de possuir um problema que precisa tratar, como ocorria com Ubirajara e, de certa forma, era imputado a Tauã pela escola. A enfermeira conseguiu se aproximar de uma forma muito sensível, com muitas escutas acolhedoras que fizeram com que esse jovem acabasse se vinculando a ela e se abrisse, contando muitas coisas da sua vida.

O que Sandra então me contava estarecida envolvia sua participação na reunião de microrrede do bairro, da qual também participaram uma pedagoga como representante da escola, a enfermeira da UBS e uma conselheira tutelar. A enfermeira estava tão feliz com a aproximação desse jovem, do vínculo que foi possível, que passou a compartilhar coisas que esse jovem disse.

Contudo, dentre as coisas que esse jovem lhe disse, para as representantes da escola, o que marcou seria a confirmação de uma suspeita, que era relativo ao uso de alguma

---

<sup>18</sup> Significa "argila", "barro vermelho" em sua origem a partir do tupi-guarani, mas também como "gavião" atribuída a variação brasileira de origem tupi de mesma sonoridade Cauã, nome que os índios tupis davam a todas às aves de rapina da família do falcão.

substância. Sandra me dizia do olhar de satisfação expresso na face da pedagoga, confirmando e ressaltando trechos da fala da enfermeira que se referiam a situações em que Tauã teria feito uso de álcool e outras drogas. Isso simplesmente para a escola traçava certo destino desse jovem de repetição daquilo que ouviam sobre Ubirajara.

O momento de fala desta profissional da saúde, era um momento de mostrar a aposta e a potencialidade, do quanto estava sendo possível se aproximar desse jovem, do quanto ele estava preocupado com sua saúde e conseguindo falar sobre isso. Isso era algo que as profissionais do CRAS e do CREAS percebiam, sendo que havia um compartilhamento em termos de preocupação com relação a esse adolescente.

Contudo, no caso da escola, não era a mesma preocupação e havia outras consequências... Falávamos então a partir dessa situação emblemática, dos desafios e dificuldades dessa construção intersetorial. A relação da saúde e da assistência social com a educação era algo bastante tenso. Não por acaso tínhamos muito cuidado para conversar com as escolas. Havia algo ali de uma visão que não era compartilhada e que tinha um impacto muito forte na vida desses jovens, em termos de evasão da escola e de se colocar em uma situação de maior risco, justamente por não se sentir aceito em sua diferença no ambiente escolar.

Refletimos a caminho de nossas casas, o quanto se perpassa uma linha muito tênue... De que olhar estereotipado se tem das pessoas... De como escapar dessa homogeneização dos modos de ser e viver no mundo...

## PRIMEIRO CAPÍTULO

### PARTE II

#### Reflexões de/em deslocamentos

... ..

Em um único dia de trabalho é possível perpassar tantos outros dias em diversos momentos de articulação, efetivação e construção das políticas em práticas de cuidado e proteção tecidas na interface saúde e assistência social, serviços, profissionais e pessoas usuárias das políticas. Do ponto de vista de uma psicóloga trabalhadora do SUAS em um serviço da proteção social básica do Pé da Serra, vou compartilhando as cenas que perpassam esse cotidiano do trabalho, no qual as reflexões vão se dando em afetações produzidas nas relações com colegas profissionais, com pessoas atendidas, com o território a transitar e os deslocamentos entre viagens de casa ao trabalho (Capital <> Pé da Serra), de um serviço a outro (CRAS<>CREAS<>Departamento da Assistência Social), de circulações no território (visitas domiciliares, reuniões de microrrede).

Nomeio então a presente seção como reflexões de/em deslocamentos, abordando a seguir, pouco a pouco, as situações disparadoras que foram gerando reflexões das vivências, buscando problematizar estranhamentos e naturalizações que perpassam a intersectorialidade.

#### **1. Integralidade e equidade na proteção social e no cuidado em saúde: negligência de quem?**

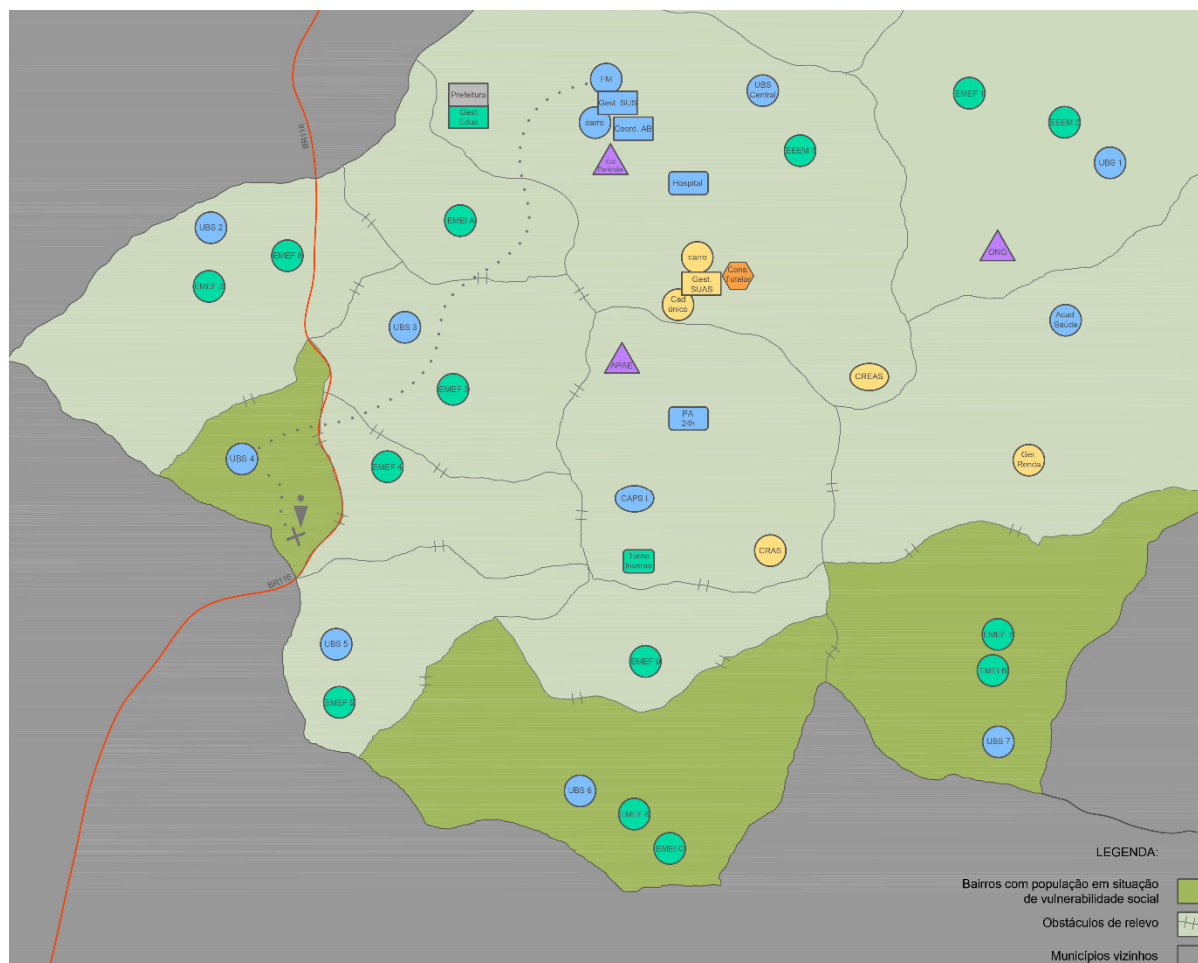
Logo no início da narrativa, ao conversar com Sandra em deslocamento ao trabalho no Pé da Serra, abordo inicialmente a situação de Ubirajara, família em atendimento compartilhado entre o CRAS e o CREAS. Destaco o seguinte trecho:

*(...) um conflito entre esgotar os poucos recursos financeiros que tinham em alimentos, luz e água ou então nos tais medicamentos. Lamentávamos a constatação de que não importava muito a escolha que faziam, pois acabariam sendo acusados de negligência com relação aos cuidados de seus filhos (...)*

Expresso nesse trecho uma constatação compartilhada, mas afinal que constatação era essa? Porque chegamos nela? No mapa a seguir (Figura 6) pode-se visualizar em um exercício de imaginação, o deslocamento (a pé) necessário desde o local que marca onde a família de Ubirajara reside até a farmácia municipal.

**Figura 6**

*Mapa deslocamento e obstáculos até a farmácia municipal*



*Nota:* CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; Ger. Renda - Oficinas de Geração de Renda; carro - veículo de transporte de cada política; Cad. Único - Cadastro Único dos programas sociais; CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Gest. SUAS - Gestão SUAS e Departamento de Assistência Social; UBS - Unidade Básica de Saúde; Acad Saúde - Academia da Saúde; FM - Farmácia Municipal; CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial tipo I; PA 24h - Pronto de Atendimento 24hs; Gest. SUS - Gestão SUS e Secretaria Municipal de Saúde; Hospital - Hospital Municipal; Coord. AB - Coordenação da Atenção Básica em Saúde; Gest. Educ. - Gestão da Política de Educação; EMEF - Escola Municipal de Ensino Fundamental; EMEI - Escola Municipal de Educação Infantil; EEM - Escola Estadual de Ensino Médio; Turno Inverso - Projeto Turno Inverso; Cons Tutelar - Conselho Tutelar; Prefeitura - Prefeitura Municipal (órgão executivo); ONG - Organização Não-Governamental; APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais; Col. Particular - Colégio Particular. **Em** Elaborado pela autora, 2022.



Primeiramente, Ubirajara precisa se deslocar para unidade de Saúde (UBS) do seu bairro para uma consulta programada. Nesse atendimento foram prescritos cinco medicamentos para iniciar um tratamento. Ubirajara saiu com aquela lista de medicamentos da consulta realizada na UBS e precisa se deslocar até a farmácia municipal que fica na região central, cerca de 3 bairros de distância e com passagens por seis pontos de um terreno de relevo extremamente acidentado.

A farmácia municipal é o espaço onde são fornecidos os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (de competência do município), bem como outros medicamentos e insumos que não estão disponíveis nas UBS. Também é o local de encaminhamento de formulários para acesso aos medicamentos da relação do Componente Especializado e retirada (dispensa) dos mesmos após tramitação/avaliação estadual favorável.

Ao chegar na farmácia municipal, Ubirajara conseguiu retirar apenas 2 dos 5 medicamentos prescritos. Dois estavam disponíveis na farmácia básica, um precisava ser solicitado ao Estado como medicamento especial (precisaria preencher formulários e retornar ao médico da UBS para que preenchesse algumas folhas ou partes deste formulário) e 2 outros não estavam disponíveis na farmácia municipal. Desses, um não atendia aos critérios para acesso na regulação estadual e o outro não constava na lista de medicamentos do SUS (ou seja, só com processo judicial para acessar, mesmo assim, haveria de se comprovar a necessidade daquele medicamento ao invés de outros presentes na relação de medicamentos do SUS).

Em caso de indeferimento, ou então, caso o medicamento não conste na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), resta a alternativa de solicitação via judicial, a partir da qual há de se comprovar em processo que aquele medicamento é realmente necessário para a patologia diagnosticada, a qual não poderia ser tratada com nenhum outro medicamento da RENAME com a mesma eficácia (Lei n. 8.080, 1990; Lei n. 12.401, 2011). Quando há ganho de causa no processo judicial, o município e/ou estado e/ou união são condenados a comprar o medicamento para garantir seu acesso pelo SUS àquela pessoa.

O município e o estado às vezes ficam num duelo, pois o entendimento quanto a qual esfera se atribui a responsabilidade por vezes fora dúvida. Havia situações que se conseguia imputar integralmente ao estado (já que seriam medicamentos de médio custo), em outras, o município acabava entrando em parte, algo relacionado ao entendimento do Supremo Tribunal

de Justiça (STJ) quanto a solidariedade dos entes federados<sup>19</sup>. E quando a demanda envolvia medicamentos de alto custo, a situação passava a envolver a União, imputando a responsabilidade de custeio à esfera federal (Portaria n. 1.554, 2013).

A garantia de direito para aquela pessoa foi efetivada através da justiça, mas não se traduz para outras pessoas, que deverão passar pelos mesmos tortuosos passos, assim como se visibiliza em Ubirajara.

O conselho tutelar (CT) cobrava a família de Ubirajara estar em tratamento como forma de proteção aos filhos guiados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Entretanto, o tratamento envolvia o uso de medicamentos que a família não possuía condições de pagar. Como já colocado, na verdade não precisariam ter condições financeiras para acessar o medicamento, uma vez que estaria garantido no princípio da integralidade o acesso a medicamentos pelo SUS (Lei n. 8.080, 1990). No entanto, face o percurso antes descrito, Ubirajara até poderia efetivar seu direito de acesso ao medicamento pelo SUS, mas não sem antes percorrer alguns tortuosos passos.

Para além do medicamento, estar em tratamento de saúde também requer o deslocamento da família para atendimentos na região central da cidade, longe de onde vivem, de forma a constituir um obstáculo importante a realização desses na frequência proposta e/ou necessária. No momento da acusação de negligência familiar, a não realização de um tratamento de saúde é entendida, por quem tem a função legal de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, como algo absoluto e de responsabilidade individual desses familiares. Desconsidera-se aí qualquer responsabilidade coletiva estatal com relação às condições de possibilidade para a viabilidade disso, que é entendido como proteção social, cujo não cumprimento se traduz em negligência. E aí a negligência é de quem mesmo?

Em um segundo trecho da narrativa destacado a seguir, aborda-se a perspectiva da pessoa usuária da política pública expressa em atendimentos no CRAS:

*(...) esses exames que o doutor pediu não tem pelo SUS e a medicação não tem na farmácia municipal, a prefeitura não paga (...) vou ter que fazer por minha conta, dar o meu jeito, tem como me conseguir uma cesta básica para garantir meus alimentos?  
(...)*

---

<sup>19</sup> Tal situação foi abordada em matéria publicada no Jornal Gazeta do Povo em maio de 2019: “Judicialização da saúde: o Estado deve fornecer medicamento de alto custo?”, demonstrando ser ainda à época algo bastante atual no âmbito da discussão do direito a medicamentos pelo SUS (Pedrozo, 2019).

Quando a pessoa usuária do serviço expressa que “não tem pelo SUS”, na prática significa que não tem pelo SUS no município. Era o mais comum de acontecer, não ter os exames pelo SUS no município. Isso implicava que a pessoa precisava ser encaminhada para realizar esse exame em algum lugar em outro município, o que poderia demorar bastante para acontecer (tanto o agendamento desse exame, como depois o deslocamento para realizá-lo).

Recordo neste momento da situação vivenciada por uma pessoa com hemorroidas e outra com pedras na vesícula, ambas da mesma família, as quais precisavam de exames com certa brevidade. Essa família não conseguiu fazer os exames pelo SUS pela demora para regular, agendar e realizar. Nessas situações, acabava ocorrendo certa “avaliação interna” entre médico/a da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a pessoa atendida no sentido de que, se tivesse alguma condição de pagar para fazer particular, melhor, porque a orientação era fazer tais exames o quanto antes. Como não sabiam ao certo quando seria possível fazê-los pelo SUS, já que muitas vezes não se tinha uma previsão de quando seria marcado, as pessoas no desespero acabam tirando dinheiro de onde não tem para realizar o exame o mais breve possível.

Esse cenário era similar e recorrente para questões cirúrgicas, uma vez que as cirurgias eletivas passam pela mesma dificuldade. Elas acontecem, mas como não são tidas como de urgência, acontecem no prazo em que é possível dentro das condições existentes no SUS naquele momento/conjuntura. Isso acaba gerando uma pressão na pessoa que tem a necessidade de fazer essa cirurgia. Mesmo que seja considerada pelo sistema como eletiva, se a cirurgia foi avaliada como necessária, o tempo que ela demora a acontecer terá um impacto na vida da pessoa (dores, complicações, limitações no trabalho). Em função disso, para poder fazer esses procedimentos o quanto antes, muitas vezes as pessoas faziam dívidas em empréstimos com agiotas. O que produzia um dano para sua sustentabilidade financeira, mas constituía uma decisão visando o seu bem-estar, seu cuidado em saúde.

Isso faz pensar a perspectiva de quem não conseguiu acessar pelo SUS. Sobre a percepção da pessoa que tem essa necessidade não atendida. A imagem que fica de um SUS que é do município, da prefeitura: quando não tem na farmácia municipal, não tem pelo SUS; se esse exame não tem na cidade, não tem pelo SUS. Um pouco dessa visão do que a prefeitura paga e não paga, de que é algo do município, tem a ver com certo desconhecimento quanto às competências de cada esfera na execução da política de saúde. Toda essa questão das responsabilidades do estado e da união, não é uma informação que a população facilmente vai acessar. No cotidiano, mais pragmaticamente, fica no que tem e não tem no

SUS naquele território onde se vive e vincula-se a responsabilidade ao município do que tem e do que não tem. Um efeito disso talvez esteja na produção daquela visão de um SUS que cobre o básico, em um discurso de que qualquer coisa que seja além do básico não tem pelo SUS, bem como, na naturalização de que é preciso “fazer por fora” e pagar por isso.

Uma visão que talvez seja produzida como um efeito de não se efetivar a integralidade tal qual prevista na lei que institui o SUS (Lei n. 8.080, 1990)<sup>20</sup>. No momento em que não se efetiva essa integralidade na vida das pessoas concretamente, a percepção das pessoas usuárias dos serviços do SUS fica ligada àquilo que de fato ela conseguiu acessar.

Outro aspecto a considerar, estaria na percepção e ação do profissional da saúde, do que ele faz nessa conversa que se dá ali na unidade de saúde com a pessoa usuária do SUS que tem determinada necessidade de saúde. O que faz o/a profissional de saúde da ESF diante da demanda de um procedimento/exame/medicamento de nível especializado? Quando o profissional entende que “se ela puder dar um jeito, que ela dê”, poderia nos dizer do quanto esse/a profissional não tem ideia do que é necessário fazer para mobilizar que aquele exame/medicamento aconteça, do seu desconhecimento do caminho para viabilizar que possa ser conseguido de forma mais ágil quando necessário. O que é preciso fazer para isso?

Afinal, considerando os princípios de equidade<sup>21</sup> e integralidade<sup>22</sup> na atenção, bem como da organização descentralizada e regionalizada do sistema, deveriam existir formas de se conseguir atender essa necessidade de saúde. Ao orientar que “se possível, a pessoa dê um jeito de comprar o medicamento, pagar o procedimento/exame”, que visão do SUS é manifesta neste ato? O que transmite um profissional que, por vezes, está lá sem ter ideia do funcionamento dessa regulação para poder orientar a pessoa usuária de forma a garantir a integralidade da atenção. A orientação muitas vezes se limita à repetição desse discurso: “olha, tu até consegue pelo SUS, mas vai demorar muito, no seu caso, se tiveres como, seria melhor conseguir antes”.

---

<sup>20</sup> Destaca-se aqui a letra d) do Art. 6º, prevendo “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, bem como o inciso II do Art. 7º que especifica e delimita a integralidade de assistência como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

<sup>21</sup> A disposição constitucional do acesso universal e igualitário à saúde na ampliada concepção da saúde como direito, implicou na incorporação do princípio da equidade no SUS ao considerar as múltiplas desigualdades de oportunidades e condições existentes no país (Duarte, 2000). Parte do entendimento que a igualdade pode não ser justa, atendendo apenas a quem está em igualdade de oportunidades e condições. A equidade nesse sentido requer “atender desigualmente os que são desiguais”, priorizando a distribuição de recursos para quem mais deles necessita (Paim & Silva, 2010).

<sup>22</sup> Conforme Lei 8080/1990, se refere a “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Se por um lado isso desestimula a pessoa a tentar efetivar seu direito pelo SUS, ao mesmo tempo, estimula que ela busque atender essa necessidade no setor privado. Isso vai criando uma perspectiva para a pessoa de que não dá para contar com o SUS. Pensando nos efeitos desses pequenos contatos nos atendimentos de saúde, reproduz também o/a profissional da saúde essa visão estereotipada de um SUS básico. Essa visão vem carregada de determinada intencionalidade política, bem situada na lógica de diminuição do estado.

Havia muitas situações de não acesso a procedimentos de alto custo no SUS entre as famílias acompanhadas pelo CRAS. Mesmo que esteja previsto na atenção básica em saúde<sup>23</sup> que as unidades de saúde nos territórios devem dar conta da grande maioria dos problemas de saúde da população, sempre haverá situações que irão requerer encaminhamento para níveis de maior densidade tecnológica, de alto custo e grande complexidade; em grande parte, não situados na rede municipal. Dessa forma, esse drama também reflete as dificuldades de integração entre a rede básica de saúde e as demais redes que envolvem esses procedimentos<sup>24</sup>.

Relaciona-se aqui também os impactos da insuficiência de recursos no SUS na garantia do princípio da equidade. Por vezes se tem tão poucos recursos que, ao considerar o princípio de equidade, quem realmente consegue acessar os ditos procedimentos de alto custo já está em grave situação de adoecimento. Há quem fique na espera de agravar seu quadro para então conseguir acessar.

Esses dilemas falam dos desafios para alcançar a integralidade no SUS, mostrando impactos significativos quando se pensa num sistema de saúde instituído como universal<sup>25</sup>. Visibiliza a amplitude do desafio de implementar efetivamente a universalidade que lhe constitui, garantindo o princípio da integralidade em observância ao princípio da equidade<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Considerando o previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 (Portaria n. 2.488, 2011). Mesmo que tenha sido publicada nova PNAB ao final de 2017 que segue em vigência, entende-se pertinente a referência ao preconizado na publicação de 2011, tendo em vista a temporalidade situada na narrativa.

<sup>24</sup> Descritos como aqueles procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, tanto pelos custos como pela densidade tecnológica envolvida. Os procedimentos de alto custo foram historicamente contratados junto a prestadoras de serviços (instituições de saúde privadas, filantrópicas ou universitárias) conforme a oferta dessas, situação que criou diversas desigualdades regionais que persistem na atualidade. Diante das dificuldades para a realização desses procedimentos, alguns municípios construíram de forma autônoma, sem articulação regional, estruturas inviáveis de serem mantidas tanto técnica quanto financeiramente. Nesse cenário, o princípio da regionalização da assistência mostra-se fundamental para possibilitar a integralidade da atenção à saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

<sup>25</sup> Marcando aqui uma diferença com relação à constituição da política de assistência social, não universal, mas prevista para quem dela necessitar (art. 203, Constituição Federal, 1988).

<sup>26</sup> Conforme já afirmou Cecílio (2009), a universalidade, a integralidade e a equidade são princípios entrelaçados em um conceito-signo tríplice, nele abrangendo cidadania, saúde como direito e a superação das injustiças decorrentes da estrutura social desigual do país.

O que necessariamente precisa ser considerado para efetivar o acesso a quaisquer procedimentos em saúde<sup>27</sup>.

Todavia, se de um lado temos um subfinanciamento do SUS, de outro lado ocorre um faturamento no setor privado. Embora os serviços privados de saúde estejam previstos em caráter complementar, já circula uma ideia de um SUS que se voltasse (se restringisse) mais a garantir o nível básico de atenção à saúde, numa lógica de carteira de serviços básicos a serem garantidos, deixando ao setor privado e/ou filantrópico (saúde suplementar) níveis de atenção de maior complexidade (custo). Em que pese a afirmação de não ser passível ao SUS sua limitação a um pacote mínimo e básico de serviços de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007), os gastos públicos necessários para sua consolidação, tal qual um sistema público universal de saúde, são baixos e insuficientes<sup>28</sup> (Mendes, 2019).

No Pé da Serra essa naturalização de que mesmo nos serviços da política pública é necessário que as pessoas paguem também, aparecia de forma bastante explícita também no âmbito da educação, como se pode visualizar a partir do seguinte trecho da narrativa:

*(...) No âmbito da educação, chamava atenção desta trabalhadora oriunda da capital, a existência de apenas 1 colégio particular, sendo que a maioria dos estudantes estavam em escolas públicas municipais ou estaduais. Chamava ainda mais atenção uma prática comum nas escolas municipais de uma chamada “contribuição espontânea” solicitada às famílias, gerando situações de grande desconforto com muitas das famílias que atendíamos no CRAS (...).*

As professoras da gestão da educação verbalizavam na reunião de rede um discurso naturalizado que permeia o estabelecimento das tais contribuições espontâneas que ocorriam nas escolas e no projeto do turno inverso. O ataque da conselheira tutelar versa sobre a (im)possibilidade de escolha do que fazer com seus recursos econômicos. Visibiliza-se aí a situação de muitas famílias, para as quais não se atribui poder de escolha para o gasto dos

---

<sup>27</sup> Conforme referido por Viegas & Penna (2013) suas considerações finais, “a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde”.

<sup>28</sup> Conforme Mendes (2019, p. 378), para de fato efetivar um sistema público universal seria necessário destinar pelo 6% do PIB ao SUS, valor muito inferior aos cerca de 3,8% verificado no momento da publicação.

poucos recursos que dispõem. Essa é uma avaliação que se faz quando se homogeniza a situação das famílias.

Enquanto serviço da Proteção Social Básica, no CRAS tínhamos o objetivo de atuar na prevenção e superação de situações de vulnerabilidade social e risco nos territórios do município. Para tanto, o trabalho social permeia o desenvolvimento de potencialidades, fortalecimento de vínculos e da função protetiva da família e ampliação do seu acesso a direitos. Todavia, esperavam que nós na assistência social trabalhássemos com responsáveis familiares um “empoderamento” e “motivação” para que procurassem emprego e se mantivessem trabalhando.

Na saúde, havia um pedido semelhante, muitas vezes nas reuniões de rede era verbalizado por algumas trabalhadoras, “- não dá pra ficar encostado em benefício, tem que fazer o tratamento de saúde e retornar ao trabalho”. Os discursos da gestão municipal e das/os trabalhadoras/es dos serviços reiteram um entendimento de que “a prefeitura já dá muito (...) essas famílias têm que se organizar e contribuir também”.

Algo que circulava também na fala das/os usuárias/os dos serviços, essa ideia de que “o estado já está dando e todos precisam contribuir um pouco”. Tantas vezes ouvi pessoas que atendi numa fala quase de autoconvencimento “- a escola é boa e já dá tanta coisa”, buscando tirar de onde não tem para “contribuir com sua parte”. Quando não conseguiam, expressavam sentir culpa e vergonha por não terem condições de efetivar as contribuições pedidas. Para um serviço como o CRAS que tem como uma das premissas fundamentais de seu trabalho a ampliação do acesso aos direitos de cidadania, essa realidade expressa na fala das usuárias do serviço era no mínimo paradoxal.

Por que a professora, a conselheira tutelar e até alguns usuários viam com naturalidade a ideia de “o estado já dá muito e não tem como dar tudo, cada um tem que contribuir com algo”? O que é dar muito? O que é dar tudo? O que seria contribuir com sua parte? Afinal, que direitos são esses que as políticas sociais deveriam garantir? O que o estado deveria ofertar em termos de cuidado em saúde e proteção social? Por que mesmo deveriam ser garantidos pelo estado? E onde estaria a contribuição de cada um para que o estado possa ofertar esses direitos?

Os questionamentos e situações colocadas podem ser relacionadas à conjuntura de constituição do Estado de Bem Estar Social no país, essa associada às características de um capitalismo tardio e governo autoritário, com a instituição de políticas sociais antecedidas por

longo período de cidadania regulada<sup>29</sup> (Carmo & Guizardi, 2018). O contexto brasileiro dessa construção situa-se no processo de industrialização do país, no qual direitos sociais foram reconhecidos apenas para quem estivesse inserido no mercado de trabalho, sendo o acesso à cidadania condicionada a uma ocupação funcional (possuir profissão reconhecida ou emprego formal). Dentro disso se inseriu a lógica de seguro social de acesso mediado por contribuição dos/as assalariados/as (Grin, 2013).

Importante assim destacar que a experiência brasileira até meados dos anos 70 incorporou a cidadania regulada como modelo meritocrático-individual de solidariedade social (Aureliano & Draibe, 1989; Grin, 2013). Esse desenho político-institucional teve como efeitos a intensificação da desigualdade social e ampliação da exclusão de grande parte da população do status formal de cidadão. Um processo histórico que dificultou a aproximação do país à lógica de universalização de direitos, situação que só pôde começar a ser revertida após a segunda metade dos anos 1980 (Grin, 2013).

A instituição da seguridade social na Constituição de 1988 sinaliza o estabelecimento de um regime de Estado de Bem-estar social no Brasil. Diferindo da ideia de seguro social regulado por contribuição financeira, a seguridade social como modalidade de proteção se fundamenta na universalidade das políticas sociais e na concepção de um Estado protetor, superando a compreensão de intervenção estatal voltada apenas aos grupos mais destituídos (Rezende et al., 2015).

Entretanto, nas diferentes conjunturas de constituição e consolidação das políticas sociais que a compõe, entre recentes reformas e contrarreformas neoliberais, operam-se concepções distintas de Estado e disputas entre projetos de sociedade que interferem nas condições de possibilidade de efetivar a universalização prevista. Fala-se em uma seguridade inconclusa, persistindo a focalização das políticas em determinados grupos populacionais entendidos como em situação de vulnerabilidade (Carmo & Guizardi, 2018).

O que une saúde e assistência social nessa cena de reunião intersetorial em que atores da educação e conselho tutelar verbalizam certa insuficiência estatal e direcionam estratégia de solução através do fornecimento de cesta básica? De um lado a integralidade no SUS inclui acesso aos medicamentos. De outro, no SUAS se insere o acesso a diferentes benefícios sociais. Embora exista uma diferença entre políticas sociais contributivas e não contributivas na seguridade social, a política de saúde e de assistência social foram instituídas como políticas de caráter não contributivo.

---

<sup>29</sup> Expressão cunhada por Wanderley Guilherme dos Santos em 1979, no livro “Cidadania e Justiça”.



Localizo nos discursos que permeiam as situações vivenciadas em pleno século XXI, os rastros de uma determinada seguridade social inconclusa em nosso país. Talvez ainda estejamos a colher frutos do longo período de uma cidadania regulada, da época em que direitos sociais eram reconhecidos apenas para quem estivesse inserido no mercado de trabalho e segue ainda incorporado a lógica de acesso mediado por contribuição. O ano é 2017, mas ainda estaríamos muito distantes de uma universalização das políticas sociais e da constituição de um Estado protetor. Nem mesmo a premissa de focalização em grupos populacionais considerados como em vulnerabilidade parece aqui se sustentar, pois há um questionamento sobre essa vulnerabilidade e do papel do estado frente a essa.

Em muitos momentos, nas conferências e incansáveis reuniões de rede intra e intersetorial debatíamos que o município precisava se ocupar de organizar e promover oportunidades de forma equânime e não apenas passar a responsabilidade para pessoas/famílias que vivenciam esses contextos. Entretanto, éramos vozes muito destoantes daquilo que se mostrava bastante naturalizado tanto nas gestoras/es quanto nas trabalhadoras/es e usuárias/os dos serviços das diferentes políticas públicas. A questão parece ir se situando por aí, nesse fluxo crescente que há muito avança no país, uma distorção do que se entende como política pública em um estado de bem estar social que prometia a proteção de sua população por meio da seguridade social na Constituição de 1988.

O sujeito de direitos à margem das relações econômicas hegemônicas que ditam o funcionamento social, ficam à mercê da benevolência de serem contemplados ou não em benefícios e isenções, conforme critérios pré-estabelecidos. O sujeito de direitos de fato não se vê como sujeito de direitos, tal posição o coloca num lugar de controle do estado, que o regula através de seu lugar vulnerável e anuncia sua libertação à medida que se render ao modo *homo oeconomicus*, mostrar esforço em tornar-se um empresário de si (Guareschi et al., 2010).

Que encontro é esse da intersectorialidade SUS e SUAS que desliza entre processos de subjetivação tão distintos? As contradições desse suposto Estado de Bem Estar Social trazem implicações na efetivação das políticas de saúde e de assistência social. No caso da saúde, ao não efetivar a integralidade da atenção, resguarda à judicialização para garantia do direito. Na assistência social vislumbra-se programas de governo sem sustentabilidade enquanto políticas de estado, programas que variam aos ventos de cada gestão, instaurando condicionalidades de acesso e desvios motivados por campanhas eleitorais...

## 2. Da insuficiência estatal e o subfinanciamento das políticas sociais

Chama atenção no íterim da discussão da constituição das políticas da seguridade social a vivência tão atual de um financiamento da saúde e da assistência social insuficiente que, por vezes, nomeado de subfinanciamento, em outras até de um desfinanciamento. No trecho a seguir da narrativa indica-se conjuntura vivenciada por gestões municipais ainda em meados de 2015:

*(...) aquele tradicional e recorrente desabafo do gestor, (...) o destaque a falta um aporte financeiro maior para os municípios. Naquele ano (2015), (...) no orçamento da política, eram 87% recursos próprios do município, sendo o Estado responsável por pouco mais de 1% e a União com cerca de 12% dos recursos. O município esbravejava diante de tal quadro, ainda mais com o atraso dos repasses do recurso estadual que já estavam em quase 2 anos (...).*

O que faz ser tradicional e recorrente esse desabafo da gestão? De onde vem esse “subfinanciamento”? Se na constituição havia uma pretensão de integração das políticas públicas que compõe a seguridade social, as leis orgânicas de cada política (da saúde e da assistência social em foco aqui) foram construídas de forma a tomar caminhos diferentes, tornando mais dificultoso sua articulação tal qual prevista na Constituição Federal de 88 (Monnerat & Souza, 2011).

Essa divergência de caminhos que vai se desenhando em sequência à aprovação da constituição, também envolve um contexto de disputas no que se refere aos recursos e fontes de financiamento da Seguridade Social junto ao Ministério da Fazenda. Esse período fora já marcado por contingenciamentos no que se refere aos recursos para as políticas sociais (Monnerat & Souza, 2011).

Como já abordado anteriormente, esse imperativo de integração entre as políticas sociais que compõem a seguridade social previsto na CF, não chegou a ser efetivado na prática. O modelo de Seguridade Social almejado seria viabilizado através de um orçamento único, integrando diversos recursos de distintas fontes, sendo então distribuídos entre saúde, assistência social e previdência. O que acabou ocorrendo foi a especialização das fontes de financiamento para cada política, aproveitando a falta de previsão quanto ao modo de operar

tal proposta no texto constitucional e, em seguida, inserindo esse formato via emenda constitucional em 1998 (Fleury, 2005).

Uma vez instituída essa especialização no financiamento das políticas, extinguiu-se a possibilidade de instituir um orçamento único gerido através de um Ministério próprio, tal como inicialmente estava previsto na CF. Destaca-se que não houve mobilização por nenhuma das políticas sociais em defesa do orçamento unificado e de um Ministério próprio que as integrasse. Esse desfecho pode ser entendido como uma consequência da forte concorrência existente entre as áreas de política a compor a Seguridade (Monnerat & Souza, 2011).

Desta forma, mesmo considerando que as mudanças constitucionais se deram em uma conjuntura nada favorável a sua implantação, houve uma influência das trajetórias institucionais da saúde, assistência social e previdência, com relação ao legado técnico e político de cada área, para as dificuldades que se apresentam à integração proposta. O setor saúde temia que, ao integrar um Ministério da Seguridade Social, perdesse sua especificidade na construção do SUS. A assistência social em seu histórico clientelista e institucionalmente frágil, teve dificuldades para mobilizar o setor (Monnerat & Souza, 2011).

Em direção ao século XXI, nos defrontamos com uma realidade em que a política de saúde conseguiu instituir suas fontes de recursos sob gestão de um ministério próprio. Contudo, delimitou percentuais mínimos de investimento apenas aos municípios e aos estados, deixando congelado o estabelecimento do mínimo que cabe à União. Já na política de assistência social, ainda não se conseguiu estabelecer nenhum percentual mínimo para a implementação da política, em nenhuma das esferas da federação.

Não à toa percebe-se um maior desenvolvimento no âmbito do SUS quanto aos serviços de atenção básica à saúde, uma vez que o percentual mínimo de investimento dos municípios é o maior e está vinculado ao desenvolvimento desse nível de atenção, que é de sua responsabilidade de execução. Os municípios em geral superam o gasto desse percentual mínimo previsto, seja pelas ações de judicialização, seja pela execução de serviços de média e alta complexidade demandados por sua população e não ressarcidos ou cofinanciados pelo estado e união.

A briga com a esfera estadual gira em torno da aplicação do mínimo percentual que frequentemente não é atingido pelos governos. Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) vem reprovando o Relatório Anual de Gestão ano após ano ao constatar que o governo estadual não aplicou o percentual mínimo de 12% em Ações e Serviços Públicos de

Saúde<sup>30</sup>. Ocorre aí já um subfinanciamento do SUS no que diz respeito à esfera estadual, a qual seria responsável pelo repasse de recursos próprios para o nível de média e alta complexidade, além do repasse dos recursos federais.

Esses por sua vez, que deveriam dar conta dos procedimentos de alto custo do SUS, por exemplo, ficaram congelados na previsão da Emenda Constitucional (EC) n. 29 (2000) que indicava os recursos mínimos no caso da união até 2004, considerando o valor do ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A constituição previa a criação de uma lei complementar que estabeleceria esses recursos mínimos. A inserção final da EC previa que, na ausência de criação desta Lei Complementar, a partir de 2005 se manteria esse mesmo cálculo que considera o valor do ano anterior.

Assim, se por um lado a EC 29 é considerada um marco importante por ter introduzido o financiamento da saúde definindo o mínimo percentual de investimento para estados e municípios, para o governo federal isso não ocorreu. Como efeito, observa-se a elevação do investimento dos estados e municípios ao longo dos anos que a sucedem (Confederação Nacional de Municípios [CNM], 2018).

Doze anos após, ocorre um avanço com a Lei n. 141 (2012) na definição do que pode ser considerado gasto público com saúde e na obrigatoriedade das três esferas federativas declararem bimestralmente os recursos aplicados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Entretanto, três anos depois, a emenda constitucional nº 86/2015 ao definir um mínimo percentual da União o condiciona a uma tal regra transitória de escalonamento que possibilitou diminuir os recursos mínimos aplicados pela esfera federal no ano de 2016. Além disso, inseriu os royalties do petróleo como fonte de receita para o mínimo em saúde ao invés de considerá-la como receita adicional, fazendo com que essa emenda configurasse uma grande derrota para o financiamento do SUS. Para piorar a situação, em 2016 tem-se a aprovação da Emenda Constitucional 95, limitando os gastos federais à correção pela inflação do ano anterior pelos próximos 20 anos (CNM, 2018).

Com relação à política de assistência social, a despeito dos avanços legais na instituição do SUAS pela Lei n. 12.435 em 2011 e das deliberações das últimas Conferências de Assistência Social (referências em documentos do CNAS<sup>31</sup>), seu financiamento segue sem

---

<sup>30</sup> Como se pode verificar, por exemplo, na Resolução CES/RS nº 6/2018 que rejeita o RAG de 2017 e a Resolução CES/RS nº 05/2017 que rejeita o RAG referente a 2016. As demais reprovações de RAGs podem ser visualizadas em diversas resoluções emitidas pelo CES/RS disponíveis em seu site (<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>).

<sup>31</sup> No blog do CNAS é possível acessar deliberações finais de cada conferência nacional, sendo que é divulgado um acervo com todas as deliberações das conferências anteriores, último documento compilado publicado na 11ª Conferência Nacional

uma legislação que regulamente percentual mínimo a ser investido por cada esfera de governo. Desta forma, não se tem até o presente instituída uma vinculação orçamentária específica por cada ente federado (MDS, 2011a).

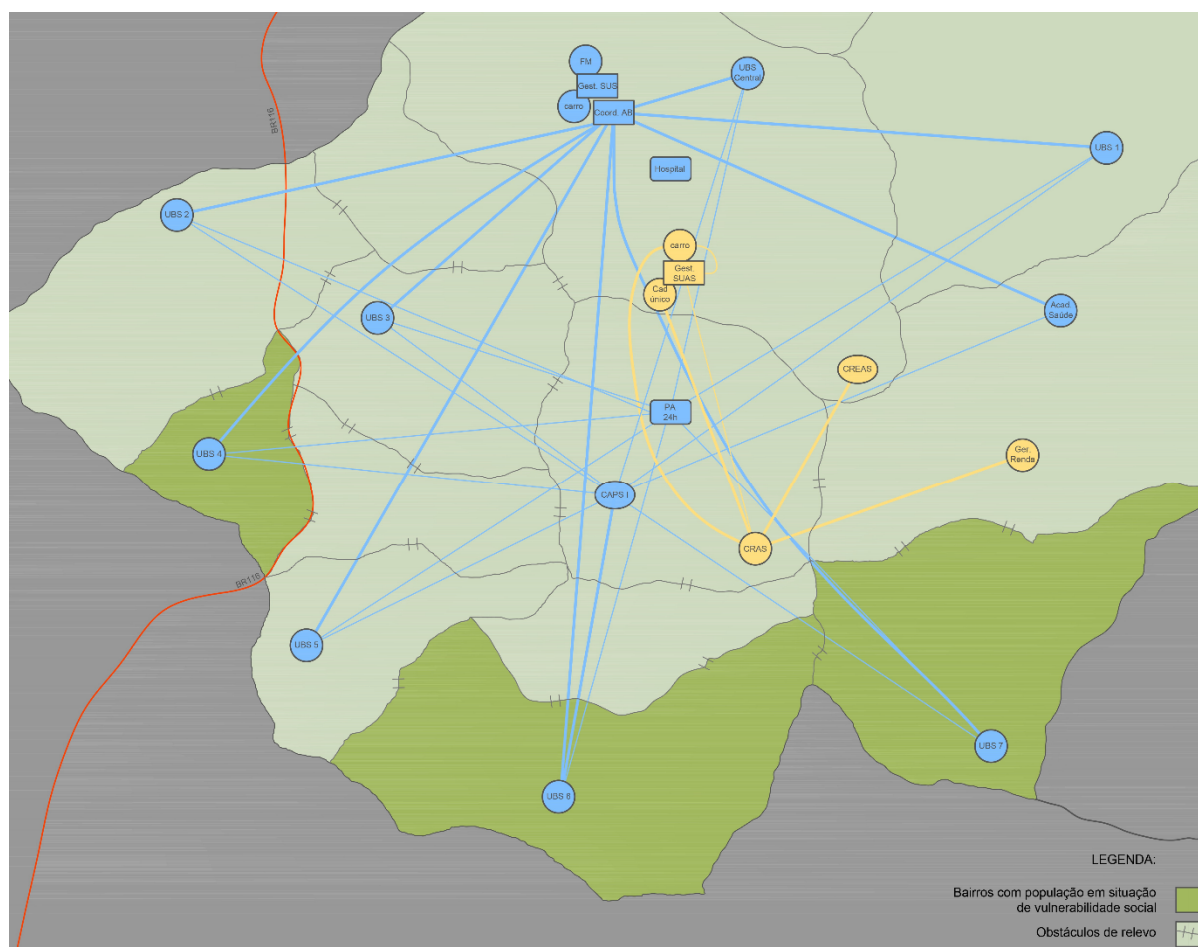
Mantém-se uma constante insegurança quanto aos recursos que serão disponibilizados (ou mesmo de sua existência) para a sustentabilidade e ampliação da rede de serviços socioassistenciais. Essa insegurança que já costumava ser intensificada frente a atrasos e irregularidades dos repasses, fora ainda mais agravada diante da aprovação da já referida EC nº 95/2016 ao congelar os gastos públicos por 20 anos. Desde essa emenda do teto de gastos, a limitação imposta impactou no repasse do cofinanciamento federal de forma a pôr em risco a manutenção dos serviços existentes (Pinheiro et al., 2020).

### **3. Centralização, territorialização e capilaridade da rede de serviços SUS e SUAS**

Os municípios de pequeno porte contam preponderantemente com recursos destinados à atenção básica em saúde (AB) no SUS e a proteção social básica (PSB) no SUAS. Os serviços desse nível de atenção à saúde e proteção social tem a característica comum de estarem inseridos nos diferentes territórios da cidade (ao menos isso é o preconizado em cada política). Entretanto, como já discutido na seção anterior, o subfinanciamento das políticas sociais ao longo dos últimos anos, bem como, a ausência de percentual mínimo de repasse e aplicação de recursos na assistência social, parece nos sinalizar algumas pistas de que configuração de rede podemos encontrar nesses municípios. No caso do Pé da Serra, a seguir tem-se na Figura 7 um ecomapa construído a fim de visibilizar as relações entre serviços dentro de cada política (relações entre serviços da rede SUS e relações entre serviços da rede SUAS). Nesse sentido, são relações chamadas de intrasetoriais.

**Figura 7**

*Ecomapa Relações Intrasetoriais SUS e SUAS no Pé da Serra*



*Nota:* CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; Ger. Renda - Oficinas de Geração de Renda; carro - veículo de transporte de cada política; Cad. Único - Cadastro Único dos programas sociais; CREAMS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Gest. SUAS - Gestão SUAS e Departamento de Assistência Social; UBS - Unidade Básica de Saúde; Acad Saúde - Academia da Saúde; FM - Farmácia Municipal; CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial tipo I; PA 24h - Pronto de Atendimento 24hs; Gest. SUS - Gestão SUS e Secretaria Municipal de Saúde; Hospital - Hospital Municipal; Coord. AB - Coordenação da Atenção Básica em Saúde. **Em** Elaborado pela autora, 2022.

No caso dos serviços da política de assistência social municipal, partindo do CRAS, percebemos que há uma relação com o equipamento geração de renda, a qual é representada como forte/constante por envolver reuniões sistemáticas e um acompanhamento conjunto das pessoas que participavam das oficinas, além de conversas entre os equipamentos para fins de encaminhamento e planejamento das ações.

A conexão entre CRAS e CREAMS referida no deslocamento inicial da viagem de ida ao Pé da Serra, já sinalizava a existência de reuniões regulares entre os serviços. Em vista disso, a relação também é representada como forte/constante. Intensidade que envolve os encaminhamentos de situações entre o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

(PAIF) e o de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), o desenvolvimento de ações conjuntas e o acesso a benefícios eventuais. No âmbito do CREAS não eram concedidos benefícios socioassistenciais, a demanda por esses benefícios era avaliada, mas sua concessão se dava no âmbito do CRAS. Deste modo, as famílias acompanhadas no CREAS, eram encaminhadas por esse serviço ao CRAS para essas demandas. A relação entre PAIF e PAEFI, se dava em termos de referência e contrarreferência entre CRAS e CREAS. Entretanto, era comum ter a família em PAEFI no CREAS com filhos em atividades de convivência e fortalecimento de vínculos ofertadas pelo CRAS (como no caso dos filhos de Ubirajara), e/ou ainda nas oficinas existentes no geração de renda. A relação entre PSB e Proteção Social Especializada (PSE) acabava se dando através desses encontros e trocas entre CRAS e CREAS. Tal como na saúde, as pessoas acompanhadas nesse âmbito especializado, não deixavam de utilizar serviços da PSB.

O CRAS se conecta com o CadÚnico, situado dentro do departamento da Assistência Social, em uma relação constante de trocas que dizem respeito ao acesso e acompanhamento do Programa Bolsa Família, bem como ao acesso a outros programas sociais. Também há uma linha fina que conecta o CRAS com o Departamento de Assistência Social, diz de uma relação existente, mas pontual, por envolver uma relação mais restrita da coordenação do CRAS com a gestão, já que a equipe de profissionais não tinha essa relação mais próxima ou constante.

Destaco também uma forte relação dos serviços CRAS e CREAS com o carro da assistência social. Especialmente para o CRAS, se tornava fundamental, pois viabilizava a realização das visitas domiciliares. O carro da política de assistência se torna o instrumento que possibilita acessar o território. Contudo, era o mesmo carro utilizado para todas as demandas da política, o que implicava em certa divisão e disputa quanto às possibilidades de uso durante a semana.

Esse ecomapa que aqui visibiliza os serviços e suas conexões, permite perceber que não há uma capilaridade dos serviços da PSB no território. Chama atenção ao visualizar a imagem produzida pelo ecomapa a quantidade de linhas azuis que representam as relações entre os serviços de saúde. A saúde parece estabelecer relações em todo o território. O efeito se dá principalmente pela existência de unidades de saúde em praticamente todos os bairros.

Há uma relação que conecta todas as unidades de saúde (UBS e ESF) com a coordenação da atenção básica, a qual por sua vez está conectada diretamente com a Secretaria de Saúde. Essa conexão diz das situações de encaminhamentos e agendamentos, de

necessidades que extrapolam o nível da AB. Há linhas também que conectam as UBS com o pronto atendimento (PA) 24 horas, numa relação que acaba sendo mais pontual, de um encaminhamento que se dá frente alguma situação mais grave que apareça.

As unidades de saúde também estão conectadas com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que a relação se dá a partir do matriciamento de saúde mental com as equipes da AB. Através do matriciamento são discutidos casos e encaminhadas situações para o serviço especializado de saúde mental existente.

Também há linhas que partem da academia de saúde e se conectam com o CAPS, envolvendo o encaminhamento de pessoas em sofrimento psíquico para suas atividades, bem como há uma linha que a conecta com a coordenação da atenção básica em saúde. A relação aqui é de certa mediação para o acesso das unidades territorializadas, mostra-se bastante constante, considerando que a academia de saúde é um equipamento de promoção à saúde situado no nível da AB do SUS, que possui estreita relação com a coordenação da AB e capilaridade com as UBS e ESF.

Por mais que o ecomapa também visibilize algumas relações que dizem respeito à níveis de média e alta complexidade, seja na assistência social, seja na saúde, o que mais chama atenção no ecomapa são as diferenças de capilaridade entre a política de saúde e a política da Assistência Social, expressas pela configuração de serviços da AB e da PSB. É possível perceber uma diferença visivelmente considerável ao comparar os equipamentos da PSB no SUAS e da AB no SUS em suas relações intrasetoriais.

No CRAS uma das principais dificuldades de ser um único serviço centralizado, era também não contar com uma equipe de vigilância socioassistencial<sup>32</sup>. Justamente pelo fato de não estarmos inseridos de forma mais orgânica nos territórios, a inexistência de uma vigilância socioassistencial estruturada era ainda mais sentida pela equipe do serviço, tendo

---

<sup>32</sup> Função da política de assistência social instituída desde a LOAS juntamente à proteção social e à defesa de direitos (Lei n. 8.742/1993, alterada pela Lei n. 12.435/2011) que objetiva “detectar e compreender as situações de precarização e de agravamento das vulnerabilidades que afetam os territórios e os cidadãos, prejudicando e pondo em risco sua sobrevivência, dignidade, autonomia e socialização” (MDS, 2013). A partir da NOB SUAS em 2012 há previsão de que deva estar estruturada e ativa nas três esferas (conforme art.12 e art. 90). No âmbito dos municípios, dentre outras responsabilidades, a vigilância socioassistencial possui a incumbência de elaborar e atualizar diagnósticos socioterritoriais onde situam-se o CRAS e o CREAS, além de fornecer de forma sistemática informações e indicadores territorializados especialmente ao CRAS e CREAS, auxiliando na busca ativa e subsidiando o planejamento e avaliação dos serviços (Resolução CNAS n. 33, 2012). Sua implantação e implementação em todos os municípios constava dentre as metas e estratégias do Plano Decenal de Assistência Social com previsão de alcance até 2015. Para sua estruturação em municípios de pequeno porte, requer ao menos a constituição de uma pessoa de referência para a Vigilância Socioassistencial e, caso não seja possível, orienta-se que o município capacite e/ou realoque profissional do seu quadro para esse exercício, ou ainda, contrate equipe especializada (MDS, 2013).



em vista a ausência de um diagnóstico socioterritorial para o planejamento e construção das ações da PSB. Uma situação bastante diferente na comparação com atenção básica em saúde, a qual contava com o potencial da vigilância em saúde para o planejamento e realização de ações de prevenção e promoção a partir de sua inserção nos diferentes pontos existentes no território.

No Pé Da Serra a acessibilidade à atenção básica em saúde contrasta com obstáculos percebidos quanto à proteção social básica. Todavia, tanto o CRAS no SUAS quanto a UBS no SUS são consideradas como porta de entrada da população em seu território de abrangência para acesso, respectivamente, à política de assistência social e à política de saúde. Para as UBSs a previsão de adscrição territorial é condição para o trabalho das equipes e o necessário conhecimento do território decorre da responsabilidade de considerar e atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde das coletividades (Portaria n. 2.488, 2011). Em outras palavras, pode-se depreender disso que, tal conhecimento, mostra-se fundamental para avaliação da situação de saúde e construção de qualquer prática de cuidado, sendo que, a desconsideração das especificidades do território pode implicar em grande risco de iatrogenia. Para o CRAS, a territorialização constitui um fator identitário, tendo na sua descentralização e oferta em locais próximos às pessoas usuárias do serviço a criação de condições para o alcance da proteção social almejada. Isto porque o conhecimento do território é considerado como determinante para compreender e enfrentar as situações de vulnerabilidade e risco social, considerando que no território é onde se expressam os conflitos e desigualdades sociais que perpassam as relações familiares e comunitárias (MDS, 2009).

A preocupação aqui se dá por um olhar de coletividade, um olhar de análise do contexto social e das especificidades do mesmo na produção de diferentes condições de vida. Trata-se da importância de conhecer o território de vida das pessoas, mapeando os diferentes pontos de apoio existentes (formal e informal) para construir as ações junto às pessoas onde estas vivem.

Ter em mente esse “mapa do território” no CRAS fora tantas vezes determinante para construir as ações junto às pessoas atendidas (tanto quanto havia experienciado na saúde). De forma mais pragmática, quando estávamos começando a compor o projeto para adolescentes, importava muito de onde vinham, em que ponto moravam no território. Precisávamos garantir seu acesso e, a viabilização disso, variava drasticamente a depender do ponto onde aquela/e jovem residia no território.

Assim sendo, tanto para a atenção básica em saúde quanto para a proteção social básica, o conhecimento do território onde se inserem seus equipamentos é fator primordial para o seu desenvolvimento. Portanto, pode-se compreender que a localização dos serviços em dado território municipal diz muito do possível e impossível quanto ao acesso da população a tais políticas, bem como, quanto ao conhecimento de suas especificidades, e a consideração dessas, para planejamento e execução de ações.

Pensando nessa capilaridade entre os sistemas, como chegamos a este desenho de relações intrasetoriais tão diferentes em um município pequeno entre a saúde e a assistência social? Como chegamos nessa discrepância entre a capilaridade da saúde e da assistência social neste município? Que rastros que tem aí que dizem das especificidades do processo de constituição dessas duas políticas e o quanto isso pode ter provocado esse desenho que a gente tem hoje?

Talvez, essa configuração nos indique algo sobre como cada política social se ocupou de discutir as relações dentro de suas redes de serviços. Da especificidade de cada política ser colocada como a principal. No sentido de se ocupar de desenvolver mais essas relações entre os serviços do PSB e PSE no SUAS, entre serviços da AB e níveis de média e alta complexidade do SUS. Cada política organiza uma série de recursos de comunicação e de certa integralidade da atenção no SUS, e da proteção social no SUAS.

Quando discorro a partir do ecomapa sobre essas relações intrasetoriais existentes, eu falo do lugar de quem esteve como trabalhadora das duas políticas e que vivenciou em ato essas relações acontecerem, mas também a partir da existência de uma série de normativas constituídas dentro de cada política com relação a esses serviços e as relações possíveis entre esses.

No caso da saúde isso vai ainda mais longe, no sentido de ter dentro da política de saúde uma série de especificações que vão estruturar políticas de saúde distintas ou temáticas (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional De Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, etc.). A saúde foi se organizando com essas várias políticas nacionais de saúde conforme especificidades de grupos populacionais, bem como em termos de condições e necessidades de saúde distintas, além de regulamentações envolvendo a organização e financiamento das diferentes redes em seus níveis de atenção/complexidade.

Na assistência isso se dá de forma diferente, não existindo políticas nacionais estruturadas distintamente. Fora instituída uma política nacional de assistência social e uma

série de normativas que preveem o funcionamento dos serviços e as relações entre eles, de como devam se dar. Isso ocorre, por exemplo, na tipificação dos serviços socioassistenciais, que é o instrumento que organiza e especifica todos os serviços e modalidades previstos na assistência social para cada nível de proteção social. Vale lembrar que a estruturação de um SUAS veio depois desse momento.

Até que ponto o temor do setor saúde em perder a especificidade de construção do SUS, caso ficasse num ministério compartilhado da seguridade social, pode ter possibilitado esse desenvolvimento do SUS? Por outro lado, no momento que se faz setorialização tão forte da saúde em termos de sua especificidade para garantir o SUS, também se fala de uma especificidade muito vinculada a uma concepção biomédica, restrita a uma visão mais individual e biológica. Nesse sentido, teríamos impactos um tanto preocupantes gestados em caminhos de certa fragmentação. Afinal, quando se considera o conceito ampliado de saúde, entende-se que ela é determinada socialmente pelas condições de vida da população, sendo necessário reconhecer a dimensão coletiva nesses determinantes sociais da saúde, bem como, sua incompatibilidade com a perspectiva biomédica e individualizante.

Também há de se considerar a diferença do SUS ter se instituído como uma política universal e a política de assistência social para quem dela necessitar. Em vista disso, podemos então indagar, o quanto esse histórico distinto de constituição das duas políticas influenciou para que, de um lado a política de assistência social se ocupasse mais das questões intersetoriais tendo em vista a garantia e defesa de direitos sociais, enquanto, de outro, a política de saúde se ocupou mais do desenvolvimento e organização de suas próprias redes de atenção, como uma forma de solidificar e fortalecer o SUS como sistema público universal.

No desenvolvimento da política de assistência social, enquanto o SUAS vai sendo estruturado, pode-se perceber vários aspectos similares à estruturação do SUS. É possível visualizar muitas semelhanças nos termos utilizados e na organização dos sistemas, o que parece indicar que existe uma influência da organização do SUS no momento em que se estrutura o SUAS.

Isso me faz pensar que, em prol de fortalecer e consolidar o SUAS, exista um movimento de fechamento/setorialização da política de assistência social, justamente para o desenvolvimento dessas relações entre serviços, ampliação e organização enquanto um sistema único. Talvez, algo que se mostrou necessário para que o SUAS pudesse se instituir de vez como política pública e não ficasse tão à mercê de programas governamentais.

Diante disso, poderia se questionar nesse movimento, o quanto se perde o potencial da intersetorialidade para maior integração entre as políticas sociais? O quanto isso dificulta pensar o que se pode fazer junto e/ou se questionar por quais motivos não se faz? E quando se pensa em “fazer junto”, quais obstáculos estruturais emergem dessa setorialização?

Esse fazer junto que diz respeito às práticas intersetoriais, parece viabilizado pela gestão das políticas apenas quando há determinado enfoque no controle, fiscalização e racionamento de recursos. Diferentemente das barreiras gerenciais e burocráticas que se impõem quando tal junção se direciona à ampliação e à expansão da própria política pública à população.

#### **4. Município de grande porte e as diferenças na rede SUS e SUAS**

Essa configuração de redes SUS e SUAS no Pé da Serra aponta para um contraste marcante quando em comparação com um município de grande porte. Algo já introduzido na narrativa quando se aborda o movimento de Jurema em ir para um município de grande porte da região metropolitana, conforme resgato no trecho a seguir:

*(...) Quando então consigo contatar Jurema, ela me conta que houve uma oportunidade de um lugar para morar sem custos inicialmente (possivelmente área irregular), mas entendia que nesse município maior teria outras perspectivas, conseguiria algum apoio (...).*

Em busca de melhores perspectivas de vida, Jurema se muda do Pé da Serra. Manteve um vínculo transitório com o CRAS até estar bem situada com relação à assistência social dessa cidade grande. Quando realizo contato com tal rede municipal, mesmo estando mais territorializada do que num município pequeno, encontro dificuldades relativas às condições de trabalho da equipe do SUAS a qual Jurema estava referenciada.

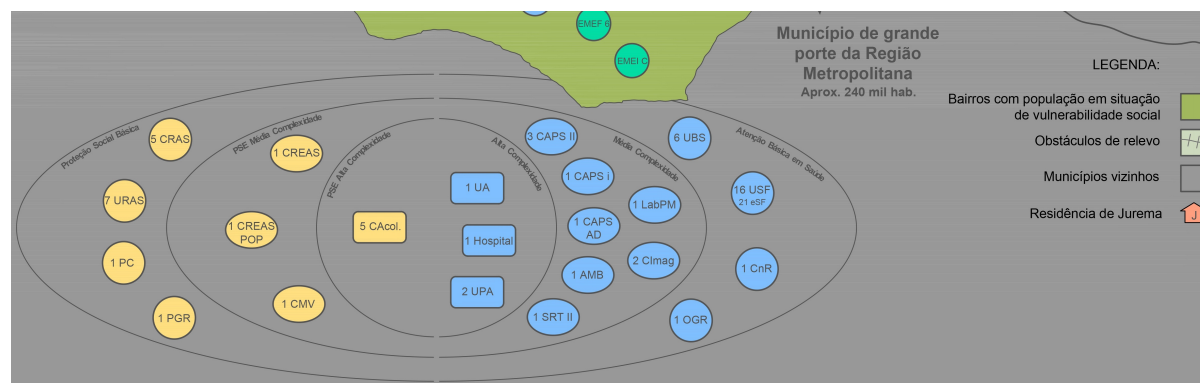
O que fez ser mais tranquilo Jurema se localizar na rede de saúde e de educação nesse grande município? Por que com relação à rede de assistência social precisou pedir ajuda? Que diferenças pode-se perceber na configuração das redes SUS e SUAS nesse município de grande porte?

Aproximando um pouco mais na imagem do mapa que mostra o deslocamento de Jurema para um município de grande porte, podemos observar a existência de uma ampla

gama de serviços, tanto no âmbito da rede SUAS quanto no da rede SUS, muitos dos quais não existem no município Pé Serra (como destaca-se na Figura 8 a seguir).

**Figura 8**

*Mapa em aproximação: recursos da rede do município de grande porte*



**Nota:** Legenda: REDE SUS - Alta Complexidade: 1 Hospital - Hospital Municipal, 2 UPA - Unidades de Pronto Atendimento, 1 UA - Unidade de Acolhimento Adulto; Média Complexidade: 3 CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Adulto, 1 CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infantil, 1 CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, 1 AMB - Ambulatório de Saúde Mental (AD e Adulto), 1 SRT II - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II, 1 LabPM - Laboratório Público Municipal, 2 Cimag - Centros de Imagem; Atenção Básica em Saúde: 6 UBS - Unidades Básicas de Saúde, 16 USF - Unidades de Saúde da Família, 21 eSF - Equipes de Estratégia de Saúde da Família, 1 CnR - Consultório na Rua, 1 OGR - Oficina de Geração de Renda. REDE SUAS - Proteção Social Especial de Alta Complexidade: 5 CAcol - Casas de acolhimento para crianças e adolescentes; Proteção Social Especial de Média Complexidade: 1 CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 1 CREAS POP - Centro de Referência Especializado de Assistência Social para Pessoas em Situação de Rua, 1 CMV - Centro de Atendimento a mulheres vítimas de violências; Proteção Social Básica: 5 CRAS - Centro de Referência de Assistência Social, 7 URAS - Unidades de Referência de Assistência Social, 1 PC - Programa de capacitação para pessoas em situação de vulnerabilidade social, 1 PGR - Programa intersetorial de geração de renda e sustentabilidade. **Em** Elaborado pela autora, 2022.

Neste município de grande porte da região metropolitana pode-se destacar, com relação a rede SUAS, a existência no nível da PSB de 5 CRAS, além de 7 Unidades de Referência de Assistência Social (URAS) que eram serviços implantados ao longo de todo o território, sendo que cada CRAS é referência para uma certa quantidade de bairros e as equipes das URAS seriam responsáveis por uma quantidade menor de bairros, ou ainda, eram situadas em um bairro específico, conforme a maior ou menor demanda de atendimento a populações vulneráveis.

Observa-se a diferença em termos de territorialização e capilaridade dos serviços da PSB no âmbito do município de grande porte, o que não necessariamente corresponde a estrutura necessária para o desenvolvimento das ações, tal como se indica no contato realizado com o CRAS que seria referência do território para o qual Jurema se mudou. O

contato com esse CRAS anunciava as dificuldades pelas quais os serviços da política de assistência social estavam passando nesse município, perceptível no indicativo de que estavam sem as condições mínimas de trabalho.

Ainda dentro da PSB, se destaca a existência de um programa de capacitação para pessoas em situação de vulnerabilidade social e um programa intersetorial de geração de renda e sustentabilidade. Ambos integrantes e referenciados à rede socioassistencial no município.

No que se refere a gestão do SUAS, é notável a existência de uma secretaria própria (Secretaria de Desenvolvimento Social) que abriga a gestão da política de assistência social do município.

Organizam dentro da Proteção Social Especial (PSE) de média complexidade um CREAS localizado no bairro central, referência para todos os territórios do município. A cidade grande tinha o diferencial de ter implantado um Centro de Referência Especializado de Assistência Social para pessoas em situação de rua, tanto jovens, adultos quanto idosos, chamado CREAS POP, o qual também estava situado no centro da cidade. Outro serviço da PSE de média complexidade desta rede seria o centro de atendimento a mulheres vítimas de violências.

No âmbito da PSE de alta complexidade do SUAS, o município conta com 5 casas de acolhimento para crianças e adolescentes para situações que demandam o acolhimento institucional. Inclusive, já houve momentos em que Pé da Serra teve de articular conveniamento de vaga junto a essas instituições.

No âmbito do SUS na atenção básica em saúde (AB), pode-se encontrar 6 unidades básicas de saúde (UBS), 17 unidades de Saúde da Família (USF) com mais de 40 equipes de ESF, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças com grupos de pessoas de cada território por meio da ação de agentes comunitários. Ainda dentro da AB, encontramos um Consultório na Rua, um serviço que atende pessoas em situação de rua nos locais onde elas estiverem, ampliando o acesso ao cuidado em saúde em articulação com as UBS, USF e outros serviços.

Com relação aos serviços de média complexidade do SUS, no âmbito da atenção psicossocial especializada, pode se situar a presença de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto do tipo II, 1 CAPS infantil (com equipes atuando no território de bairros específicos), e um CAPS AD específico para pessoas que tenham sofrimento psíquico relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Integram ainda a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS) do município: no componente reabilitação psicossocial uma oficina de geração de renda; nas estratégias de desinstitucionalização um serviço residencial terapêutico do tipo 2 (serviço bastante raro, praticamente impossível de existir em municípios pequenos); e no componente atenção residencial de caráter transitório uma unidade de acolhimento adulto (oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e situação de vulnerabilidade social).

Ainda na média complexidade do SUS, temos o diferencial da presença de serviços de diagnóstico, como o laboratório público municipal que presta serviços de análises clínicas às pessoas encaminhadas pela rede SUS municipal e dois centros de imagem nos quais são realizados exames de radiologia, ecografias e biópsias, sendo que alguns desses exames são de referência regional de saúde (acesso por municípios menores via regulação estadual).

Destaca-se também a presença de serviços de alta complexidade do SUS, contando com Hospital Municipal, responsável pela atenção hospitalar (do atendimento de urgências e emergências às internações) e duas unidades de pronto atendimento (UPA), de funcionamento 24 horas para as urgências e emergências (tem a função de organizar a urgência e emergência dos hospitais do SUS).

Os diversos leitos de internação hospitalar, em grande parte, são acessados através da Central de Regulação do Estado. Isso significa que o Hospital é referência para toda a região, credenciado para atendimentos em procedimentos de alta complexidade em várias áreas, sendo também referência para as pessoas reguladas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), variando abrangência de municípios conforme especialidades e procedimentos. Pé da Serra é um dos municípios de pequeno porte que tem sua população atendida nesse Hospital via regulação estadual, assim como para alguns exames no Centro de Imagens.

Esse detalhamento das redes desse município de grande porte permite certo comparativo com a rede de um município de pequeno porte, como é o caso do Pé da Serra. Percebe-se que a maior diferença estaria no acesso a serviços especializados, de média e alta complexidade, em ambas as políticas públicas dentro da cidade. Além disso, no caso específico da PSB do SUAS, visualiza-se uma distribuição mais territorializada dos serviços.

Esse movimento de ir para um município maior ocorria em mudanças de cidade efetuadas pelas pessoas do Pé da Serra (tal como Jurema), mas também era costumeiro ocorrer deslocamentos transitórios para acesso a serviços não disponíveis no território

municipal. Algo já sinalizado anteriormente, e mais ao início da narrativa, quanto ao trânsito de residentes do Pé da Serra a municípios maiores no âmbito do SUS:

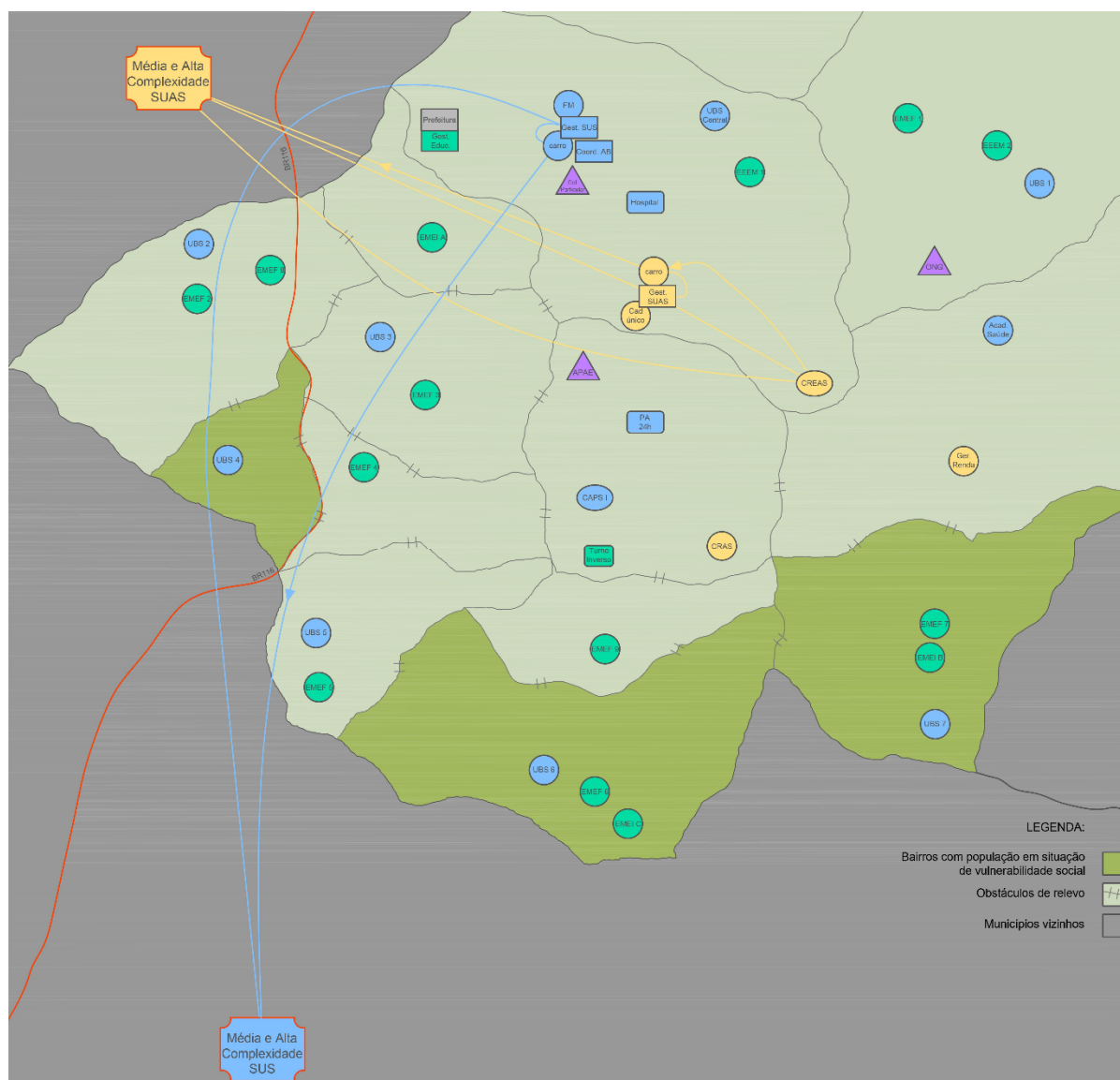
*(...) No Pé da Serra a grande maioria da população era atendida em unidades básicas de saúde, acessavam o SUS em atendimentos nos postos de saúde com certa frequência, mas para atendimentos especializados havia muitos deslocamentos para a capital ou outros municípios de grande porte conforme especificidade e referência (...).*

Tal trânsito não ocorria apenas com relação a serviços e procedimentos do SUS, mas também para o acesso a serviços de média e alta complexidade do SUAS. A seguir, visualiza-se na Figura 9 um ecomapa construído para visibilizar as relações intrasetoriais entre os serviços da saúde e os serviços da assistência social com relação aos encaminhamentos para atendimentos fora do município.



**Figura 9**

*Ecomapa das redes SUS e SUAS em encaminhamentos para fora do município*



*Nota:* Carro - veículo de transporte de cada política; CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Gest. SUAS - Gestão SUAS e Departamento de Assistência Social; Gest. SUS - Gestão SUS e Secretaria Municipal de Saúde. **Em** Elaborado pela autora, 2022.

Através desse ecomapa, pode-se atentar para um fluxo intenso de deslocamentos de pessoas residentes no Pé da Serra para outras localidades. No âmbito do SUAS, visava acessar serviços vinculados à PSE de alta complexidade e, no âmbito da do SUS, serviços de média e alta complexidade não disponíveis em um município de pequeno porte.

Na política de assistência social municipal, em geral, identificavam-se necessidades a partir de determinações judiciais, denúncias via CT, ou mesmo no acompanhamento de situações de violências e violações de direitos que demandam a articulação de

encaminhamentos para serviços da PSE de alta complexidade. Essas demandas envolviam, por exemplo, vagas em instituições para acolhimento institucional de crianças, adolescentes e idosos, além de orientação e encaminhamento para pessoas em situação de rua que passavam pelo município. Diante da ausência do suporte de um serviço especializado à proteção social desse grupo populacional, ocorriam encaminhamentos para Centros POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua de municípios maiores da região metropolitana (para isso havia um “auxílio passagem”, algo para que a pessoa em situação de rua continuasse sua caminhada para outro lugar fora do município).

A relação da gestão da política de assistência social do Pé da Serra com os demais municípios da região envolvia a contratualização e o convênio de vagas com instituições para acolhimento institucional, ou ainda, acesso a outros serviços de média e alta complexidade do SUAS, conforme demandas identificadas no âmbito do CREAS. Assim, o deslocamento para municípios maiores envolvia o acesso a essas vagas conveniadas em instituições prestadoras de serviços socioassistenciais (acolhimento institucional de crianças e adolescentes, Instituições de Longa Permanência para Idosos, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, abrigos para mulheres vítimas de violência doméstica). Aqui, novamente, o carro se mostra um equipamento importante que viabilizava esse deslocamento para fora do município, possibilitando o acesso a tais vagas contratualizadas pela gestão municipal do SUAS.

Municípios de pequeno porte não possuem previsão para dispor de instituições com vagas para acolhimento institucional, uma vez que para esses, inexistia previsão para execução, por meios próprios, no que se refere aos serviços elencados na PSE de alta complexidade. Deste modo, esses municípios necessitam contar com o apoio de outros de maior porte, demandando articulações regionais, as quais deveriam ser amparadas pela esfera estadual em assessoria técnica e orientação aos mesmos.

Neste ponto situa-se um obstáculo relacionado a uma descentralização administrativa que não ocorreu efetivamente. Não havia um sistema de regulação estadual que possibilitasse o acesso a vagas contratualizadas com alguma mediação do governo estadual. Dessa forma, o município pequeno se via sozinho para construir articulações com instituições de outros municípios que viabilizassem a execução da PSE conforme a demanda existente.

Isso se dava de forma diferente no SUS, pois muitas demandas de acesso aos atendimentos especializados, procedimentos de maior complexidade ou mesmo a exames específicos, tinham a possibilidade de serem regulados via sistema estadual. Quanto maior

era a articulação do sistema estadual em termos de uma descentralização mais regionalizada dos serviços de média e alta complexidade do SUS, menor a distância de deslocamento para acesso ao nível correspondente.

Percebe-se então no ecomapa uma linha de fluxo que conecta a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o ônibus/carro do setor. Essa conexão tem a ver com as demandas de deslocamento para acesso às especialidades, procedimentos e tratamentos não existentes no município, as quais são viabilizadas pelo(s) veículo(s) de transporte da saúde. Nesse sentido, há uma relação que conecta a SMS com serviços especializados de média e alta complexidade do SUS fora dos limites do Pé da Serra. Essa relação envolve o encaminhamento, agendamentos e monitoramento junto ao sistema de regulação estadual do SUS para as necessidades de saúde em nível de atenção não disponibilizado no município.

Em geral, os encaminhamentos para fora do município envolviam o acesso a órteses e próteses, tratamento oncológico, hemodiálise, especialidades como cardiologia, gastroenterologia, urologia, oftalmologia, além de exames diagnósticos diversos, cirurgias eletivas e urgentes de maior complexidade. Observa-se que há também uma linha que conecta a farmácia municipal para fora do município, uma relação que diz respeito também a conexão com a regulação estadual, uma vez que todos os medicamentos especiais eram enviados do estado para acesso aos munícipes que tiveram o deferimento de sua solicitação.

Percebe-se nos mapas de serviços do Pé da Serra a presença de um Hospital, com o qual a SMS contratualizava alguns atendimentos especializados. O Hospital primeiramente era de uma congregação religiosa e, posteriormente, foi repassado para administração municipal. Contudo, o município não fazia a gestão direta do equipamento, tendo repassado sua administração a uma organização da sociedade civil (OSC). Dessa forma, a prefeitura fazia um repasse de recursos a tal entidade para que esta efetivasse os atendimentos e fizesse a gestão do Hospital. Existia uma relação constante entre a gestão da SMS com a OSC que realizava a gestão do Hospital do município, de forma a definir e contratualizar serviços que seriam ofertados. Assim, alguns tipos de especialidades/serviços de média e alta complexidade, eram ofertados dentro do município através de conveniamento ou contratualizações de consultas, com acesso mediante encaminhamento da unidade de saúde de referência conforme local de residência.

Todos aqueles não inclusos nessas contratualizações teriam a necessidade de serem regulados pelo sistema estadual para que a sua população os acessasse nos estabelecimentos de saúde regulados pelo Estado. Dessa maneira, para alguns tipos de serviços, atendimentos e

exames, era possível ocorrer o deslocamento para região metropolitana, já para outros, era necessário deslocar-se até a capital, sendo comum, em qualquer caso, o encaminhamento a Hospitais.

Ressalta-se aqui que a responsabilidade municipal de execução da política de saúde está circunscrita aos serviços da atenção básica em saúde (incluindo aí a vigilância), não estando prevista a execução de serviços de média e alta complexidade do SUS. Dessa forma, muitos municípios como o Pé da Serra, não irão dispor de serviços de média e alta complexidade do SUS, sendo necessários os deslocamentos para grandes centros urbanos, onde estão situados esses serviços especializados de acesso por regulação estadual.

O termo ambulancioterapia é popularmente conhecido na caracterização dessa relação entre municípios de pequeno e grande porte e permeia a problemática da descentralização da Saúde. É caricato a enorme quantidade de ônibus, micro-ônibus ou vans de municípios pequenos e médios que percebemos cotidianamente ao redor de hospitais na capital. A descentralização e regionalização dos serviços no território do Estado se desenvolve com dificuldades, de forma que muitos serviços deste nível seguem centralizados em grandes centros urbanos, para os quais há um grande deslocamento de grande parte dos municípios.

A viabilização desse deslocamento, que ocorre de forma diária, envolve uma logística que contempla o trajeto entre o município Pé da Serra e alguns hospitais. Por isso o carro, na verdade o transporte, é um equipamento importante de destaque em um município de pequeno porte. As pessoas que tiveram seus atendimentos regulados para serem realizados nesses hospitais são deixadas no primeiro horário da manhã e são buscadas em um horário específico da tarde acordado com o motorista.

Era comum as pessoas relatarem nos atendimentos que optaram gastar recursos próprios para pagar o seu deslocamento até o hospital onde conseguiu o atendimento, bem como para seu retorno, do que utilizar o transporte disponibilizado pela SMS. Isso acontecia justamente pela logística previamente estabelecida, a qual implicava que alguém que tivesse um exame às 8 horas da manhã no Hospital da capital, tivesse que estar às 5:30 da manhã na SMS para pegar o transporte. Já no hospital onde realizou o procedimento, deveria aguardar até às 16 horas da tarde para poder ser conduzida de volta ao Pé da Serra. Desta forma, a pessoa teria que ficar esperando em algum lugar da capital, em frente ao hospital, dispondo de recursos próprios para sua alimentação durante este período. No Pé da Serra, por sua proximidade com a região metropolitana e com a capital, isso então era algo recorrente. Pode-

se imaginar o quanto isso fica ainda mais difícil para pessoas que residem em municípios pequenos mais distantes dos grandes centros urbanos.

Tanto na situação de mudança de um município a outro maior, quanto nos deslocamentos transitórios entre municípios para acesso a um atendimento, os territórios se mostram como determinados organizadores das políticas. Algo que também aparece entrelaçado a ramificações do processo de descentralização político-administrativa que, destacadamente, expressa diferenças na execução da política de saúde e da política de assistência social. Os processos de regionalização do SUS e SUAS são distintos em sua conformação e vivem diferentes momentos de desenvolvimento (como pode se ver na existência e inexistência de regulação estadual). No âmbito estadual, as regiões de saúde são delimitadas de forma diversa às regiões da assistência social, bem como, no âmbito municipal, muitas vezes não coincidem os territórios de abrangência dos serviços.

Pode-se então pensar que transitar de um território a outro mostra-se um desafio para muitas pessoas usuárias das políticas públicas sociais. Não foram poucas as vezes que, enquanto trabalhadora do CRAS, se fez necessário articular com a rede de serviços de outra cidade um atendimento para quem estava se mudando do Pé da Serra. Faz refletir também que as pessoas não usuárias dos serviços dessas políticas parecem gozar de uma maior “liberdade” no seu ir e vir. O nomeado sujeito de direitos de um estado protetor parece enfrentar obstáculos não observados por quem se sustenta na lógica econômica neoliberal.

Nesse sentido, pode-se pensar nas pequenas mudanças, daquelas que ocorrem de um bairro para outro. Para o sujeito de direitos, na presente discussão pessoas usuárias do SUS e do SUAS, mesmo dentro de um mesmo município se mudar pode facilmente implicar vários efeitos para seu atendimento nos serviços, desde a mudança de referência de equipe de saúde no território, assim como, quanto ao monitoramento das condicionalidades para aquelas beneficiárias do PBF no âmbito da assistência social.

No atendimento às pessoas nos serviços pode-se perceber certo desencontro com a organização das políticas em seus territórios adscritos e referências de atendimento. Desencontro entre critérios populacionais estabelecidos para fins de repasse de custeio e implantação de serviços, frente a fluidez da vida não fixada a um território geográfico. Nesses encontros cotidianos com Ubirajaras, Juremas e tantas outras pessoas, visibiliza-se que cada pessoa/família atendida faz conectar com diversos territórios e redes muito distintas. Algo aí de uma intersectorialidade pensada em trânsito, em quem transita e está a transitar por territórios outros, talvez muito pouco adscritos às políticas.



Psicossocial tipo I; Gest. Educ. - Gestão da Política de Educação; EMEF - Escola Municipal de Ensino Fundamental; EMEI - Escola Municipal de Educação Infantil; EEEM - Escola Estadual de Ensino Médio; Turno Inverso - Projeto Turno Inverso; Cons Tutelar - Conselho Tutelar. **Em** Elaborado pela autora, 2022.

As linhas se tornam coloridas, marcando a relação diferente ou a especificidade da relação que se dá entre cada serviço, de forma que a linha que conecta o serviço de saúde e o serviço da assistência está parte azul e parte amarela. A espessura da linha e a sua forma (contínua ou traço ponto-ponto) designa a intensidade da relação, de como os equipamentos se colocam nessa relação.

Como pode-se observar no ecomapa, partindo do CRAS temos linhas que conectam com duas escolas e uma unidade de saúde no bairro 1 de maior vulnerabilidade. A relação com a escola de Ensino Fundamental, a Escola de Ensino Infantil e a unidade de saúde estão colocadas como fortes/constantes, o que tem a ver com o acompanhamento de famílias e ações comunitárias preventivas construídas junto a esses equipamentos.

No bairro 2 de alta vulnerabilidade logo ao lado, o CRAS também estabelece uma relação de maior intensidade como a unidade de saúde relativa ao acompanhamento das famílias, ao mesmo tempo em que aparece uma relação eventual ou frágil com as duas escolas do território. O que nos fazia conectar com esses equipamentos envolvia situações de descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família e também, mais com relação às escolas, situações de evasão escolar. A relação das escolas é colocada como algo frágil em função de trocas não regulares e contatos pontuais a partir de situações identificadas tanto no contexto escolar quanto no acompanhamento do CRAS.

Pode-se acompanhar ainda outras linhas que conectam o CRAS com uma unidade de saúde UBS4 situada no bairro 3 de maior vulnerabilidade e com uma escola situada em outro bairro, a EMEF4, mas sendo a escola de referência para o território do bairro 3. A conexão do CRAS se dá pelo acompanhamento de famílias na discussão de casos, seja com a unidade de saúde, seja com a escola. Também é possível perceber uma linha que conecta unidade de saúde e escola, demonstrando uma relação forte ou constante, a qual era caracterizada por trocas e encaminhamentos frequentes que ocorriam entre elas. A relação com essa escola era carregada de tensão, havia uma dificuldade de compreensão com relação às/aos estudantes que residiam em contextos de vulnerabilidade, comumente vistos como jovens problemáticos, constantes suspeitas de que estariam sob uso de substâncias, ideia de que precisavam de tratamento para problemas de aprendizagem...

A relação com os equipamentos dos outros bairros é colocada como eventual. O CRAS se relaciona com as demais unidades de saúde e as escolas de cada bairro conforme demandas de acompanhamentos realizados no serviço, situações de busca ativa de pessoas e famílias afastadas das atividades do PAIF, ou ainda, demandas de mapeamento de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

No caso do bairro situado acima do bairro três, onde se marca a residência de Jurema, é possível perceber que, embora a relação do CRAS com a unidade de saúde UBS2 e as escolas EMEF2 e EMEF8 sejam eventuais, havia uma relação bastante próxima e constante entre a unidade de saúde e as duas escolas do território. Uma relação que se dava através de reuniões regulares de microrrede nas quais participavam agentes comunitários/as de saúde (ACS), pedagogas das escolas, conselheiras tutelares e, às vezes, quando demandado, alguma profissional do CRAS e/ou do CREAS.

O chamamento do CRAS ou CREAS para essas reuniões dependia das situações que seriam discutidas. Recebíamos o chamamento para participar quando havia o interesse de que acompanhássemos alguma situação, ou ainda, quando já estávamos a acompanhar um caso em pauta. Seguindo ainda as linhas que conectam o CRAS com os equipamentos do território, percebemos que há uma conexão forte e constante do serviço com o CT. O que se dava através de reuniões regulares para discussão de casos.

Outra linha conecta o CRAS com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), visibiliza uma relação que é mais eventual, motivada por situações que envolviam sofrimento psíquico e vulnerabilidade/risco social. No CAPS pode-se visualizar linha de conexão com o Geração de Renda, equipamento da PSB do SUAS, uma relação eventual que se dava a partir do encaminhamento de situações atendidas no CAPS e também para discussão desses casos. Questões essas que também faziam parte das trocas entre os serviços, como quanto à delimitação da característica das atividades realizadas no equipamento, as quais eram entendidas como complementares ao acompanhamento de saúde mental no CAPS, assim como eram complementares aos acompanhamentos de famílias em PAIF ou PAEFI no CRAS ou CREAS respectivamente.

Um pouco mais abaixo, ainda há que se destacar a relação tensa existente entre o CRAS e o Projeto Turno Inverso. Uma tensão que tinha a ver com os pedidos de isenção de taxa de contribuição que fazíamos com uma certa regularidade visando possibilitar o acesso de famílias acompanhadas. Requeria construir documento expressando tal solicitação para



viabilizar o acesso de crianças sem o pagamento da taxa, pois era o único local público que podia ser utilizado como um espaço de medida protetiva para as crianças em fase escolar.

Outra conexão importante diz respeito à linha que conecta o CRAS à gestão da Educação. Uma relação constante e forte talvez pelo investimento do serviço para construção de projetos e discussão das demandas das famílias atendidas pelo CRAS. Também em função de maior envolvimento com a reunião de rede intersetorial, a realização de algumas ações nas escolas e essa perspectiva de construção de projetos conjuntos.

Deslocando-se ao local do Cadastro Único (CadÚnico) que, embora em muitos lugares já funcionasse dentro dos CRASs, no Pé da Serra era separado. No CadÚnico se viabilizava o acesso aos programas sociais e visitas domiciliares referente às condicionalidades do programa Bolsa Família. Também era o espaço que planejava algumas ações para os beneficiários do programa, incluindo aí aspectos do Pronatec (na época envolvia a construção de pequenos cursos e oficinas). A questão referente às condicionalidades do Bolsa Família, colocava o CadÚnico em relação com todas as unidades de saúde, o que é expresso no mapa como uma relação eventual. Ocorria conforme demanda e períodos, como por exemplo, o momento da pesagem do bolsa família, que acontecia no âmbito das unidades de saúde.

Se formos pensar nas diferenças entre o ecomapa que mostrava as relações intrasetoriais, havia destacado a capilaridade da atenção básica em saúde em contraposição a proteção social básica não territorializada. Ao considerar agora o ecomapa das relações intersetoriais, percebe-se o quanto a capilaridade da PSB no território ocorre a partir dessas relações. Não sendo equipamentos que estão inseridos nos diferentes territórios do município, há um movimento destes em direção aos serviços que estão situados em cada bairro, a fim de construir ações e se conectar com o espaço onde vivem e moram as pessoas atendidas. Assim, além das visitas domiciliares que permitiam essa circulação em todo o território do município, essas relações de trocas, principalmente com os equipamentos de saúde, mas também com os da Educação, não só possibilitavam como eram absolutamente necessárias para a atuação da PSB no SUAS.

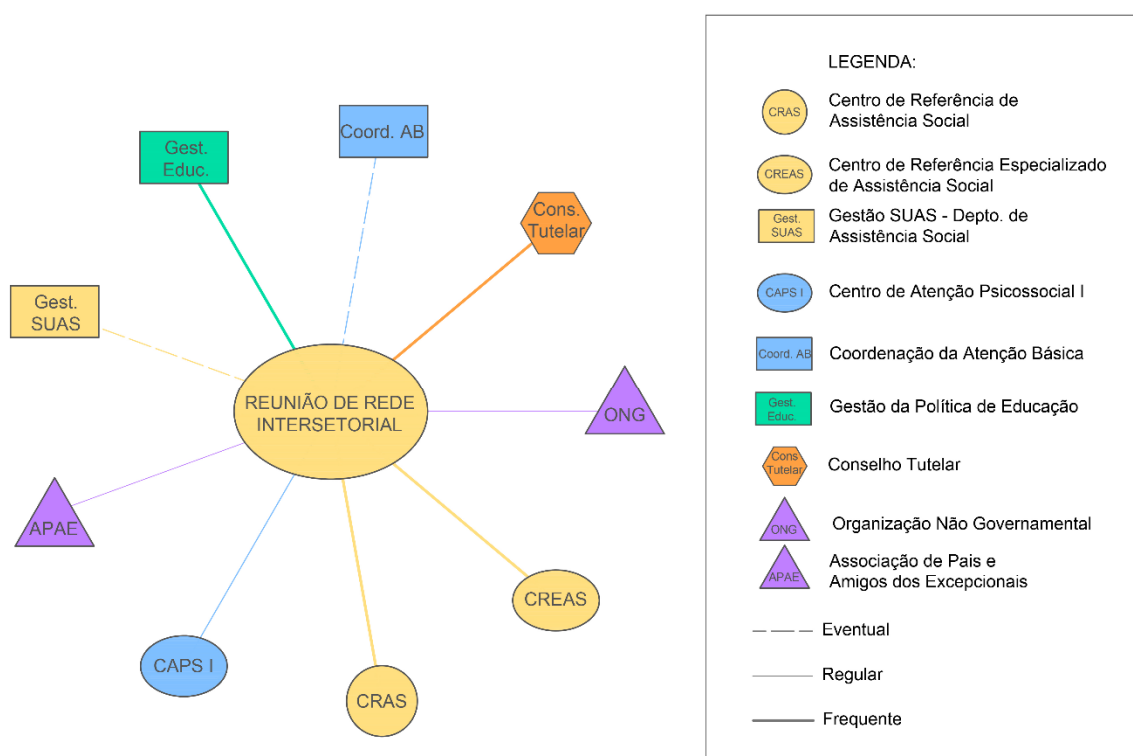
## **6. Deslocamentos em Reunião de Rede Intersetorial**

Envolta em pensamento nessas relações entre serviços de políticas distintas, há um espaço marcante apontado na narrativa como um encontro regular e programado entre

profissionais dos diferentes serviços das políticas públicas do município: a instituída reunião de rede intersetorial. Importante então pensar um pouco sobre esse espaço de encontro, de quem se encontrava e o que se operava ali, o que me levou a construir o ecomapa disposto na Figura 11 a seguir:

**Figura 11**

*Ecomapa Reunião de Rede Intersectorial Pé da Serra*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

Nessa imagem “Ecomapa reunião de rede intersectorial” pode-se observar a reunião de rede ao centro com linhas que conectam esse espaço a cada serviço/equipamento que o frequenta. Cada linha expressa a relação em termos de intensidade e envolvimento de participação no espaço: eventuais, regulares e frequentes (vide legenda).

Começando pelo CRAS, indico a existência de uma participação frequente, sendo que sempre de duas a três pessoas da equipe, incluindo a coordenação do serviço, participavam das reuniões. Além disso, havia um maior envolvimento do CRAS com a organização e o chamamento dos demais serviços da rede intersectorial para compor esse espaço. O CREAS

também estava bastante presente nas reuniões, sendo que duas pessoas da equipe de profissionais, incluindo a coordenação, participavam dos encontros. Ainda na política de assistência tínhamos em alguns momentos, como uma participação mais pontual (eventual) a chefia do departamento da Assistência Social.

O CRAS na sua função de gestão territorial da PSB, compreende, entre outras atividades, a promoção da articulação intersetorial, algo que não é diretamente viabilizado pela política de assistência social, pois depende da determinação do executivo municipal sua priorização e criação de condições para que aconteça. No entanto, cabe a gestão da assistência social influir para a priorização de ações articuladas entre os diferentes serviços nos territórios. Desta forma, este espaço de reunião de rede era considerado estratégico para serviços como o CRAS, tendo em vista o estabelecimento de diálogo entre as políticas públicas visando a priorização do acesso aos serviços conforme vulnerabilidades e riscos sociais para garantir a integralidade dos atendimentos às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social (MDS, 2009).

Para a política de assistência social e, em específico, para o CRAS, a previsão de articulação intersetorial se expressa como articulação da rede de serviços em dado território. A reunião de rede enquanto um espaço dessa efetivação, objetiva a viabilização do acesso das pessoas atendidas (que vem ao CRAS com necessidades que requerem acessar outros serviços). Faz parte da atuação do CRAS conhecer essa rede de serviços possível enquanto garantia de direitos. Entendendo que essa rede de serviços também constitui a proteção social pretendida.

Pela política de saúde tínhamos uma participação regular do CAPS, sendo que costumava participar uma pessoa enquanto coordenação do serviço ou então, na ausência desta, a assistente social da equipe. A participação é expressa como regular uma vez que sua relação com o espaço era de menor intensidade, sem um maior envolvimento, mas vinham às reuniões com certa regularidade.

Ainda da política de saúde, por vezes também de forma pontual, se fazia presente a coordenação da atenção básica em saúde. Mesmo que mais eventual, a participação da coordenadora da atenção básica contribuía para o entendimento quanto ao funcionamento na rede básica de saúde para construir conexões nos diferentes territórios junto às equipes de saúde da família. Argumentava enquanto gestora quanto à impossibilidade de profissionais da atenção básica poderem participar desse espaço de reunião de rede em decorrência de outras reuniões realizadas na política de saúde. Alegava ser complicado saírem do posto de saúde e

virem para reunião quando já haviam saído em outro momento para as reuniões da rede básica. Todavia, ela mesmo enquanto coordenação da AB tinha dificuldade de estar presente nas reuniões da rede intersetorial.

Uma política sempre presente dentro das reuniões era a de Educação, pela qual em geral participavam uma a duas professoras da equipe de gestão. Sua participação além de frequente, era de uma maior intensidade, seja pelas tensões provocadas em alguns momentos, seja pelo protagonismo que assumiam em algumas ações/articulações.

Também aparece com frequência nesse espaço de encontro o Conselho Tutelar. Enquanto um órgão autônomo encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, marca uma diferença na relação com os demais serviços da rede, considerando que ele não é executor de nenhuma política. Dessa forma, sua atuação vincula-se a um papel de mobilização do Sistema de Garantia de Direitos, requisitando os diferentes serviços públicos à medida que identificam situação de ameaça ou violação aos direitos previstos no ECA. Sendo esta sua função, mostra-se pertinente que estejam participando desse espaço de forma a se aproximar da organização e funcionamento dos diferentes serviços que venha a precisar requisitar. Participam então de forma frequente com, pelo menos, duas conselheiras tutelares em cada reunião. Também, como já citado de forma pontual anteriormente, o Conselho Tutelar se fazia presente nas reuniões de microrrede realizadas em alguns bairros do município com enfoque na discussão pormenorizada de casos. Essas reuniões aconteciam por orientação/indicação da própria reunião de rede que, em dado momento, posicionou-se quanto a inadequação da discussão de casos nesse espaço e passou a fomentar a realização de microrrede nos bairros para tal finalidade, com os serviços envolvidos no acompanhamento. Às vezes aproveita-se o momento final da reunião de rede para fazer esses agendamentos de encontros de microrrede.

Estão ainda situados dois outros equipamentos que participavam das reuniões através de representantes: a APAE, vinha de forma frequente uma pessoa da equipe, e a ONG, já citada anteriormente, pela qual vinha a assistente social da equipe de forma regular. APAE e ONG não são objeto de reflexão nesse momento e estão representadas sob outra forma por não pertencerem à esfera pública, embora possuíssem (ou tivessem possuído) algum tipo de convênio com as políticas públicas municipais - o que acabava motivando sua participação regular nesse espaço.

Penso que o ecomapa visibiliza uma relação mais intensa dos atores da política de assistência social, da política de educação e do conselho tutelar nessas reuniões. Talvez um

dos motivos esteja relacionado ao papel reservado à articulação intersetorial na política de assistência social, especialmente no que se refere ao CRAS. Chama atenção que do CRAS e CREAS participam várias trabalhadoras nesse espaço, sendo que pela política de saúde parece ficar mais restrito a quem está em coordenações, representações mais próximas da gestão.

Algo que pode sinalizar certo efeito do discurso de que o profissional da saúde “tem que estar atendendo”, dificuldade de entendimento de que essas reuniões também constituem espaço de trabalho e, inclusive, com papel importante na realização dos atendimentos nas unidades de saúde. Entretanto, como informava a coordenadora da atenção básica, por diversas vezes ao insistirmos de que profissionais das UBS também participassem, havia na saúde reuniões internas do setor que envolviam tais trabalhadores/as. Um efeito disso poderia ser pensado na dificuldade de profissionais da saúde incorporar o conceito ampliado de saúde que constitui o SUS, tendo em vista os determinantes sociais relativos às condições de vida da população que está a atender em sua unidade.

Por isso, para esta trabalhadora da saúde e da assistência social que aqui escreve, esse espaço de encontro era algo a investir minhas energias. Esse espaço-reunião-encontro possibilitava criar, fortalecer e estimular conexões entre serviços através de quem trabalha nas diferentes políticas públicas da cidade. No entanto, por vezes essas conexões não eram possíveis, seja pela ausência de algum serviço ou, ainda, por encontros do tipo choque, daqueles que não criam conexões, mas sim afastamentos por atritos. O desafio que demandava investimento estava muitas vezes em transpor a tensão dos atritos para criar conexões em uma atuação conjunta.

Assim, em meio às tensões da reunião de rede, houve momentos em que a articulação e construção conjunta era possível. Também nesse espaço se discutia a possibilidade de criar ações intersetoriais. Tempos depois da reunião retratada na narrativa foi possível efetivamente elaborar um projeto de parceria entre assistência social, cultura e educação, para realização de oficinas voltadas a adolescentes. Porém sua viabilização em termos de custeio e logística de pessoal, constituía um obstáculo considerável para sua realização.

As dificuldades envolvem questões estruturais de cada política, decorrentes de um processo crescente de departamentalização e/ou setorialização ao longo de suas constituições, questões que até o momento a descentralização na efetivação das políticas não pôde superar. Construir ações intersetoriais que sejam de fato uma expansão da ação do estado era se deparar com uma estrutura administrativo burocrática que engessa movimentos e barrava seu

desenvolvimento. Interessante observar que os mecanismos intersetoriais instituídos nas normativas de cada política dizem respeito mais a ações de controle estatal e de gerenciamento dos escassos recursos.

## **7. Desafios à intersetorialidade em rastros de um histórico de constituição das políticas**

As dificuldades vivenciadas no presente possuem raízes conectadas a um histórico de construção dessas políticas a partir da Constituição Federal de 1988. O processo de regulamentação dos dispositivos constitucionais foi deveras conflituoso, ocorrido em um contexto político hostil às reformas propostas. A promulgação das leis orgânicas da área da seguridade se deu a partir de intensas negociações e barganhas em uma conjuntura desfavorável à sua implantação. Diante disso, a conformidade com os preceitos constitucionais ocorreu de acordo com a capacidade política de resistência de cada área (saúde, assistência social e previdência). A conjuntura política seguinte a este momento defendia um modelo de Estado mínimo que, focalizando as políticas no combate à pobreza, descaracterizou o provimento de serviços sociais como função estatal, recorrendo a parcerias com instituições da sociedade civil como modelo de implementação (Fleury, 2005).

A adoção desse modelo, com o abandono da ideia de seguridade social e a desarticulação da área, impactou de tal forma na condução das políticas sociais que os efeitos persistem na atualidade. Desde o constante contingenciamento de recursos que avançaram diante da falta de cooperação entre saúde, assistência social e previdência, até a não adoção da perspectiva sistêmica, demonstrada na desarticulação entre as áreas criando obstáculos à promoção de ações intersetoriais. Desta forma, as dificuldades para o enfrentamento da fragmentação dos programas e ações envolveriam, simultaneamente, tanto a competitividade entre setores sociais, quanto o abandono da perspectiva de integração das políticas sociais (Monnerat & Souza, 2011).

A extrema centralização política e financeira na esfera federal, junto a fragmentação institucional, tornaram-se características do sistema de proteção social que dificultam a operacionalização das articulações intersetoriais. Tais características produziram relações assimétricas que afetam sobremaneira o poder decisório, o que intensifica processos autoritários, excludentes, corporativistas e clientelistas, obstaculizando uma possível produção conjunta entre setores (Rezende et al., 2015).

A condução das políticas expressa modos de gestão do social implicados com projetos políticos portadores de determinadas intenções e direção social. A intersectorialidade, nesse sentido, ora se apresenta como resposta a problemática escassez de recursos ora como alternativa para lidar com incapacidade de resposta das organizações à complexidade das demandas sociais (Bidarra, 2009). Direcionamentos divergentes que a intersectorialidade pode tomar conforme dada intencionalidade estatal e concepção do papel do Estado com relação aos direitos sociais.

Pautada como ferramenta para atuar na escassez de recursos, a intersectorialidade se filia à perspectiva de diminuição do papel do Estado, em direção a redução dos direitos sociais sob o argumento da crise fiscal que impossibilitaria ao Estado custear uma cobertura social ampla e sistemática. Nessa perspectiva, a restrição de direitos aparece como forma de gestão para diminuir a demanda por investimentos e cobertura estatal (Bidarra, 2009).

Dentro dessa lógica se situam argumentos que buscam eximir o Estado da obrigatoriedade de execução direta das políticas setoriais. A contrapartida dessa redução estatal estaria no estímulo de ações intersectoriais complementares, através de parcerias, com incentivos financeiros que ampliam a atuação das organizações não governamentais. O papel do Estado se mantém vinculado a assegurar as reivindicações das elites econômicas, desconsiderando a reprodução das desigualdades sociais bancada pelo modo de produção capitalista (Bidarra, 2009).

A intersectorialidade como uma ferramenta utilizada para gerir a escassez de recursos, estaria bem representada no acompanhamento das condicionalidades do PBF. Conforme normativas correlatas, o PBF tem um caráter intersectorial principalmente relacionado ao acompanhamento e controle do cumprimento das condicionalidades de saúde e educação, bem como ao encaminhamento das famílias mais vulneráveis para acompanhamento nos serviços socioassistenciais (Lei n. 10.836, 2004<sup>33</sup>; Portaria n. 754, 2010<sup>34</sup>).

Desta forma, em vista disso e da previsão legal de criação de “conselho ou comitê” para controle e participação social em âmbito local, mecanismos intersectoriais entre saúde, educação e assistência social são instituídos sob uma lógica de controle e racionalização dos recursos. Constituem-se assim como dispositivos intersectoriais de controle de determinado recurso que está sendo disponibilizado. Dentro disso entram as denúncias de repasses indevidos, de beneficiários que teriam renda omitida para acessar o PBF, entre tantas outras

---

<sup>33</sup> Lei de criação do Programa Bolsa Família destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades.

<sup>34</sup> Portaria n. 754 (2010) - Estabelece ações, normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão e execução descentralizadas do Programa Bolsa Família, no âmbito dos municípios, e dá outras providências.

situações que acarretam a perda ou suspensão da precária renda repassada. Pode-se a partir disso pensar que a intersetorialidade nesse contexto é utilizada de forma gerencial, muito aliada a perspectiva de diminuição do gasto público e redução do papel do estado à gestão condicionada das migalhas que distribui. Os argumentos estão dentro de uma racionalidade econômica de redução de duplicidade de meios para fins idênticos (algo já expresso em princípio do SUS quanto a organização dos serviços públicos de saúde<sup>35</sup>).

Um funcionamento diferente dos nomeados órgãos de controle social, com enfoque na fiscalização dos recursos (forma de controle) pela população através de diferentes formas de representações (movimentos sociais, organizações da sociedade civil, organizações sindicais e movimento de trabalhadores) e não no controle exercido pela gestão (como antes em discussão). Dentre eles, ressalta-se os conselhos de direitos, que possuem maior intersetorialidade em sua composição e diferem dos conselhos de políticas públicas quanto à prerrogativa/enfoque na gestão e controle de recursos, muito permeada pela lógica de escassez. Nos espaços dos conselhos de direitos o olhar se direciona à efetivação das diferentes políticas sociais em atenção aos direitos de determinado segmento populacional, buscando uma certa expansão da atuação do estado. Ao mesmo tempo, também nesses espaços, muitas vezes, se visibiliza certa disputa de organizações da sociedade civil (e/ou entidades prestadoras de serviços, em especial ONGs) com relação a verba pública<sup>36</sup>.

Ao longo da narrativa aborda-se a existência de um conveniamento da política de assistência social do Pé da Serra com uma ONG para execução do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) no município. Essa instituição não apenas estava bastante presente nas reuniões de rede intersetorial, bem como ocupava assentos no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Ao término do conveniamento com a política de assistência social, a ONG passou a disputar verba do fundo do CMDCA para manter sua oferta de atividades e sustentar seu funcionamento.

Ao invés de termos uma lógica de investimento na oferta de serviços públicos à população, temos ainda na participação dessas instituições, enquanto sociedade civil organizada, uma lógica de se entender como parte da política pública. O argumento que assim as sustentam, se situa em certa dívida histórica, demandando seu reconhecimento pelo desenvolvimento de ações relevantes à assistência à população não efetivadas pelo Estado.

---

<sup>35</sup> Inciso XIII do 7º artigo da Lei n. 8080 (1990).

<sup>36</sup> Tais apontamentos e reflexões desse parágrafo decorrem também das vivências que tive junto a diferentes espaços de controle social e, por esse motivo, não situo referências específicas a respeito.



No sentido de que, durante muito tempo, tais entidades ocuparam o lugar que o estado não ocupou. Dessa forma, o repasse de recursos públicos a essas instituições passa tanto por tal reconhecimento, quanto pela perspectiva de redução do gasto com as políticas sociais (Machado, 2010).

Vindas desse lugar, muitas dessas instituições, se fazem presentes nos espaços do controle social numa certa reivindicação do reconhecimento da execução desse papel, como forma de angariar recursos para continuidade de suas ações. Persistindo, dessa forma, a lógica de que elas também são executoras de políticas sociais e, sendo assim, parte dos recursos públicos lhes são destinados. Todavia, essas entidades, que se colocam como prestadoras de serviços públicos, não necessariamente possuem um compromisso com as diretrizes da política social enquanto direito (Cunha, 2017, p. 37, aborda amplamente esse cenário em contexto da região metropolitana).

Um exemplo disso, no âmbito do SUAS, está na execução do SCFV por ONGs e outras entidades de assistência social filantrópicas. Nessas situações, há certa supervisão do CRAS quanto ao serviço prestado pelas entidades, algo que muitas vezes gera desconforto, pois se está a executar um serviço de política pública que já possui previamente diretrizes de orientações técnicas para seu funcionamento. De outro, a entidade já desenvolve seu trabalho assistencial muito antes das orientações técnicas referidas. Muitas vezes não havia seu entendimento quanto à previsão da execução do SCFV pelo CRAS ou da indissociabilidade entre esses serviços, no sentido do acompanhamento realizado e sua complementaridade de atuação prevista. Mais do que isso, a concepção da assistência social enquanto direito que possibilita a pessoa usuária de serviços socioassistenciais à condição de sujeito de direitos, implica necessariamente a adequação dessas entidades em vista de estabelecer uma relação diferente da lógica do favor, da caridade e do assistencialismo (Machado, 2010).

No âmbito do SUS, se tem toda uma discussão quanto a participação do setor filantrópico de forma complementar na saúde, como prestadores de serviços. Essas instituições têm o dever de efetivar e respeitar os princípios e diretrizes do SUS na assistência ofertada. Os conselhos municipais e estadual de saúde muito se ocupam de fiscalizar denúncias relativas ao desrespeito aos direitos das pessoas usuárias do SUS praticado por essas entidades prestadoras na execução dos serviços.

De forma similar ao que ocorre na política de assistência social, existem vários serviços privados de saúde que efetivam atendimentos via SUS sob a justificativa de que o estado não teria condições de ofertá-los. Para a gestão pública isso se mostra um argumento

de fácil justificativa aos repasses de recursos públicos a tais entidades, ou ainda à sustentação da filantropia via isenção de impostos. Por esses modos, hospitais privados, por exemplo, em um funcionamento misto, realizam atendimentos particulares, via convênio plano de saúde e atendimentos via SUS. Aproveita-se assim, toda uma infraestrutura, física e de pessoal, construída no setor privado, para estar efetivando parte da política pública de saúde.

Nesse sentido, a atuação das ONGs nas políticas sociais mostram uma tendência enquanto instrumento de repasse das responsabilidades sociais estatais à sociedade civil em consonância com a lógica neoliberal. Uma parceria solidificada nos anos 90 junto ao governo brasileiro, seguiu ampliando a transferência de responsabilidade governamental ao “terceiro setor” nos anos que seguiram ao presente. De um lado aumentaram os mecanismos regulatórios para que executassem as políticas sociais (como na certificação enquanto entidades beneficentes de assistência social), ao mesmo tempo em que, de outro, emergem as políticas de incentivo fiscal visando o investimento da classe empresarial (Galvão & Araújo, 2018).

A história de regulamentação da política de assistência social perpassa concepções de caridade e benevolência em práticas assistencialistas executadas em iniciativas do terceiro setor (ONGs, OSC) que foram sendo incorporadas ao Estado, de forma que vamos ter um grande contingente de entidades filantrópicas atuando na oferta de serviços socioassistenciais sem efetivar a política pública enquanto um direito. Nesse contexto, não estranha que a política de assistência social tenha demorado tanto para constituir um sistema único. Se o SUS foi constituído legalmente em 1990 (Lei n. 8.080, 1990), o SUAS, embora a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) seja de 1993, veio a ser expresso em instrumento normativo pela primeira vez em 2004, na Resolução CNAS n. 145, mas entrou para o domínio legal somente em 2011 na Lei n. 12.435 que alterou dispositivos da LOAS. Assim, existe uma diferença temporal importante com relação à constituição dessas políticas enquanto sistemas únicos, algo que parece também relacionado à incidência dessas entidades na execução das ações da política de assistência social a partir da década de 1990.

## **8. Intersetorialidade em distintos propósitos**

No íterim das vivências intersetoriais, da perspectiva de trabalhadoras da política de assistência social, situo na narrativa cenas que abordam espaços de reunião de microrrede. Dentre elas, destaco a seguir dois trechos:

*(...) Mais tarde descobri que tal trama se construiu em uma reunião de microrrede daquela região, na qual participavam pedagogas de duas escolas, dois ACS da unidade básica de saúde e duas conselheiras tutelares (uma das quais esteve na casa de Jurema posteriormente) (...) [Trecho 1]*

*(...) Sandra então me contava estarrecida envolvia sua participação na reunião de microrrede do bairro, da qual também participaram uma pedagoga como representante da escola, a enfermeira da UBS e uma conselheira tutelar (...) dentre as coisas que esse jovem lhe disse, para as representantes da escola, o que marcou seria a confirmação de uma suspeita, que era relativo ao uso de alguma substância (...) Falávamos a partir dessa situação emblemática, dos desafios e dificuldades dessa construção intersetorial. A relação da saúde e da assistência social com a educação era algo bastante tenso. Não por acaso tínhamos muito cuidado para conversar com as escolas. Havia algo ali de uma visão que não era compartilhada e que tinha um impacto muito forte na vida desses jovens (...) [Trecho 2]*

Participar dos espaços de microrrede nos territórios era algo que fazia parte do nosso cotidiano de trabalho. Era também um grande desafio para quem buscava tecer com profissionais da saúde, educação e também com o conselho tutelar, possibilidades de proteção social e fortalecimento de vínculos heterogêneas e diversificadas. O insistente pontuar do caso a caso, de não existir receitas a priori, de identificar e suspender preconceitos nesse processo, de tentar influir para a produção de uma ética de cuidado que considera o outro no lugar de cidadão, no lugar de sujeito de direitos.

Os trechos apontados indicam situações em que a intersetorialidade fora utilizada como forma de controle e de exclusão. O primeiro deles sugere motivos pelos quais Jurema não hesitou em ir embora do município. A atuação do conselho tutelar descrita na cena, expressa práticas policiaiscas perpetradas por quem teria por objetivo garantir direitos previstos no ECA, dito de outra forma, garantir a proteção de crianças e adolescentes.

Essa abordagem policiaisca, mais explicitamente escancarada pelas conselheiras tutelares, também acontecia de forma um pouco mais sutil nesses encontros intersetoriais. Se as políticas sociais enquanto instrumento biopolítico exercem um constante controle da vida, não parece estranho que a articulação intersetorial também venha cumprindo este propósito.

As situações destacadas versam de uma integração entre políticas, na micropolítica da atuação de seus agentes junto às pessoas usuárias das mesmas, que busca não deixar qualquer

escape a esse controle. O escape de Jurema foi se mudar do município assim que teve chance. Tauã, que encontrou acolhida com a enfermeira da UBS após uma articulação intersetorial entre saúde e assistência social, teve suas potencialidades capturadas e convertidas em estigma, risco e desproteção familiar. E aqui a responsabilização segue vinculada estritamente ao indivíduo/família, uma vez que o estado não está em questão, expresso naquele já citado discurso de que “a prefeitura já está dando demais” ...

Ainda, quando na narrativa se refere que Jurema não se sentia aceita, indica-se que aí também estaria envolvida uma situação de discriminação. Há algo aí que sinaliza efeitos do preconceito racial, da exclusão operada pelo racismo estrutural entranhado no tecido social. Destaca-se Jurema como mulher negra, vivendo em um município majoritariamente de pessoas brancas, com muitos descendentes de imigrantes alemães.

Em um município com tais características, chama atenção que a maioria das famílias acompanhadas pelo CRAS eram constituídas por pessoas negras. De forma que, parece haver uma cobrança maior sobre essas com relação ao imperativo de uma cultura voltada ao trabalho. Um trabalho operário como forma de viver, como forma de ser alguém. Havia um desprezo e forte preconceito com relação a outras formas de viver. Existiam com frequência relatos de pessoas em atendimento no CRAS sobre a dificuldade em conseguir emprego no município e associavam essa dificuldade por serem pessoas pretas. Verbalizavam sentir essa discriminação e preconceito, circunscrevendo uma falta de oportunidades motivada pelo racismo.

Jurema era uma como tantas outras responsáveis familiares que faziam "as faxinas" quando apareciam. Muitas vezes com um custo alto para o seu corpo, possivelmente envolviam o surgimento e/ou intensificação das dores que sentia na coluna, as quais tantas vezes a levaram buscar atendimento na saúde. Nas fábricas era mais difícil de conseguir emprego, o acesso era mais dificultoso, a seleção era atravessada por indicações e essas, por sua vez, de quem ocupava altos cargos nas empresas da cidade. As pessoas brancas oriundas do município há muito tempo desfrutavam do seu lugar de privilégio e seguiam perpetuando-o a outras pessoas brancas. Conseqüentemente, não existiam muitas oportunidades para pessoas negras no município. E as mulheres que “optavam” por não trabalhar inclusive para melhor cuidar dos filhos, tendo mais tempo junto a esses, eram julgadas, mal vistas, mal faladas...

Jurema estava num bairro em que destoava de grande parte da população em termos de condições de sustento e racialidade. Nos dois bairros sinalizados como tendo populações

com maior vulnerabilidade, também eram aqueles que concentram mais pessoas negras. De certa forma, nesses bairros, parecia existir alguma forma de apoio e solidariedade entre essas famílias. Algo que Jurema, onde estava situada, não podia contar.

A situação aborda a perspectiva de Jurema enquanto usuária das políticas públicas de forma a fazer pensar justamente para onde que o controle da política se volta. Aí a intersectorialidade não se opera de forma a ampliar a visão quanto a complexidade das diferentes realidades sociais. Torna-se uma ferramenta usada de forma executiva, como uma integração de informações que possibilite maior vigilância/controla da população vulnerável, da população que se quer controlar/vigiar.

O que diz respeito a como é tomada essa população alvo da política, ou melhor, sobre como ela vira alvo da biopolítica. Nesse sentido, há uma operação biopolítica que toma as condições de vida da população como forma de qualificar o público na condição vulnerável, a fim de produzir uma responsabilização de adesão e utilização individual (Bernardes & Guareschi, 2010).

Nessa direção, pode-se compreender a eleição da família como sujeito alvo das políticas da seguridade social, em especial da assistência social e da saúde, atribuindo-lhe uma função protetiva e autonomia (associada a uma convocação protagonista) que mascaram a dimensão coletiva das vulnerabilidades que lhe acometem, desresponsabilizando o estado quanto a sua resolução (Carmo & Guizard, 2018).

Na situação anteriormente abordada, destaca-se que a ação de agentes da política pública motivada por uma proteção social, não é sentida como uma proteção social pela pessoa em situação de vulnerabilidade a quem se destina. Paradoxo? Que concepção é essa de proteção que permeia as ações de quem se propõe a efetivar as políticas sociais?

Gestores/as e profissionais das políticas sociais enredados nesse paradoxo desnudam visões contraditórias entre a proteção, o cuidado e a garantia de direito a quem se destina sua ação. Quando a garantia de direito vira controle, não é mais nem cuidado e nem proteção, parece mesmo é configurar cerceamento de liberdade e restrição de perspectivas de viver. Enquanto agentes efetivadores da política pública, estamos na corda bamba, constantemente sob captura a reproduzir e reforçar desigualdades, preconceitos e estigmas. Desvencilhar-se dessa captura do lugar de controle e tutela é um desafio e um exercício permanente.

Pensando na dita proteção social em parte sendo promovida por programa de transferência de renda como o Bolsa Família, a mudança de Jurema provoca pensar o quanto suas preocupações inexistem para quem não faz uso de benefícios sociais. Para Jurema, e

tantas outras pessoas beneficiárias do PBF, numa mudança de cidade/residência para a ameaça de perda, quebras da continuidade do acompanhamento na assistência social com potencial efeito de suspensão do benefício. Para quem não depende do BF, isso não é uma preocupação no seu ir e vir.

A garantia do direito expressa na manutenção do recebimento do benefício ocorre através de uma certa transgressão do sistema. Assim, trabalhadoras da assistência social tomam uma posição transgressora ao não repassar informações que tinham de forma a viabilizar a manutenção do benefício sabidamente devido e necessário (inclusive bastante insuficiente quanto a sua subsistência).

Se de um lado o ato das trabalhadoras transgride o sistema para garantir o direito, também o ato das pessoas que transitam entre municípios, que se deslocam e não se fixam, provocam certa transgressão às políticas e transgridem o funcionamento dos serviços. Na perspectiva da saúde da família dentro da atenção básica em saúde no SUS, pensa-se numa pessoa que está em determinado território, que irá viver muitos anos ali, alguém para ser acompanhada ao longo da vida (um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde está na longitudinalidade do cuidado). Entretanto, isso serve para pessoas que se fixam num determinado local e não àquelas que transitam entre lugares para além de dado território adscrito à unidade de saúde. As pessoas transitantes são atendidas por diferentes serviços e diferentes regiões. Tal organização da política de saúde não as contempla nessa outra forma de viver, assim como, não são consideradas no caso dos benefícios socioassistenciais no âmbito da política de assistência social. Essas pessoas acabam provocando um movimento dos serviços de entrar em contato com equipamentos de outros territórios, de buscar tentar fazer alguma ponte.

A questão é o quanto, quando ocorre esse movimento, é um movimento para acolher no sentido de um cuidado longitudinal e para a integralidade da proteção social, ou então, o quanto também acontece como uma forma de controle dessa população. Entra aqui novamente em questão a discussão do uso da intersetorialidade, do uso que se faz dessas trocas entre profissionais, entre serviços, no atendimento às populações em suas especificidades e singularidades, que é na execução e efetivação em si da política, seja na saúde ou na assistência social.

Carmo e Guizard (2018), já chamavam atenção para o lugar estratégico de gestoras/es e profissionais do SUS e do SUAS nas três esferas de governo ao imprimir sua marca na consolidação dos direitos instituídos na seguridade social. Práticas intersetoriais,

interdisciplinares e que respeitem a liberdade das pessoas usuárias das políticas, possuem um potencial importante para o enfrentamento de relações assimétricas que reforçam vulnerabilidades.

Programas de transferência de renda, ao envolver repasse condicional de recursos públicos, foram criados de olho no controle. Algo que se mostra intensificado tanto pelo monitoramento das condicionalidades, quanto por dado contexto de frequentes denúncias (e de estímulo a essas) sobre “repasses indevidos”. Temos aí o monitoramento e controle das migalhas perpetrado pelos órgãos governamentais, mas também, realizado pela própria população usuária das políticas (mostrando o êxito do investimento biopolítico). Enquanto na gestão da política de assistência social se enfatiza a intersetorialidade no acompanhamento do PBF focalizando grupo populacional em situação de pobreza, a lógica que guia as ações demandadas a profissionais do SUS, do SUAS e da educação, é a do exercício do controle estatal, mesma lógica que paira nas relações entre profissionais intersetorialmente.

Quando o filho de Jurema foi encaminhado para atividades na ONG (que na época executava o SCFV) visando sair da situação configurada, em denúncia ao conselho tutelar, como trabalho infantil (lavagem de carros), o que antecede tal oferta e sua tácita aceitação é o impacto da notificação de faltas escolares. Essas, por sua vez, implicavam em descumprimento de condicionalidades (frequência escolar), tendo como consequência a suspensão do repasse do BF, afetando diretamente a renda familiar.

A situação que cria a relação de troca entre profissionais da saúde, educação e assistência social é uma demanda de controle. E enquanto imersos nessa demanda, parece não haver espaço para pensar ou questionar o que não estamos discutindo, ou o que poderíamos estar demandando ao estado? Ao invés de despender esforços no manejo das migalhas do PBF, não deveríamos estar discutindo, por exemplo, a necessidade de renda básica? E o quão longe estamos dessa discussão?

Refiro neste ponto ao que se propõe enquanto uma renda básica universal, algo que vem sendo discutido internacionalmente nas últimas décadas<sup>37</sup> de forma a superar programas de renda mínima condicionada. De tal forma, a proposta de renda básica difere da perspectiva de programa de transferência de renda como o Bolsa Família, pela ausência de condicionalidades e por seu caráter universal não focalizado, de forma que seu valor deve atender as necessidades básicas de qualquer pessoa para viver.

---

<sup>37</sup> Conforme Silva (2019), desde 1986 temos a Rede Europeia da Renda Básica (Basic Income European Network), a qual desde 2004 transformou-se na Rede Mundial de Renda Básica (Basic Income Earth Network).

Na América Latina muitos dos programas de renda mínima compartilham a focalização para situações de pobreza, especialmente envolvendo crianças e adolescentes, a exigência de condicionalidades (muitas vezes relacionada à saúde e educação) e um não pertencimento aos direitos sociais situados enquanto programas não integrados aos sistemas de proteção social. Desta forma, em nosso contexto latino americano tais programas ganham força em vista de sistemas de proteção social inconclusos e compensatórios (Silva, 2019).

Em que pese a persistência de tal perspectiva em programas de renda mínima condicionada no Brasil, houve um avanço importante na aprovação da Lei n. 10.835/2004 que instituiu a renda básica de cidadania no país. Tal marco legislativo prevê a renda básica como direito a todas as pessoas residentes no país há pelo menos 5 anos, sem condicionalidade socioeconômica, em benefício monetário de valor igual e suficiente para atender despesas mínimas para alimentação, educação e saúde. Todavia, em seu § 1º, alerta-se que sua abrangência seria alcançada em etapas, de forma a priorizar “as camadas mais necessitadas da população”. Nesse sentido, persiste a perspectiva de focalização em grupos populacionais mais vulneráveis, não tendo sido implementada qualquer proposta concreta para efetivação do previsto no texto legal.

Por outro lado, diversos movimentos de esquerda vem pautando a discussão e defesa da instituição de uma renda básica universal, sem condicionalidades e em complementaridade a um sistema de seguridade social público e universal. Dentro disso, pode-se citar a criação da Rede Brasileira de Renda Básica<sup>38</sup> em 2019 e a campanha “Renda Básica que queremos”<sup>39</sup> em 2020.

Em consideração a tais elementos, compreendo que a perspectiva da renda básica universal incondicional se alinha a poder ter o direito de viver. No momento em que se vive numa sociedade que requer recursos financeiros para aquisição de alimentos, conseguir e manter moradia, transporte/mobilidade humana, a não garantia de uma renda básica expõe a desproteção do estado brasileiro a sua população. A renda interfere diretamente nas condições de vida, sendo também um determinante social da saúde. Há que se dispor de um

---

<sup>38</sup> No Brasil o ex-senador Eduardo Suplicy encampou essa discussão no campo legislativo de forma a propor o projeto de lei que deu origem a Lei 10.835/2004. Em abril de 2019 criou a Rede Brasileira de Renda Básica (RBRB), vinculada a BIEN (Rede Mundial de Renda Básica), a qual visa disseminar a proposta e mobilizar os órgãos governamentais para a sua implantação (Freitas, 2019).

<sup>39</sup> Fruto de uma coalizão de organizações e movimentos sociais em defesa da distribuição de renda para todas as pessoas no país, tendo em vista a urgência de um auxílio à população no enfrentamento da pandemia covid-19 (<https://www.rendabasica.org.br/>). Conforme publicação do CFESS (2020), a campanha reuniu mais de 270 organizações na luta por um sistema de proteção social universal, sem prejuízo de outras políticas já implementadas.



mínimo de recursos financeiros para poder viver, inclusive para conseguir acessar muitos dos serviços das políticas públicas.

Entendo desta forma que a proposta de renda básica é uma perspectiva que se alinha à concepção de um estado protetor. Um que possa conceber que a sustentabilidade familiar e individual é instável, podendo ser afetada por diversas vicissitudes que, em algum momento, impossibilitam o acesso a alguma remuneração compatível com o custo de viver e, mesmo assim, a população continua tendo o direito de viver. Entendo que a renda básica estaria muito próxima disso, de viabilizar o direito de viver independente das possibilidades de acesso ao capital.

Isso também se conecta com a discussão sobre a responsabilização individual e a responsabilidade coletiva. A perspectiva de um olhar coletivo possibilita compreender a renda básica universal enquanto um direito, diferindo do que se coloca na garantia de uma remuneração mínima a um trabalho assalariado precário, ao qual encontram-se submetidas as pessoas que não conseguem outras alternativas para sobreviver (perspectiva de responsabilização individual). O olhar coletivo que se coloca na proposta da renda básica vai em direção a discussão da conformação do estado de bem estar social brasileiro, almejado enquanto estado protetor, mas efetivado em uma perspectiva neoliberal. Para tornar-se de fato um estado protetor, o estado brasileiro precisaria proteger sua população e a garantia de uma renda básica universal e incondicional vai justamente nesse sentido.

Dentro disso, para além da renda, o poder público precisaria investir esforços para assegurar o acesso igualitário a oportunidades, reconhecendo as potencialidades de cada pessoa enquanto sujeitos de direitos e as implicações estruturais que as situam em vulnerabilidades (Carmo & Guizard, 2018). Nessa lógica, haveria de se construir diversas e diferentes oportunidades que viabilizassem às pessoas expressar suas capacidades e potencialidades, para que possam não apenas sobreviver, mas viver com qualidade de vida. Ao considerarmos as vulnerabilidades como decorrentes da vivência em contextos sociais injustos e desiguais, a proteção social não será possível sem incidir na distribuição de riqueza, no poder decisório e na estrutura de oportunidades de forma equânime (Carmo & Guizard, 2018).

O estado que se diz protetor deve estar preocupado em desenvolver as potencialidades de sua população, ao invés de investir na produção de consumidores vorazes. Eis uma importante contradição do nosso estado de bem-estar social que nunca chegou a se consolidar ou efetivamente se instituir. Por conseguinte, a discussão que perpassa a universalização das

políticas do tripé da seguridade social segue estagnada à visão de focalização em grupos considerados vulneráveis. Nesse sentido, restringir a renda de amparo estatal a migalhas para pessoas em situação de miserabilidade (produto da própria ausência e diminuição estatal dessa conjuntura neoliberal), é negligenciar a saúde e desproteger a população. Em outras palavras, como já dizia Foucault, é deixar morrer.

### **9. Dos atravessamentos na execução do SUS e do SUAS: direito individual e desresponsabilização coletiva**

Ainda na primeira parte do dia de trabalho, situo o caso da família de Ubirajara acompanhada por CRAS e CREAS, abordando a existência de uma cobrança de adesão a um suposto necessário tratamento de saúde. No decorrer da escrita visibiliza-se que tal cobrança tinha certo mandante e mandatário, corriqueiramente incorporados pelo poder judiciário e pelo conselho tutelar respectivamente. Essa cobrança envolvia, de certo modo, uma compreensão do cuidado à saúde como proteção social, essa por sua vez delimitada enquanto proteção à família, com todas as implicações, contradições e nuances que tal categorização carrega. A cobrança de como isso deveria se efetivar para garantir a tal proteção social, constituía um atravessamento significativo na execução das ações do SUS e do SUAS. No trecho seguinte, destaco o atravessamento com o judiciário que aparece imbricado com o conselho tutelar:

*(...) Ubirajara estava realizando atendimentos no CREAS por meio de encaminhamento do conselho tutelar, o qual teria averiguado denúncia de negligência com relação aos cuidados de seus filhos, dois adolescentes e uma criança. Havia já uma determinação judicial para que Ubirajara realizasse tratamento para problemas com uso de álcool, o que obrigava-o a buscar atendimento no CAPS (ou comprovar realização de tratamento em outro serviço, até mesmo no posto de saúde do bairro quando possível) (...).*

Em outro ponto da narrativa, já indicava que o judiciário costumava requerer da política de assistência social a inserção de crianças e adolescentes em SCFV visando a execução de uma medida protetiva. Pouco importava para esse órgão a finalidade ou os

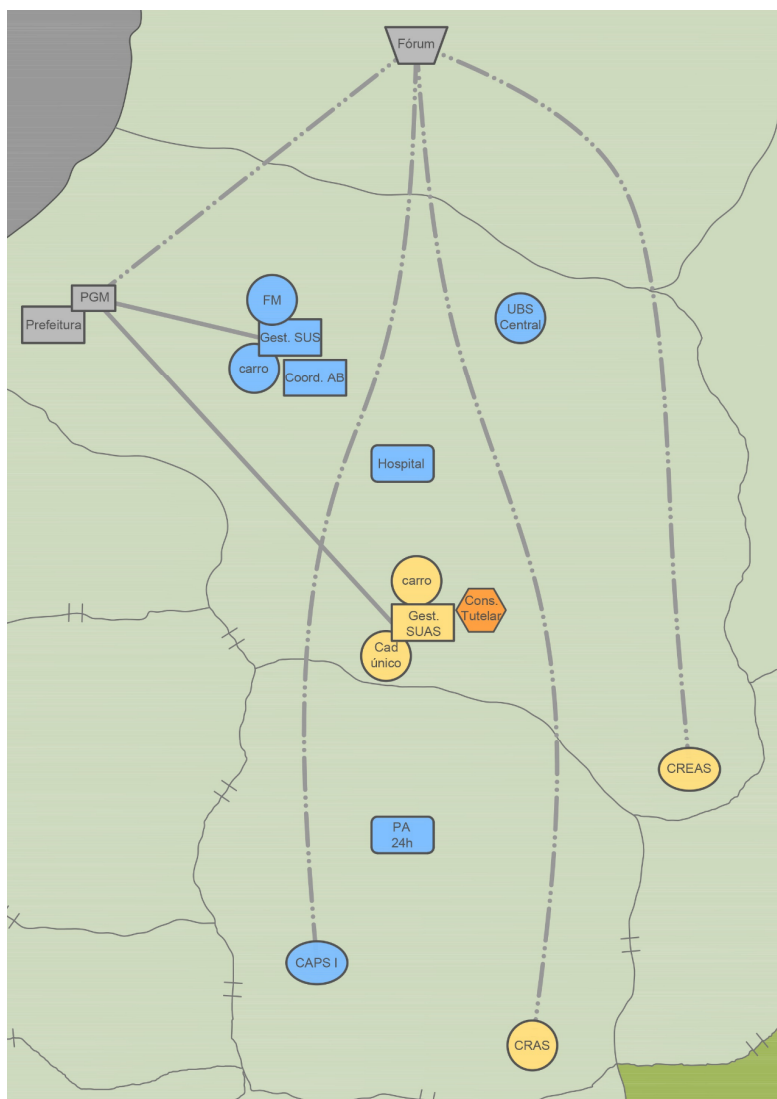
objetivos desse serviço no SUAS para esse público. O que interessava era o uso que podiam atribuir ao determinarem sua inserção em atividades do tipo.

No próximo trecho, retomo ponto da narrativa que ilustra o atravessamento intermediado pelo conselho tutelar, o qual está como sujeito oculto da “oferta alternativa”:

*(...) O filho de Jurema chegou a ser encaminhado para essa ONG, mas acabou não vinculado por não se identificar com a única oficina ofertada. A oferta era uma alternativa frente a denúncia de que estaria trabalhando em uma lavagem de carros, o que lhe fazia por vezes ter faltas na escola (...)*

O que move o encaminhamento do filho de Jurema para inserção em atividade da ONG, então executora do SCFV, é a denúncia perpetrada ao Conselho Tutelar como trabalho infantil e a infrequência escolar que, juntas, configurariam situação de risco que demanda proteção social. Essa por sua vez é requisitada por este órgão dentre as medidas que possui gerência a solicitar, poder delegado por vias legais do aparato jurídico que lhe constitui mandatário.

E assim uma série de situações envolvendo determinações judiciais, que chegavam direta ou indiretamente aos serviços de saúde e da assistência social (via mandante ou mandatário), provocaram pensar sobre que relação é essa com o judiciário. Existiria ali alguma relação? Uso novamente a ferramenta de construção de um ecomapa buscando visibilizar algo sobre tais relações (conforme Figura 12 a seguir).

**Figura 12***Ecomapa Relações Justiça, SUS e SUAS*

*Nota:* CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social; Gest. SUAS - Gestão SUAS e Departamento de Assistência Social; CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial tipo I; Gest. SUS - Gestão SUS e Secretaria Municipal de Saúde; Cons Tutelar - Conselho Tutelar; Prefeitura - Prefeitura Municipal (órgão executivo); PGM - Procuradoria Geral do Município; Fórum - Fórum Municipal (órgão judiciário). **Em** Elaborado pela autora, 2022.

Conforme pode-se observar nas linhas do ecomapa, coloco a existência de uma relação de tensão. Represento as linhas com uma certa queda vertical, de cima para baixo, não por acaso. São linhas que saem do Fórum da cidade e caem em cima da Procuradoria Geral do Município (PGM), do CRAS, do CREAS e do CAPS. Há duas linhas que expressam relação intensa entre a PGM e a gestão do SUS e do SUAS. A PGM em sua função executiva administrativa assessora juridicamente o município nas respostas às demandas recebidas dos órgãos de justiça. Não há uma relação direta estabelecida para com os serviços SUS e SUAS

elencados nessas determinações, mas indiretamente ocorre através da gestão de cada política, as quais comunicam o “cumpra-se” aos serviços. Não por acaso, as ordens judiciais vinham nominais aos serviços e, às vezes, até mesmo nominais a integrantes da equipe de profissionais. Por isso, represento linhas de tensão que caem diretamente sobre os serviços.

E o que está na relação? Quando anteriormente coloquei nos ecomapas a relação entre serviços de políticas diferentes, visibilizei a diferença em cores na linha de conexão, tornando-as coloridas (bicolores), o que expressa troca, reciprocidade, comunicação nessa relação. No caso dos órgãos da justiça, isso não parece ocorrer. Entendo que efetivamente não há uma relação dos serviços das políticas de saúde e assistência social com a justiça, o que se dá são ordens a cumprir e respostas a estas ordens. Os serviços têm toda uma relação com a rede, mas a justiça não está na rede e nem na política. Não existe uma relação aí colocada.

Dos encaminhamentos que vinham do judiciário ao CRAS, a fundamentação estava expressa em artigos do ECA. O judiciário como representante das leis, dentro dessas os direitos instituídos, se guia pela previsão legal disposta no ECA e demanda, a partir de encaminhamentos do Conselho Tutelar, que sejam inseridas crianças e adolescentes em serviços ou atividades de determinada política pública. Como já exemplificado anteriormente no encaminhamento para atividades na ONG, aí se situavam as ordens judiciais de inserção de adolescentes em atividades da assistência social como cumprimento de medidas protetivas, bem como de medidas socioeducativas. Os documentos de ordens judiciais recebidas no CRAS explicitavam a tomada dos artigos do ECA que preveem como medida protetiva a “Orientação, apoio e acompanhamento temporários” ou então solicitavam “Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente” (Lei n. 8.069, 1990).

Na saúde ocorria o mesmo com nuances nos artigos utilizados. Havia inclusive ordens judiciais que demandavam saúde e assistência social como uma única política, requerendo de seus profissionais o cumprimento do que lhe pediam a despeito da atuação que exerciam em cada serviço. Há um jogo do judiciário entre a saúde e a assistência social no qual, enquanto mandante, fica a cobrar das duas políticas que executem aquilo que entende como garantidor do direito. Faz pensar o quanto SUS e SUAS no tripé da seguridade social, como políticas de garantia de direitos, muitas vezes nem tudo ou pouco garantem. Do que está previsto em lei, garante mesmo quando vai para o judiciário, o qual manda o executivo garantir...

Se de um lado temos o judiciário que manda garantir aquilo que consta em lei, de outro, encontramos nas políticas públicas de saúde e de assistência social um funcionamento regente estabelecido em outros instrumentos normativos que não possuem status de lei. Para os serviços de SUS e SUAS, portarias, notas técnicas e resoluções são instrumentos regulamentadores que dizem do como garantir, do modo de operar a política para a garantia dos direitos sociais. Contudo, tais instrumentos, não têm o mesmo status que possuem aqueles utilizados pelo judiciário para cobrar a garantia do direito.

No fim, seja na saúde ou na assistência social, temos um monte de normativas e orientações técnicas que falam muito de como se efetiva em ato uma política pública, porém todo o conteúdo expresso nesses instrumentos são considerados inferiores e/ou subordinados a uma lei maior. E o judiciário, ao se guiar por lei, desconhece (ou ignora) esse arcabouço normativo que rege o funcionamento dos serviços que efetivam as políticas. Seu modo de operar se manifesta em determinar que se cumpra aquilo que está previsto costumeiramente em algum código de estatutos de direitos e deveres relativos a diferentes grupos populacionais (crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência).

Quando tive a vivência de participar de espaços de controle social no Pé da Serra em representação da gestão da política de assistência social, pude compor pela primeira vez conselhos de direitos. Essa participação possibilitou perceber a intensa discussão intersetorial que esses espaços provocavam às políticas de SUS e SUAS. Um estar junto com representações de outras políticas públicas se ocupando de pensar como se dá a garantia dos direitos previstos legalmente na efetivação das ações de cada setor. São conselhos de direitos de âmbito municipal amparados em leis federais específicas conforme determinada estratificação populacional (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente no ECA, Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas Idosas no Estatuto do Idoso, o Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência no Estatuto das PCDs, e assim por diante).

As leis que preveem direitos a esses grupos populacionais, objetivam de certa forma considerar suas especificidades, de sua exposição a contextos de maior suscetibilidade à riscos e presença de obstáculos/barreiras a melhores condições de vida. Paralelamente, dentro do SUS vão sendo construídas políticas nacionais de saúde que buscam atingir essas especificidades (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, dos Idosos, dos Povos Indígenas, das Pessoas com Deficiência, entre muitas outras). De forma similar, no SUAS também os serviços socioassistenciais vão sendo estruturados conforme diferentes

marcadores sociais (SCFV para criança e adolescentes, adultos e pessoas idosas; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Proteção Social Básica para Pessoas com Deficiência, etc.). Assim, estando dentro de um conselho direito, o desafio estava justamente em integrar essas construções e de conseguir visibilizar: onde afinal o direito x estava sendo garantido dentro da execução da política y?

Pensando na relação do que ocorria nos conselhos de direitos com esses atravessamentos do judiciário, era recorrente que as representações das políticas setoriais nas plenárias tentassem explicar aos/às conselheiros/as da sociedade civil que tal serviço não funcionava desse jeito ou para tal objetivo, porque na política tal funcionava diferente e informava o modo que isso se dava ou não em seu setor. Justamente eram recorrentes tais explicações em função da existência dessas tantas normativas que prescrevem formas de executar a política que não estão nessas leis de direitos das populações. Então, tem-se conselhos de direitos criados em função de determinadas leis direcionadas a grupos populacionais específicos cuja construção se dá de forma dissociada das políticas do SUS e do SUAS. Ao ficar de fora da constituição desse arcabouço legal, saúde e assistência social, através de seus agentes, buscam exprimir o que fazem, como fazem e por que fazem.

Nesses espaços de controle social, eram possíveis construções intersetoriais no sentido da produção de alguma integração entre setores, em direção à garantia de determinado direito em pauta. Existiam ali relações de troca, nas quais seus protagonistas parecem envoltos em uma lógica de direito coletivo, considerando as singularidades desses grupos populacionais. Já a interface com a justiça, situada em alguns momentos da narrativa, principalmente com relação às determinações judiciais (desde os requerimentos para realização de tratamento de saúde até a judicialização para acesso aos medicamentos), estaria circunscrito a uma perspectiva do direito individual.

Tais atravessamentos atingem a trama de relações das redes municipais de SUS e SUAS, tanto intra quanto intersetorialmente. Atravessamentos que operam um controle no exercício da proteção social e do cuidado em saúde em uma perspectiva individualizante.

Determinar que Ubirajara se submeta a tratamento de saúde como condição para cuidado de seus filhos, ou que o filho de Jurema seja inserido em atividades da assistência social como forma de sair do trabalho na lavagem de carros, desconsidera as implicações estruturais das condições de vida a que essas pessoas estão submetidas, de como essas situações de vulnerabilidade foram produzidas pela sociedade e a responsabilidade estatal envolvida nessa produção.

A finalidade dessas ações dos órgãos do judiciário enfocam a garantia de direito a determinado indivíduo/família, para quem se demanda ação de outro indivíduo, ou de algum agente estatal, para que este direito lhe seja garantido. Ao mesmo tempo, essas determinações, ao visar a garantia do direito individual, também incorrem em certa responsabilização individual e uma conseqüente desresponsabilização coletiva.

Importante aí destacar que tal condução afeta sobremaneira as formas com que o sujeito se percebe, se expressa e se posiciona, de forma que a omissão do poder público impacta na reprodução das opressões compreendida também no cerceamento da expressividade e luta dos sujeitos (Carmo & Guizard, 2018).

Nesse sentido, há uma importante contraposição aos propósitos do trabalho realizado nas políticas sociais de SUS e SUAS. Tanto na política de saúde quanto na política de assistência social, o desenvolvimento de ações se guia pela ótica do direito coletivo. Seja na concepção de saúde coletiva que perpassa as práticas de cuidado em saúde, de forma ainda mais perceptível na atenção básica em saúde, na prevenção de agravos e na promoção de saúde. Também presente na concepção de convivência e de vínculos comunitários na assistência social, onde o entendimento quanto a risco e vulnerabilidade não pode ser circunscrito ao âmbito individual. Em ambas as políticas a ênfase territorial para o planejamento e efetivação das ações se alinha à lógica de direito coletivo e à não responsabilização individual pelas condições de vida encontradas.

Os princípios e diretrizes que guiam as ações do SUS e do SUAS se contrapõem à responsabilização individual de sua condição e nos convocam a olhar para o papel dos determinantes sociais na saúde e na produção dos contextos e situações de vulnerabilidade. Entretanto, o atravessamento do judiciário no cotidiano da execução dos serviços de SUS e SUAS mostra um impacto preocupante no que se refere a individualização de responsabilidades dos direitos e deveres, com grande potencial de captura das políticas sociais e de seus agentes operadores nessa mesma direção.



## SEGUNDO CAPÍTULO

### PARTE I

#### VIAGENS A MARESIAS:

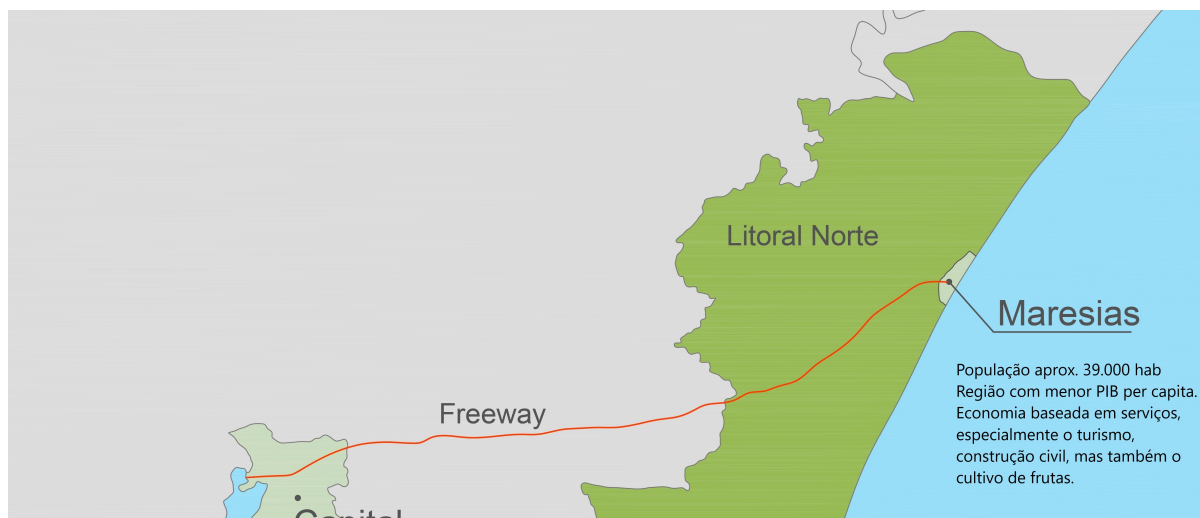
#### SAÚDE MENTAL NO TRÂNSITO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SUS E DO SUAS

... ..

**transitar** (tran·si·tar) = **verbo**. 1. transitivo direto e transitivo indireto passar ou andar ao longo, entre ou através de; percorrer. "transitaram a região vinícola" 2. transitivo indireto mudar de lugar, situação ou condição. "políticos que transitam de um partido para outro" - *transitar* (michaellis) vtd e vti; 1 Passar ou andar ao longo de ou através de: Transitamos a cidade inteira em poucas horas. vti 2 Trocar de lugar, de posição ou situação; vti 3 Ter contatos importantes em certos lugares.

#### Figura 13

Mapa do deslocamento da Capital a Maresias e alguns dados do município



Nota: Elaborado pela autora, 2022.

### **...Em direção à Maresias**

O ano é 2016, um amigável dia de primavera. São 5h30, levanto e me arrumo. Preparo café para viagem. Desloco-me até o ponto de encontro com minha carona, a Carlota<sup>40</sup>, assistente social, minha colega de trabalho no CAPS. Já são 6h15 quando Carlota me pega no ponto de encontro e saímos em direção ao município de Maresias, pouco mais de 1h30 de deslocamento da capital ao município litorâneo. A principal via para tanto é a conhecida Freeway, tão movimentada e abarrotada de carros no veraneio, contrastava muito com o cenário pacato que víamos nesse corriqueiro deslocamento. O trânsito tranquilo parecia favorecer conversas não relacionadas às intercorrências do dirigir, a sensação é de que se está a viajar, com paisagens naturais a contemplar pelo caminho.

Nesse estar em trânsito, uma cena se repete, eu e Carlota, acabamos iniciando discussões sobre nosso dia de trabalho. É nesse deslocamento de viagem que se deram muitas prévias de reuniões, era um momento de reflexão, desabafo, problematização e também de construção de estratégias. Hoje era dia de reunião de equipe e também havia uma reunião agendada no meio da manhã com a equipe do abrigo municipal (equipamento para o qual se destinavam crianças e adolescentes para acolhimento institucional).

Comentava então com Carlota sobre a situação que motivava a vinda dessa equipe ao CAPS. Tinha a ver com o seguimento de discussão sobre o acompanhamento de Rudá<sup>41</sup>. Carlota estava a me alertar que no contato realizado previamente, a técnica de referência do abrigo introduziu que havia uma nova determinação judicial a atender. Logo falei: “- Aí vem bomba!”. Esse anúncio prévio nos causava grande preocupação.

Rudá era atendido no CAPS há alguns anos, desde que fora acolhido no abrigo municipal. A equipe do abrigo encaminhou Rudá por seu comportamento difícil, por vezes o entendiam como uma ameaça aos demais acolhidos, principalmente às crianças. Seja porque eventualmente manifestava ter algumas visões, ou ainda por apresentar em alguns momentos um discurso entendido como delirante.

Rudá completou 18 anos e seguia no abrigo, a equipe de lá alegava que não conseguia restabelecer possibilidades de vínculo com familiares e ele não teria condições para residir sozinho, pois não tinha para onde ir e nem como se sustentar. Havia uma cobrança e pressão judicial quanto a impossibilidade de sua permanência após seus 18 anos completos. Na última

---

<sup>40</sup> Significa “mulher”, “mulher do povo” ou “mulher livre”. Nome de origem italiana.

<sup>41</sup> Nome de origem indígena (tupi) atribuído a divindade do amor, a quem vive nas nuvens e desperta o amor.

proposta feita pela equipe do abrigo, entraram em contato com o CAPS anunciando a possibilidade de inseri-lo em uma instituição que cuida de idosos, na qual a proprietária teria se mostrado acessível e aberta a recebê-lo sabendo de suas dificuldades e limitações.

Enquanto equipe do CAPS, responsável por seu acompanhamento do ponto de vista da saúde mental, passamos a tensionar o que seria feito. Afinal, se isso era uma situação provisória/temporária, haveria de se ter uma construção possível na assistência social para situações como a de Rudá. Já a equipe do abrigo apontava que o município não tinha serviço residencial terapêutico (SRT) que pudesse acolhê-lo e, por isso, ficavam sem outras opções. Entendendo assim, desse ponto de vista, que o jovem em tendo questões relativas à saúde mental as quais demandavam acompanhamento no CAPS, deveria então morar em um SRT (equipamento previsto na rede SUS).

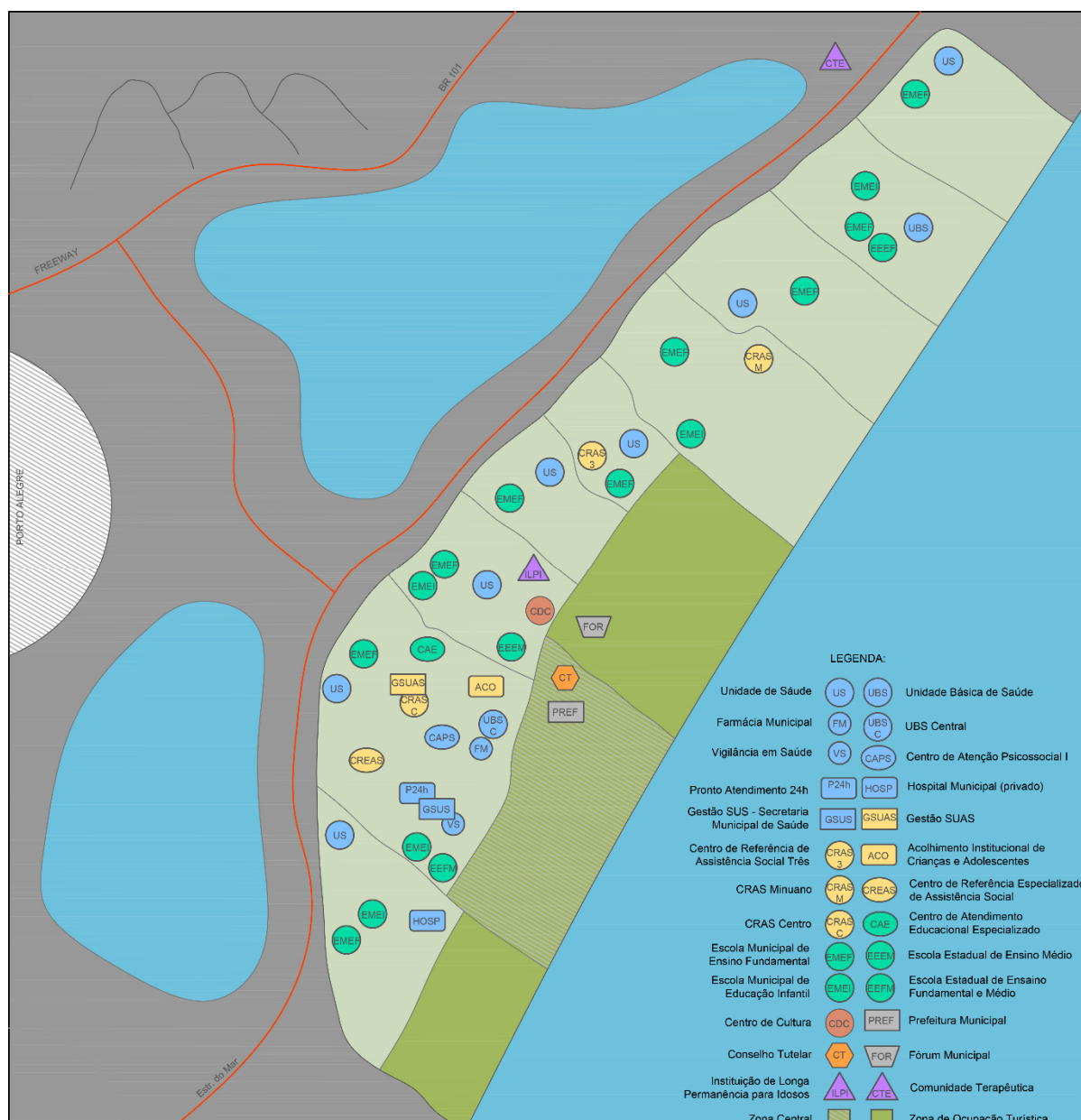
De outro lado, nossa equipe argumentava e explicava que a situação de Rudá não era para esse tipo de serviço do SUS, mas sim para uma “residência inclusiva”, um serviço previsto na política de assistência social (bastante recente na época, mas ainda sem notícias de implantação no RS). A gestora do Abrigo Municipal demonstrava desconhecimento com relação a previsão desse equipamento no SUAS, de forma que, não sabia nem por onde começar qualquer articulação para possível constituição futura do mesmo no município. Era uma situação bastante difícil e delicada, por isso estávamos temerosas quanto ao que estaria por vir nessa reunião.

Entre a partilha de temores e relatos pessoais da vida de cada uma, eis que já estamos entrando em Maresias. Os morros vão ficando no fundo no horizonte da paisagem e à nossa frente um relevo plano que favorece o transitar de muitas pessoas em bicicletas.

O CAPS está situado em um bairro que faz limite com a região central da cidade, bastante próximo de outros equipamentos da saúde e da assistência social. Como em muitos dos municípios litorâneos, o centro de Maresias foi se configurando no território mais próximo ao mar, região onde também se concentram turistas de forma sazonal, diferentemente de onde então se situam grande parte das pessoas residentes de Maresias.

**Figura 14**

*Mapa território Maresias e rede de serviços*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

### **...Na reunião de equipe**

Chegamos ao CAPS, numa casa antes usada como escola, em terreno pertencente à prefeitura, mas sem uma estrutura pensada para o serviço que ali estávamos a desenvolver. Batemos o ponto e logo avistamos colegas na sala de reuniões, conversando e bebendo café à disposição e algumas na cozinha no preparo do chimarrão.

Éramos uma equipe com profissionais além do mínimo previsto em portaria para um CAPS tipo I, lá estávamos entre 4 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psiquiatra, 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 oficinaira voluntária, 1 administrativo e 1 recepcionista. A reunião de equipe ocorria semanalmente e se dividia em dois momentos, uma parte para pautas administrativas (que diziam respeito ao funcionamento do serviço, combinações quanto a rotinas profissionais, escalas, horários e repasses da gestão, eventos e atividades), outra restrita a equipe técnica por envolver a discussão de casos, resguardando o devido sigilo quanto às pessoas acompanhadas (acolhidas que chegaram na semana, discussão de planos terapêuticos, situações de crise e internações, entre outras).

A reunião de equipe era um espaço imprescindível para um trabalho que pressupunha ser desenvolvido em equipe de forma interdisciplinar. No entanto, um espaço que estava frequentemente sob ameaça devido a pressão de realização de atendimentos o tempo todo no serviço. Em inúmeros momentos chegavam situações durante as reuniões que demandavam certa urgência de atenção, interrompendo por completo ou deslocando profissionais para atendê-las.

Amélie<sup>42</sup>, terapeuta ocupacional chega trazendo o livro e logo pergunta:

- E aí? Quem vai fazer hoje? Eu fiz semana passada...

- Eu faço! Já faz tempo que não pego a ata... - disse então Carlota, já puxando o levantamento de pautas da reunião.

O registro em ata de cada encontro formalizava sua realização e era feito um rodízio entre profissionais para tal relatoria. Isso por vezes ajudava a intervir em meio a reunião com dúvidas do que se colocava ali ou ainda no apontamento de perda de foco e aproveitamento do tempo diante das pautas elencadas.

A lista já estava grande e havia pautas remanescentes da reunião anterior. Iniciamos discutindo sobre as dificuldades em viabilizar atividades fora do CAPS, da necessidade de fomentar mapeamento de atividades no território junto às unidades de saúde (de trabalhar com as equipes da atenção básica a identificação de espaços comunitários), mas também provocar os colegas da rede intersetorial nesse sentido. Encaminhamos que essa seria uma demanda a levar para reunião de rede intersetorial que teríamos na próxima semana.

O psiquiatra Antônio<sup>43</sup> adentrava a reunião em alguns momentos entre um atendimento e outro (em razão de sua diminuta carga horária, participar da reunião de equipe

---

<sup>42</sup> Significa “trabalhadora”, “mulher diligente”, “ativa”. É a versão alemã de Amélia, variante do nome Amália, que tem origem no germânico Amal que quer dizer “trabalho”.

não estava contratado como parte dessa). Aproveitamos para discutir o planejamento de ações de matriciamento com as unidades da atenção básica em saúde. Estávamos com um grupo de whatsapp que reunia profissionais da rede básica, mas era preciso avançar na discussão de casos e viabilizar a realização de visitas domiciliares de busca ativa dos casos que acompanhamos em articulação com essas equipes.

Anunciamos que no meio da manhã a equipe do abrigo municipal estaria chegando ao serviço para discutir o caso de Rudá. Acordamos quem participaria junto nesse momento, no caso Carlota e eu pelo maior envolvimento no seu plano terapêutico. Não sabíamos ao certo o que esperar dessa nova determinação judicial, mas discutimos que deveríamos pautar na reunião de rede intersetorial essa ausência de residência inclusiva no município considerando situações como a de Rudá e que não era o único a ter essa demanda.

Logo Carlota propôs um adendo a isso, de tentar insistir na problemática da inexistência de albergue. Há muito discutíamos que o morar neste município litorâneo com grande fluxo de pessoas sazonal, era complicado, principalmente ao considerar as pessoas em situação de rua. Não existia um albergue ou casa de passagem em Maresias e nem a pretensão de criar um espaço desse tipo. A abordagem de rua da assistência social vinculada ao CREAS mediava uma compra de vagas em uma comunidade terapêutica para quem não aceitasse o “convite-passagem” para retornar de onde veio, “gentilmente” feito pela Brigada Militar. Algumas dessas pessoas vinham para atendimento no CAPS, de forma que tínhamos contato com essa situação e discordávamos dessa abordagem.

Sendo assim, não foram poucas vezes que o mal estar sentido pela equipe veio em desabafo nas reuniões e nas tentativas de tensionamento junto a equipe da assistência social responsável. Ouvíamos uma alegação da gestão ainda mais revoltante: se criassem uma casa de passagem para essa população no município, haveria uma migração dessas pessoas de todo o litoral para Maresias e a gestão municipal não queria isso. Não era então estranho para nós que a equipe de acolhimento institucional do abrigo jogasse a situação de Rudá no colo da saúde ao alegar que ele precisava de um SRT que a política de saúde municipal não dispunha.

Falávamos em levar essas pautas para reunião de rede intersetorial numa tentativa de semear algo sem muita expectativa do que de fato iria brotar. Havia uma relação um tanto ambivalente nessa composição, pois a reunião de rede se configurava mais como um espaço de trocas entre profissionais (de serviços da saúde, educação, assistência social e do conselho

---

<sup>43</sup> Significa "valioso", "de valor inestimável", "digno de apreço". Nome do latim Antonius, origina-se do grego Antónios.

tutelar), com poucos encaminhamentos propositivos e pouco considerado pela gestão municipal na construção das ações ou no desenvolvimento das políticas que integrávamos.

Os encontros da rede intersetorial formalmente ocorriam de forma mensal com cerca de 2 horas de duração, buscando variar o local dos encontros nos diferentes setores. Por vezes tinha um enfoque maior na discussão sobre a infância e adolescência, seja pela participação do conselho tutelar, seja pela educação (pela qual vinham profissionais de assistência especializada às escolas municipais, no caso, psicólogas). Da saúde era muito difícil vir alguém além de profissionais da equipe do CAPS. Em alguns momentos tivemos a participação da assistente social ou da psicóloga da equipe do hospital municipal, um equipamento privado, mas possuía contrato com o município para procedimentos, exames e especialidades. Buscamos fomentar, ao menos, a participação da coordenação de atenção básica e tentamos estimular que profissionais das equipes de ESF participassem, o que era quase impossível de acontecer.

### **...Em Redinha com o abrigo municipal**

Nossa discussão de equipe foi interrompida com o aviso da chegada das profissionais do abrigo municipal. Carlota e eu então nos retiramos e demais colegas da equipe seguiram na discussão de casos. Nesse momento, recebemos amistosamente as profissionais do abrigo (a coordenadora e a técnica de referência) e as conduzimos até uma sala de atividades de grupo/oficina, onde já havíamos nos reunido outras tantas vezes.

- Pois então gurias, qual é a novidade da vez? - Pergunta sem mais delongas Carlota.

Ao que respondeu a coordenadora do abrigo:

- Pois é, recebemos na semana passada uma notificação do promotor com um novo despacho judicial... Nesse a juíza determinou que Rudá fosse encaminhado para uma instituição em Porto Alegre...

Ao que a técnica de referência, assistente social do abrigo logo complementou:

- Mas não se preocupem gurias! Já realizei uma visita na instituição e ela parece estar bem adequada para receber Rudá. É um lugar que também tem outras pessoas com algum grau de deficiência mental... É bem ajeitadinho lá.

Questionei em seguida sobre a regularidade desse equipamento e sobre sua vinculação. Ao que a técnica afirmara que, pelas documentações a que teve acesso, estava tudo dentro dos conformes e alegou que, caso não estivesse, a justiça não determinaria que

Rudá fosse para lá. Contudo, não soube informar a vinculação do equipamento em termos de sua previsão, mas entendia como um equipamento filantrópico de moradia para pessoas com deficiência, o qual devia possuir conveniamento na Capital.

Solicitamos então que verificassem a inscrição de tal equipamento enquanto entidade de assistência social, pois deveria estar inscrito no CMAS, CEAS ou ainda no COEPEDE. A coordenadora do abrigo reforça com a técnica de referência que verifique sobre isso com retorno posterior. Reforçaram então a aposta de que lá seria um bom lugar e que realmente não haveria mais como Rudá permanecer no abrigo.

Havia no caso de Rudá uma responsabilidade maior do município que não podia ser ignorada, afinal ele ficou anos no acolhimento institucional e um dos objetivos de trabalho deste serviço era reestabelecer a possibilidade de cuidado e construir alternativas de saída quando o retorno familiar não era possível. Em decorrência das limitações percebidas em Rudá, decorrentes de um funcionamento psíquico destoante dos ditames sociais, um prejuízo cognitivo que se fazia perceber diante das exigências dessa tal rotina social esperada, entendíamos sim que era importante um lugar em que não estivesse só, uma morada compartilhada, com alguma assistência que levasse sua diferença em consideração. Por isso defendíamos que a assistência social do município fosse em busca da habilitação de uma residência inclusiva.

Se ali não houve um movimento possível, o que veio foi a pressão e logo a determinação do judiciário a remoção de Rudá para uma instituição distante do município, obrigando o custeio desta a ser pago pelo município. Neste caso, nada do que a equipe do CAPS apontou agora ou anteriormente fora considerado.

Por fim, insistimos com a técnica de referência o devido acompanhamento do processo de adaptação de Rudá nesse local com a realização de visitas regulares e manter contato conosco durante todo esse processo. O que nos restava enquanto equipe do CAPS e mais especificamente a terapeuta de referência de Rudá, era acompanhá-lo e dar suporte nessa transição que, pelo visto, aconteceria de forma breve.

Sáimos da reunião com o estômago embrulhado. Sentíamos revolta com a arbitrariedade envolvida, o temor e a impotência do que aconteceria com Rudá. Já era hora do intervalo de almoço, fomos a um restaurante tentar digerir a situação junto à comida.



### **...De volta ao CAPS, Jacira<sup>44</sup> à espera**

Ao retornarmos do almoço, encontramos Jacira na recepção do serviço. Jacira era uma mulher negra com seus 40 e poucos anos, tinha um andar vagaroso e espiado, falava de forma rápida e sucinta, usando poucas palavras. Carlota logo a abraça e vai puxando papo:

- Mas Jacira, hoje não era o dia da entrevista lá no projeto para aquela bolsa de trabalho?

- É, acho que era, mas resolvi não ir. Vim pra oficina! - Jacira respondeu.

- E por que você resolveu não ir? - Carlota insistiu. Um tanto encabulada, Jacira disse:

- Não sei. Não era pra mim.

O projeto do qual Carlota falava envolvia uma articulação com o CRAS para ingresso de Jacira em um curso de formação a partir do qual haveria possibilidade de inserção laboral em vaga PCD. Era uma oportunidade importante, mas o tempo de Jacira era o tempo de Jacira. Hoje ela só queria ficar na oficina terapêutica e estava tudo bem. Estávamos felizes de vê-la no CAPS esperando para realizar uma atividade artística com nossaicineira.

A alegria expressa em ver Jacira em nosso serviço tinha razões muito especiais, era o resgate de quem há muito tempo estava institucionalizada. Mas como Jacira chegou ao acompanhamento no CAPS? A história desse resgate não começou no CAPS, e sim a partir de uma visita domiciliar realizada pela psicóloga Antonela<sup>45</sup> do CRAS Minuano.

---

<sup>44</sup> Significa “mel da lua”. É um nome originário do tupi, a partir da união das palavras yacy, que quer dizer “Lua” e ira, que significa “mel”. Jaci carrega todo um simbolismo, sendo nominada deusa indígena da lua em lendas tupi.

<sup>45</sup> Significa “de valor inestimável”, “preciosa”, “valiosa” ou “digna de apreço”. Antonela é um nome feminino italiano, uma variação e diminutivo de Antônia, versão feminina de Antônio.

**Figura 15***Mapa Caso Jacira: ausência, encontro e resgate*

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

### ...Da ausência que vira encontro

Antonela havia chegado há pouco no CRAS e se defrontara com a demanda de mapeamento e acompanhamento dos beneficiários do BCP<sup>46</sup>, dada prioridade para as pessoas

<sup>46</sup> Instituído a partir da Lei Orgânica de Assistência Social em 1993, o BCP prevê a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. A demanda que leva a realização da visita domiciliar integra estratégia de

com deficiência, pois havia uma cobrança do governo federal para com a assistência social de realizar esse acompanhamento. Não existia um mapeamento desses beneficiários para além de uma lista que chegava a partir dos dados federais e o que tinham acesso era uma listagem com nomes e endereços. Alguns deles eram de famílias já conhecidas e/ou acompanhadas pelo CRAS, sendo que a prioridade do mapeamento foi dada a quem não tinha nenhum contato ou informação com o serviço. Começou então a realizar visitas domiciliares, como forma de realizar uma busca ativa dessas pessoas. Afinal, o benefício se destinava a possibilitar melhores condições de vida, no caso da pessoa com deficiência, em especial, havia uma preocupação com a sua inclusão social, expectativa de que esse benefício pudesse auxiliar nesse sentido.

Em uma das primeiras visitas, Antonela se deparou com uma ausência. Tocou a campainha, bateu palmas e ninguém no endereço indicado apareceu. Ela estava prestes a sair com a intenção de retornar outro dia para nova tentativa quando uma vizinha apareceu perguntando-lhe sobre o que ela fazia ali. Antonela estava identificada com crachá da secretaria de assistência social. O carro que lhe trouxera, estava a aguardar em frente à casa, também identificado com adesivo da prefeitura. Explicou que estava a procurar Jacira, que era do CRAS e precisava conhecê-la, verificar se havia alguma necessidade de apoio da assistência social para ela e sua família. A vizinha então lhe contou que Jacira não morava mais ali há muitos anos, que soube que ela estaria em um lugar para doentes mentais e, desde então, não a viu mais. Perguntou se tinha algum contato de algum familiar de Jacira, ao que vizinha referiu que sim. Solicitou que, se possível, pudesse avisar que esteve ali, procurando por Jacira e estaria aguardando algum contato no CRAS.

Antonela notou que a vizinha parecia perceber que se tratava de algo importante, deixou um papel com as informações de como poderiam lhe encontrar no CRAS. Prontamente a vizinha se comprometeu em avisar uma conhecida sua que era próxima de Jacira. Antonela ficou preocupada com a possibilidade de não receber retorno algum, mas passados poucos dias uma tia-avó de Jacira apareceu no CRAS a lhe procurar.

Tia-avó contou então um pouco sobre a história de Jacira, dos percalços que passou tentando cuidar dela até receber indicação de um local que poderia “cuidar bem dela”: o Lar Caridosa. Relata que a instituição inclusive se ofereceu para auxiliar no encaminhamento do pedido do benefício para ela, que poderia utilizar o benefício para pagar sua permanência no

---

busca ativa realizada por equipes do CRAS tendo em vista potenciais usuários do SUAS cuja demanda não é espontânea ou encaminhada por outras instâncias, no caso, as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, grupo populacional entendido na política de assistência social dentre os mais vulneráveis.

local. Jacira teria tido uma juventude e vida adulta errante, não tinha paradeiro, tomava muita bebida e a tia-avó achava que desde pequena já não “batia muito bem da cabeça”. Essa tia-avó afirmou veemente ser impossível cuidar dela fora da instituição e que ela estava muito bem lá, que ela estava tendo tudo o que precisava. A familiar não soube dizer à Antonela quando havia sido a última vez que visitou Jacira. Informou então à Tia-avó que seria realizada uma visita a Jacira na tal instituição, a fim de conhecê-la e saber sobre sua situação, uma vez que o benefício do qual era destinatária estava sendo repassado para lá.

Após esse atendimento, a equipe do CRAS Minuano levou o caso para discutir com a equipe do CREAS de Maresias, visto tratar-se da descoberta de uma pessoa com deficiência beneficiária do BPC que estava institucionalizada. Nesse encontro, as equipes discutiram o caso e avaliaram a pertinência e importância de realizar essa visita à instituição em dupla, a psicóloga Antonela do CRAS e a assistente social Telma<sup>47</sup> do CREAS.

O Lar Caridosa estava localizado em região retirada da capital, dizia ser uma instituição lar, algo como um residencial para pessoas idosas. Ao chegar no endereço, descobriram que Jacira estava em uma casa que ficava em outro local. Quando chegaram nesta, encontraram Jacira junto a mais 30 mulheres em uma casa com 3 quartos.

Jacira pouco conseguia dizer sobre si ou contar algo de sua história, mas conseguiu falar de uma familiar que ia às vezes lhe visitar e que gostaria de sair dali se pudesse. Não sabia mais dizer ao certo quanto tempo estava ali, mas achava que fazia uns 7 anos (na verdade já faziam 10 anos). A casa estava trancada, havia outras mulheres também não idosas, algumas visivelmente com alguma deficiência. Não havia saídas ou qualquer circulação pela cidade, a não ser quando eram levadas para atividades religiosas na sede da instituição.

Ao retornar da visita, Antonela e Telma entraram em contato com Tia-avó e agendaram um atendimento no CREAS a fim de conversar sobre a situação que lá deflagraram. Relataram então à Tia-avó como fora a visita, informaram o desejo expresso por Jacira em sair dali, ao que essa teria se mostrado surpresa e expressou certo lamento/pesar. Em seguida, voltou a afirmar que não tinha condições de cuidar de Jacira e que nenhum outro familiar tinha essa possibilidade.

Telma junto a equipe do CREAS passaram a fazer um levantamento de familiares de Jacira, insistiram na importância de conversar com todos que conseguissem.

---

<sup>47</sup> Significa "amável", "amorosa", ou "aquela que está sob a proteção dos anseis (deuses escandinavos)", ou ainda "protetora decidida", "protetora corajosa".

Simultaneamente, enviaram um relatório ao Ministério Público (MP) informando da situação de violação de direitos e irregularidades da instituição a qual se defrontaram na visita. A partir daí, o trabalho que se seguia envolvia articular as ações que fossem necessárias para restabelecer a Jacira a condição de cidadã e viabilizar a garantia de seus direitos humanos. Foram vários os encontros com integrantes da família, escutando e discutindo alternativas.

As familiares com quem estavam em contato, demonstravam não conhecer nenhuma outra possibilidade de cuidado para Jacira. Entendiam que estavam fazendo o que era possível dentro da situação dela, pois o que até então haviam escutado era que somente uma instituição com cuidados 24hs poderia cuidar de Jacira. Yara<sup>48</sup>, cunhada de Jacira, era quem a visitava com mais frequência e não gostava de vê-la lá naquela situação, mas até então entendia que era assim que devia ser.

Há dez anos, época que Jacira foi colocada nessa instituição, recém havia sido inaugurado o CAPS no município. De forma que familiares de Jacira nem bem entendiam o que era esse serviço de saúde mental e a que servia. Muito menos que poderia auxiliar no cuidado de Jacira.

Naquele momento, o CREAS, através de Telma, entrou em contato com o CAPS agendando reunião de microrrede para poder comunicar e discutir sobre a situação encontrada. Foi aí então que no CAPS soubemos o que havia acontecido. Foram realizadas várias reuniões de articulação entre CREAS e CAPS, buscando construir estratégias de ação com uma mesma finalidade, que Jacira voltasse a residir no município com cuidados que não lesassem seu direito de ir e vir, de expressar o que entende ser o melhor cuidado para si, de respeitar o seu desejo.

Uma vez que estávamos em acordo com a finalidade, passamos a discutir quais estratégias seriam utilizadas conforme a competência de cada serviço: no CREAS Telma se manteria próxima de familiares buscando reestabelecer e fortalecer o vínculo, auxiliar na construção de estratégias junto a esses familiares de alternativas para sua residência no município; no CAPS organizaríamos uma visita de busca ativa na instituição, buscando conhecer Jacira e já iniciar alguma vinculação.

Yara passou a ter uma relação próxima com Telma no CREAS, ela era a familiar com maior potencial de resgate de vínculos para o desafio que estava colocado. Dias depois que o

---

<sup>48</sup> Significa "senhora da água", "dona da água", "dominadora", ou "mãe d'água". Nome de origem indígena, mais especificamente com raiz a partir do Tupi-Guarani y-íara, que quer dizer "senhora das águas". Yara é o nome de uma sereia que habita rios e lagos, segundo a mitologia dos índios brasileiros.

CAPS realizou a visita à Caridosa, Yara chegou no CREAS trazendo um papel que lhe fora entregue pela instituição.

Nesse documento, uma psiquiatra afirmava que Jacira necessitava de cuidados 24 horas, o que requereria que permanecesse sob cuidados permanentes em Caridosa, além de alertar quanto ao risco do suposto quadro mental envolvido. Telma entrou em contato com o CAPS, avisando sobre o ocorrido, da necessidade de acolhimento e orientação em nosso serviço.

No CAPS Carlota realizou um atendimento com Yara explicando e orientando sobre a situação de saúde mental de Jacira e das perspectivas que víamos. A insegurança de Yara era tão grande, que solicitou que fizéssemos um papel sobre a avaliação do CAPS realizada na visita. Felizmente, quando organizamos a visita na instituição, além de Carlota também o Antônio, psiquiatra da nossa equipe, foi elencado para realizar. A participação de Antônio nessa visita institucional possibilitou um ganho nessa “disputa de laudos”, tornando possível a elaboração de um documento que pudesse atestar para Yara que Jacira poderia viver bem fora da instituição, com o acompanhamento no CAPS e o apoio da família. Era a segurança que Yara precisava para convencê-la de que sim seria possível que Jacira conseguisse sair daquele lugar.

### **...O resgate do transitar de Jacira**

As trocas entre CAPS e CREAS relativas ao acompanhamento de Jacira se tornaram constantes, sustentando aquela frágil aposta que estava sendo feita por esta parte da família. Um caminho que possibilitou em pouco tempo que Jacira estivesse residindo em uma peça próximo de Yara e de seu irmão Moacir<sup>49</sup>, no mesmo bairro onde estava situado o CRAS Minuano.

Nesse início, profissionais do CAPS realizaram muitas visitas domiciliares buscando auxiliar em sua reabilitação, acompanhando e estimulando atividades diárias de autocuidado. A distância até o CAPS era longa, requerendo o uso de transporte coletivo. O CRAS buscou encaminhar o acesso ao passe livre intermunicipal, o qual ainda não havia sido liberado e costumava demorar. Na saúde não tínhamos previsão de transporte para as atividades realizadas no CAPS, de forma que as pessoas usuárias do serviço deslocavam-se por seus

---

<sup>49</sup> Significa "dolorido, magoado", "o que vem da dor" ou "o que faz doer, o que magoa". Tem origem no tupi mbo'a'su ira, que junta duas palavras tupis, mbo'a'su, que significa "dor" ou "fazer doer", e ira, que quer dizer "saído de".

próprios meios e a discussão de isenção de tarifa do ônibus ainda era (e segue) muito incipiente (havia um passe livre municipal, mas estava restrito a pessoas com deficiência física e/ou redução de mobilidade).

Os meios para possibilitar o deslocamento de Jacira então foram viabilizados pelo CRAS através da articulação intersetorial construída em torno do caso. O CRAS dispunha de vale passagem para as famílias acompanhadas participarem de atividades do SCFV, que tinha uma restrição de público-alvo que não incluía pessoas da idade de Jacira. Então, a viabilização dessa passagem ocorreu por intermédio do CREAS, que solicitou a liberação em caráter excepcional considerando ser uma situação acompanhada conjuntamente pelo serviço. Isso possibilitou com que Jacira, à medida que começava a ter cada vez mais autonomia, passasse a se deslocar sozinha para atividades no CAPS, usando o ônibus municipal para o seu transitar.

Aos poucos, começou-se a retomar cuidados básicos de saúde (que há muito não eram vistos) em aproximação com sua UBS de referência. Jacira já estava bem vinculada ao CAPS e foi ficando cada vez mais evidente que não havia uma demanda de atendimentos tão frequentes no serviço. Entretanto, havia uma carência em termos de socialização, de inserção em espaços e atividades que pudessem auxiliar com que Jacira pudesse ter outras rotas a transitar que não apenas de sua casa ao CAPS. A tentativa de inserção em projeto laboral articulada pelo CRAS ia nesse sentido.

Discutíamos, no entanto, o quanto Jacira se beneficiaria com atividades de convivência não circunscritas ao serviço de saúde mental ou a uma demanda laboral. Tais atividades tinham muita pertinência ao SCFV no SUAS, porém em Maresias não havia a organização desse serviço para o público entre 18 a 59 anos. Ao mesmo tempo, no SUS dentro do componente da atenção básica da RAPS temos a previsão de Centro de Cultura e Convivência, porém não se sabe de notícias de cidades no RS que o tenham implantado.

Na realidade de Maresias buscávamos uma articulação com o Centro de Cultura, espaço sob gestão do Departamento de Cultura, no qual haviam oficinas e cursos disponibilizados em parceria com profissionais da Educação. Contudo, tratavam-se de atividades previamente formatadas, como cursos em diferentes áreas artísticas, muitas vezes com faixas restritas de idade por turmas para objetivos específicos (aula de violão). Houve quem propusesse em uma reunião de rede unir profissionais da saúde, assistência social e educação para construir atividades abertas de convivência em uma articulação intersetorial.

Embora a ideia tenha sido aclamada por grande parte de quem ali estava, nada fora encaminhado e não houve qualquer movimento nesse sentido.

### **...Pousar antes de partir**

A tarde passou voando em meio aos atendimentos, grupos e oficinas realizadas. Produções artísticas, partilha de dores, discussões acaloradas em alguns grupos. Choro, lágrimas e crises, junto a gargalhadas e risadas em meio ao lanche. Um corre-corre e vai-e-vem já de costume do serviço. Entre uma atividade e outra, às vezes um passar de olhos entre colegas, mas o papo mesmo só no final do expediente, em meio às evoluções dos prontuários.

- Pesado isso, hein? - disse Amélie, ao saber dos rumos de Rudá.

- Nem sei se quero voltar para casa hoje... - disse Carlota me convidando com seu olhar.

- Tudo bem, por mim também ficaria por aqui hoje. Alguma proposta? - perguntei às colegas.

- Quem sabe jantar naquele restaurante beira-mar da última vez? Precisamos de um relax! - nos convida Ane<sup>50</sup>, também psicóloga da equipe.

Todas de acordo, fomos em quatro à beira-mar, deixar as ondas ao fundo nos afetar, expressar aquilo que nos abalou em meio a comes e bebes, deixar fluir nosso pensar.

Comentávamos dos reveses do caso Rudá, mas também das conquistas no caso Jacira. Daquilo que vai sendo possível compor com a assistência social e do quanto não podemos ficar sós (na saúde). Se de um lado o abrigo vinha alimentando a institucionalização, de outro tínhamos um CRAS que a desacobertou e, em parceria, vínhamos realizando um processo de desinstitucionalização que não teria sido possível sem a ação das colegas da assistência social.

Em meio a isso, refletimos sobre o poder de transitar, das possibilidades de ir e vir que mudam a depender de quem. De poder ter onde morar e de escolher onde e se deseja pousar. O quanto as pessoas usuárias do nosso serviço desfrutavam de condições de possibilidade para transitar e morar e o quanto essas condições estavam colocadas mais ou menos na medida de sua cidadania ou objetificação/assujeitamento.

---

<sup>50</sup> Variação do nome Ana. Significa "graciosa" ou "cheia de graça". Origem hebraica. Reflete um simbolismo de dádiva ou oferta.



## SEGUNDO CAPÍTULO

### PARTE II

#### **Ondas em reflexão: transitar entre a catarse e a contemplação**

... ..

#### **1. Configuração de rede de serviços de média e alta complexidade do SUS e SUAS em município de pequeno porte**

Maresias, mesmo com uma população um pouco maior que a do Pé da Serra, ainda se situa como município de pequeno porte, tanto no que se refere à política de saúde quanto à política da Assistência Social. As implicações disso aqui são pensadas a partir de situações disparadoras que demandam atuação de serviços especializados no SUS e no SUAS para uma atenção psicossocial. Emergem a partir do cotidiano de trabalho no CAPS em interface com serviços da assistência social. Mesmo de pequeno porte, Maresias se insere no critério populacional para fins de habilitação e financiamento de um CAPS, porém restrito a modalidade tipo I, conhecido no linguajar produzido entre profissionais das redes como o "CAPS Tudo".

Ressalto o lugar diferenciado que um CAPS tem em um município de pequeno porte, sendo mais do que um serviço de atendimento às situações de sofrimento psíquico da população, ele opera enquanto um organizador da saúde mental do município. As formas de organização e seus efeitos variam conforme maior e menor sintonia ao modo de atenção psicossocial, bem como, as diversas condições de trabalho existentes.

Nesse sentido, importa destacar que, tal como previsto na então recente Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, o CAPS é apenas um dos componentes dessa rede que precisaria ser configurada em cada município para promover a almejada atenção psicossocial. Contudo, a realidade de Maresias e Pé da Serra se conectam pela similaridade dessa conformação de serviços, de uma atenção psicossocial ainda muito centralizada e restrita à existência do CAPS, algo não distante e muito comum ao se observar outros municípios de mesmo porte populacional.

Tal cenário também é efeito das normativas expressas na portaria 336/2002 que cria os CAPS atribuindo a esses equipamentos a responsabilidade pela “organização da demanda

e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (Portaria n.336, 2002, Art. 4 °, Alínea a). O contexto de constituição dos CAPSs de Maresias e Pé da Serra está situado nesse momento de normativa orientadora para conformação da rede de saúde mental. Algo que aos poucos foi sendo modificado à medida que se passou a constituir as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS através das quais a atenção em saúde passa a ser coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS), a qual é instituída como centro de comunicação das RASs (Portaria n. 4.279 de 2010 e Decreto n. 7.508 de 2011). Definem-se então as Redes de Atenção temáticas dentre as quais temos a constituição da RAPS na Portaria n. 3.088 de 2011, que recoloca o lugar do CAPS enquanto um componente entre os vários componentes previstos, além de retirar sua centralidade da coordenação dessa rede, considerando a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A centralização do CAPS como organizador da rede de saúde mental já fora apontada como um dos desafios à instituição da RAPS, seja pela postura assumida pelo serviço ou por ser imputada a esse pelos outros elementos da rede (Lima & Guimarães, 2019).

Se o CAPS é apenas um dos componentes dessa rede temática, onde estão todos os outros componentes da atenção psicossocial do SUS previstos na RAPS? A temporalidade de 2016 vai sinalizando que, seja em Maresias ou Pé da Serra, pouco se avançou no que se refere à ampliação da conformação da RAPS na diversificação de equipamentos nesses municípios de pequeno porte.

Quando no capítulo 1 acompanhamos a mudança de Jurema a um município de grande porte da região metropolitana, pudemos observar a existência de vários outros componentes da RAPS para além dos CAPS. Há uma diferença notável quanto a quantidade de serviços ofertados, bem como quanto a maior diversidade dos equipamentos. Algo que contrasta com a realidade de Maresias e, mesmo assim, vamos encontrar situações disparadoras como a de Jacira e Rudá que demandam atuação desses equipamentos.

A complexidade envolvida nessas situações não são restritas a municípios de grande porte, porém, a organização das políticas ainda segue uma lógica de porte populacional para fins de incentivo, custeio e habilitação de serviços. A situação é mais preocupante quando se vislumbra o equipamento do Centro de Convivência (CECO)<sup>51</sup>, componente da RAPS da atenção básica que, até o momento, segue sem qualquer previsão de incentivo para

---

<sup>51</sup> Unidade pública que ofertaria à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Considerados estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (Portaria n. 3.088, 2011).

implantação, custeio ou cofinanciamento. Pode-se citar ainda as iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais do componente reabilitação psicossocial que, embora tenha previsão de incentivo financeiro de custeio federal<sup>52</sup>, não conta com incentivos governamentais para implantação, bem como, inexistente previsão para cofinanciamento estadual.

Ainda, como já anunciado anteriormente na narrativa, também Maresias não contava com o componente estratégias de desinstitucionalização previsto na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Importante atentar ao desafio que se tem com relação a implantação desse equipamento em municípios de pequeno porte, sendo que sua previsão está relacionada a existência de uma demanda, do seu público alvo<sup>53</sup>, pessoas em intenso sofrimento psíquico que passaram por processos de institucionalização, situações que independem do porte municipal para ocorrer.

Para além dos dispositivos previstos nacionalmente na Portaria n. 3.088/2011, considerando a diretriz de descentralização do SUS, haveria de se considerar as especificidades de cada estado para a constituição das RAPS estaduais, partindo da realidade dos municípios que o integram. Como já abordado anteriormente, a realidade sociodemográfica do RS é de uma ampla maioria de municípios de pequeno porte, com população inferior a 20 mil habitantes. Desta forma, a maior parte do estado não tem a possibilidade de habilitar serviços com a esfera federal por não atingirem o critério populacional. É o caso de CAPS tipo I para municípios com menos de 15 mil habitantes e das demais modalidades de CAPS reservadas para municípios de médio e grande porte, com população acima de 70 ou 100 mil habitantes. Isso também incide, por exemplo, no componente de atenção residencial de caráter transitório, no qual as Unidades de acolhimento

---

<sup>52</sup> Conforme dispõe a Portaria n. 132/2012 inserida atualmente na Seção XI do Capítulo III da Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017.

<sup>53</sup> Conforme primeira publicação orientadora do Ministério da Saúde em 2004, intitulada “Residências Terapêuticas”, o público-alvo dos SRTs compreenderia: 1) egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário; 2) egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP); 3) pessoas em acompanhamento nos CAPSs, para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico (abrangendo localidades que se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental, mesmo não possuindo HP em seu território); 4) moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS. Apesar da possibilidade de atender situações não oriundas de internações em HP e HCTP, na Portaria n. 3.090 de 2011, houve uma delimitação para acolhimento de pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Em nova redação na portaria n. 3588/2017, insere-se como moradias destinadas “prioritariamente” a pessoas egressas de “internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção”.

apresentam um critério de 200 e 100 mil habitantes conforme modalidade (adulto e infanto-juvenil respectivamente).

No RS, a partir de 2011 a gestão estadual de saúde deu início a um redirecionamento de recursos em prol da constituição e ampliação de uma RAPS estadual. De forma a considerar essa realidade sociodemográfica e suas implicações quanto ao acesso a recursos federais, passou a destinar recursos para implantar equipamentos e dispositivos de custeio exclusivo do estado. Assim, nos anos que seguiram tivemos a criação de dispositivos exclusivos da RAPS do RS como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB)<sup>54</sup>, as Oficinas Terapêuticas (OT)<sup>55</sup> e as Composições de Redução de Danos (RD)<sup>56</sup> no âmbito do componente Atenção Básica; além dos Acompanhantes Terapêuticos<sup>57</sup> (AT) no componente Desinstitucionalização. Além disso, passou a existir um cofinanciamento para os serviços de custeio federal em caráter de complementação, de forma a incentivar a implantação e

---

<sup>54</sup> Criado na **Resolução CIB/RS n. 403/2011**, surge da necessidade de incentivar ações de saúde mental nos **municípios de pequeno porte (de até 16 mil habitantes)** e que possuem de **0 a 3 Estratégias de Saúde da Família implantadas**. É constituído por uma equipe multiprofissional de três apoiadores, que tem como objetivo inserir o cuidado em saúde mental na atenção básica, diversificando os modos de cuidar. Sua função é matriciar as equipes das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família com foco nas demandas de saúde mental (discussão de casos, de ações de educação permanente e do desenvolvimento de ações conjuntas de cuidado no território). Diversas ações podem ser desenvolvidas como: atendimentos individuais e em grupo, atividades comunitárias, visitas domiciliares, entre outras.

<sup>55</sup> Criadas na **Resolução CIB/RS n. 404/2011**, as Oficinas Terapêuticas podem ser do **tipo I, para municípios que possuem CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental, ou do tipo II, para municípios de até 20 mil habitantes e que não possuem CAPS**. Consiste em espaços semanais de práticas coletivas que envolvem atividades de interesse da comunidade e que têm como objetivo fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. Realizadas nas Unidades Básicas de Saúde ou em espaços comunitários, as oficinas terapêuticas são espaços de práticas relacionadas, por exemplo, à música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia, artes plásticas, entre outras.

<sup>56</sup> Criadas na **Resolução CIB/RS n. 038/2012**, substituída posteriormente pela Resolução CIB/RS nº 234/2014. São **equipes para municípios acima de 16 mil habitantes**, que atuam na comunidade com o objetivo de aproximar-se da experiência do uso de drogas, conhecê-la e construir com os usuários estratégias de cuidado a partir do que é demanda para cada um, implica a constituição de Projetos Terapêuticos Singulares, ao considerar como as pessoas acessadas compõem suas próprias estratégias de autocuidado. As abordagens nas cenas de uso costumam ocorrer em dupla de trabalhadores e em horários pautados de acordo com o fluxo de pessoas nas cenas de uso, partindo da avaliação sobre a dinâmica do território. As equipes de RD também realizam apoio matricial para a rede de cuidado intersetorial no que diz respeito ao cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas. E tem se mostrado importante para ampliar as possibilidades de acolhimento na atenção básica - envolvendo os trabalhadores do território, como os agentes comunitários de saúde, no trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, com o objetivo de ampliar as possibilidades de cuidado a partir da promoção de saúde.

<sup>57</sup> Criado através na **Resolução CIB/RS n. 233/2014**, que destina recursos estaduais de custeio para a contratação de profissionais acompanhantes terapêuticos, que se vincularão a equipes de atenção básica. Municípios de todos os portes populacionais, mas com **prioridade para municípios com processo de desinstitucionalização em equipamentos do SUS ou SUAS**. Trata-se de uma estratégia de trabalho clínico que visa à promoção da autonomia e à reinserção social por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados, sendo um importante recurso para o trabalho de desinstitucionalização, assim como para evitar a institucionalização em muitos casos. É indicado para aqueles que se encontram em situação de sofrimento psíquico intenso, pessoas com transtornos mentais, deficiência mental ou física, com problemas relacionados ao uso de drogas, crianças e adolescentes com dificuldades no processo de escolarização e idosos no enfrentamento de questões decorrentes do envelhecimento. É voltado a pessoas com baixa autonomia, por vezes, em condição de isolamento e com grandes dificuldades para conduzir sua vida e seus projetos.

viabilizar a manutenção de CAPS, Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, SRTs<sup>58</sup> e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais (Resolução CIB n. 655, 2014).

Em 2014 tais ações ganharam maior institucionalidade com a aprovação do Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial<sup>59</sup>, instituído na Resolução CIB/RS n. 655, fruto de grande articulação interfederativa nos colegiados gestores das diversas regiões do estado. Havia então ali uma intenção de tornar aquelas ações uma política de estado que pudesse persistir a uma provável troca de governo.

Contudo, a troca de governo aconteceu e com ela se instaurou no RS um período de contingenciamento de gastos a partir de uma série de decretos que iniciaram em 2015 e foram sendo renovados e ampliados nos anos posteriores. Tal período compreende os anos das narrativas do Pé da Serra e de Maresias. Na saúde, os impactos continuaram sendo sentidos nos anos que se seguiram, tendo sido apontado ainda no Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2018, no qual a gestão estadual reconhece que o contingenciamento de recursos impediu a habilitação de novos dispositivos estaduais da RAPS. Esse argumento é repetido para cada um dos componentes da RAPS de custeio exclusivo estadual, bem como, para com novos pedidos de cofinanciamento dos demais. No máximo o que foi possível foi a manutenção do custeio dos dispositivos de municípios que já tinham começado a receber recursos antes. Isso se reflete na realidade encontrada no Pé da Serra e em Maresias, redes municipais que não contavam com nenhum desses novos dispositivos estaduais.

No Plano aprovado em 2014 já se referia que um dos maiores desafios envolvia a implantação de SRTs, especialmente nos municípios de origem das pessoas que estavam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou outras instituições asilares. A seguir, em consequência desse período de contingenciamento de gastos do governo Sartori, a resolução de cofinanciamento dos SRTs ficou “suspensa” para novos acessos. Então, além do já demorado processo de habilitação federal e o tempo até de fato virem os recursos para implantação e custeio, também os municípios não conseguiam acessar o cofinanciamento estadual. Efeitos que seguiram ainda no RAG de 2018, ao responder questionamentos do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) a respeito do não atingimento da

---

<sup>58</sup> Os SRT possuem recursos de implantação e custeio federal através das Portarias MS n. 106/2000 e 3090/2011 e de custeio estadual, através da Resolução n. 242/2013. Critério abrange municípios com pacientes institucionalizados, mínimo de 4 moradores (pessoas egressas de internações psiquiátricas e hospitais de custódia, com longa permanência, no tipo I até 8 moradores e no tipo II até 10 moradores). Recurso: Incentivo de implantação: R\$ 20.000,00; Custeio MS: R\$ 1.250,00 por morador - SRT Tipo I e R\$ 2.000,00 por morador - SRT Tipo II; Custeio Estadual: R\$ 1.000,00 por morador.

<sup>59</sup> O Plano compreende período entre 2011-2015, reúne uma série de ações de ampliação do acesso e da qualidade do cuidado em saúde mental, apresenta as especificidades do processo de ampliação da RAPS no RS em relação à sua instituição no nível nacional, os componentes e os diferentes pontos de atenção/equipamentos da RAPS no Estado e sinaliza desafios para novas pactuações.

meta referente a manutenção do cofinanciamento dos SRTs, a gestão estadual de saúde referiu que, embora houvesse tentado sensibilizar os municípios para implantação desse dispositivo, a situação financeira dos mesmos era uma barreira pelo investimento importante requerido e o contingenciamento de recursos teria impedido a habilitação de novos SRTs estaduais<sup>60</sup>.

Deslocando-se dessas (im)possibilidades das redes de serviços do SUS para abordar a configuração de rede SUAS, outro serviço especializado tem um lugar de destaque na narrativa de Maresias, por um compartilhar de ações entre equipes, é o CREAS pela política de assistência social. À medida que as situações disparadoras abordadas remetem a violação de direitos e acolhimento institucional, o CREAS foi ocupando as cenas em que se entrelaçam e tecem as possibilidades de proteção social. Essa tal proteção social especial de média complexidade operada por esse serviço, vai se mostrando um conjunto de ações importantes para a atenção psicossocial.

A ênfase nos serviços CAPS I e CREAS também se dá por serem os serviços especializados de SUS e SUAS que mais comumente encontramos nas redes dos municípios de pequeno porte. No sentido que nesses, quando existe algum serviço especializado de SUS e SUAS, veremos o CAPS I e o CREAS. Em vista disso, importa visibilizar critérios de implantação desses serviços, o que faz com que esses possam existir em municípios de pequeno porte.

No caso do CREAS no âmbito do SUAS, a previsão nacional de implantação considera diferenciação entre municípios de pequeno porte em duas classificações, pequeno porte I e pequeno porte II. No caso de cidades com até 20.000 mil habitantes indica-se a implantação de um CREAS Regional para cobertura de atendimento e somente quando a demanda local justificar poderia ser solicitado a implantação de um CREAS municipal. Para municípios entre 20.001 a 50.000 habitantes, considerado como “Pequeno Porte II”, situação que abrange o município de Maresias, existia então a previsão de implantação de pelo menos 1 CREAS (MDS, 2011b).

Destaca-se que no SUAS é enfatizado que tais indicativos seriam apenas parâmetros de referência, pois coloca-se que o quantitativo necessário de CREAS nas cidades deve considerar a realidade territorial, conforme demandas identificadas em diagnóstico socioterritorial e dados de vigilância socioassistencial. Desta forma, essa previsão

---

<sup>60</sup> Documento a que tenho acesso em decorrência de ter ocupado representação do CRPRS pelo segmento trabalhadoras/res junto ao CES/RS, estando à época então como conselheira estadual de saúde.

anteriormente citada, nos indicaria o mínimo a alcançar para caminhar em direção a implementação gradativa do SUAS no território nacional.

Então, para além de apenas um critério populacional, temos no CREAS a possibilidade de reivindicação da implantação do serviço conforme as demandas identificadas localmente, as quais tem a ver com a incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, bem como, do mapeamento dos serviços de PSE de Média Complexidade já existentes. Esse último ponto indicaria quais serviços deverão ser ofertados pelo CREAS e quais podem ser prestados por outras unidades específicas referenciadas em seu território de abrangência. Aí algo se repete com relação ao “CAPS tudo” dos municípios de pequeno porte. No caso dos CREAS de municípios de pequeno porte, o território de abrangência contempla todo o município, onde dificilmente existem outros equipamentos de proteção social especial de média complexidade, de forma que, fica a cargo do CREAS a demanda de execução de um amplo rol de serviços.

Assim, o CREAS enquanto unidade estatal responsável pela oferta de trabalho social especializado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social por violação de direitos (Lei n. 12.435, 2011), tem a obrigatoriedade de execução do PAEFI. Entretanto, também lhe é requerido o desenvolvimento de outros serviços conforme demanda o enfrentamento das situações violadoras de direitos: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social aos (às) Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida e/ou de Prestação de Serviços à Comunidade; Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias; além do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Resolução CNAS 109, 2009).

Esses outros serviços podem ser executados pelo CREAS, assim como por unidades a ele referenciadas, ou ainda, por CREAS específico como o CREAS POP (no caso da população em situação de rua). Para municípios de pequeno porte, de um lado fica o desafio de realizar esses serviços com uma equipe reduzida em termos de previsão mínima, de outro a busca por articular que entidades de assistência social prestadoras (como algumas ONGs) possam vir a executar esses serviços quando identificada demanda em seu município.

Considerando as situações disparadoras abordadas na narrativa, destacam-se os objetivos da atenção ofertada pelo CREAS como “o fortalecimento da função protetiva da família; a construção de possibilidades de mudança e transformação em padrões de relacionamento familiares e comunitários com violação de direitos; a potencialização dos

recursos para a superação da situação vivenciada e a **reconstrução de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social, ou construção de novas referências, quando for o caso**; o empoderamento e a autonomia; o exercício do protagonismo e da participação social; o acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social; e a **prevenção de agravamentos e da institucionalização**". Acrescenta-se a esses a orientação pela garantia da segurança assistencial de **Convívio ou Vivência Familiar**, aqui destacada pelo seu direcionamento ao **fortalecimento, resgate ou construção de vínculos familiares, comunitários e sociais**. Envolvendo aí a perspectiva de oportunizar a vivência de novas possibilidades de interação familiares e comunitárias, bem como a participação social (MDS, 2011b).

O CREAS assim se configura como um serviço especializado do SUAS bastante amplo em sua atuação, abrangendo situações de grande complexidade que demandam articulação em rede em uma perspectiva intersetorial para o êxito das ações. Ressalta-se uma "rede essencial de articulação" que inclui serviços das diversas políticas sociais, sendo que, ao indicar os serviços da rede de saúde, destaca-se "em especial a Saúde Mental".

Considerando ainda o papel do PAEFI, é possível perceber um potencial desse equipamento no que se refere às possibilidades de evitar institucionalizações, bem como, no mesmo sentido, de intervenções voltadas à construção e reconstrução de vínculos comunitários, algo extremamente almejado pela estratégia de atenção psicossocial no SUS. Contudo, pelas análises realizadas a partir das vivências junto aos serviços, cabe ponderar que, a despeito desse potencial, o enfoque da centralidade familiar junto a grande demanda associada a situações de violações de direitos, por vezes reduz sua atuação a atendimentos de pessoas e famílias no CREAS, limitando seu papel de construção de intervenções coletivas/comunitárias em articulação com os demais equipamentos da rede intersetorial.

No caso de Maresias, ainda temos um diferencial na rede SUAS com a existência de um equipamento da PSE de alta complexidade, o qual também ganha um lugar de destaque na narrativa, de forma a contrastar e/ou entrar em conflito com as perspectivas de atenção psicossocial envolvidas nas situações disparadoras abordadas. Situa-se aqui o abrigo municipal, equipamento voltado ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes.

Tal equipamento é apenas um dos diversos serviços socioassistenciais previstos na PSE de alta complexidade do SUAS. Conforme a tipificação nacional, teríamos a possibilidade de implantação de quatro modalidades diferentes de serviço de acolhimento institucional, a saber: Abrigo Institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem e Residência



Inclusiva. Além desses, na PSE de alta complexidade há previsão para Serviço de Acolhimento em República, Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Tais serviços e equipamentos nominados compõem estratégias deste nível do SUAS para preservar e garantir a proteção integral de pessoas que se encontram em situação de ameaça/risco em núcleo familiar e/ou comunitário de origem. Todas essas modalidades objetivam preservar, fortalecer ou resgatar a convivência familiar e comunitária ou, conforme a situação, construir novas referências e, para tanto, suas estratégias de atendimento e acompanhamento devem ser condizentes com tais finalidades (MDS, 2014a).

Maresias possuir um abrigo institucional é uma exceção à regra quando se observa a configuração de rede SUAS de municípios de pequeno porte. Isso porque tais equipamentos da PSE de alta complexidade, conforme a Loas (Lei n. 8.742, 1993) e a NOB/Suas (MDS/SNAS, 2005), deveriam ser executados pela esfera estadual diretamente ou de forma regionalizada, incluindo aí também a competência estadual em ofertar assessoria e apoio técnico e financeiro aos municípios na execução das ações e dos serviços em âmbito local.

Entretanto, o processo de regionalização do SUAS dos estados aos municípios ainda deixa muito a desejar, mostra-se incipiente e com grandes disparidades no país. A despeito da previsão na NOB/SUAS de que a PSE deveria ser promovida através da articulação entre municípios e estados para a estruturação de serviços regionalizados, até mesmo com relação a implantação de CREAS regionais (visando municípios de população inferior a 20.000 habitantes), não houve avanços significativos com uma baixa incidência de regionalização no país. A situação não é diferente com relação aos demais equipamentos da PSE (MDS/SNAS, 2015).

Enfocando nossa realidade estadual, já no Censo SUAS 2014 apontava-se que o RS figurava entre os estados em que o órgão gestor não possuía *estudo/diagnóstico sobre incidência de situações de risco e violação de direitos*, instrumento necessário para elaboração de planos de ação da PSE regionalizado. A regionalização depende da capacidade de produção de informações com relação a demanda e oferta de serviços da PSE. Desta forma, não estranha que no RS, dentro da temporalidade em foco nessa dissertação, não se tenha instituído plano ou proposta de regionalização de serviços de PSE. No caso da alta complexidade, não houve qualquer proposta elaborada nesse sentido. Na média complexidade houve uma elaboração de plano que não foi encaminhado à CIB, ou seja, não teve andamento com relação a pactuação necessária para que a regionalização fosse efetivada. Algo

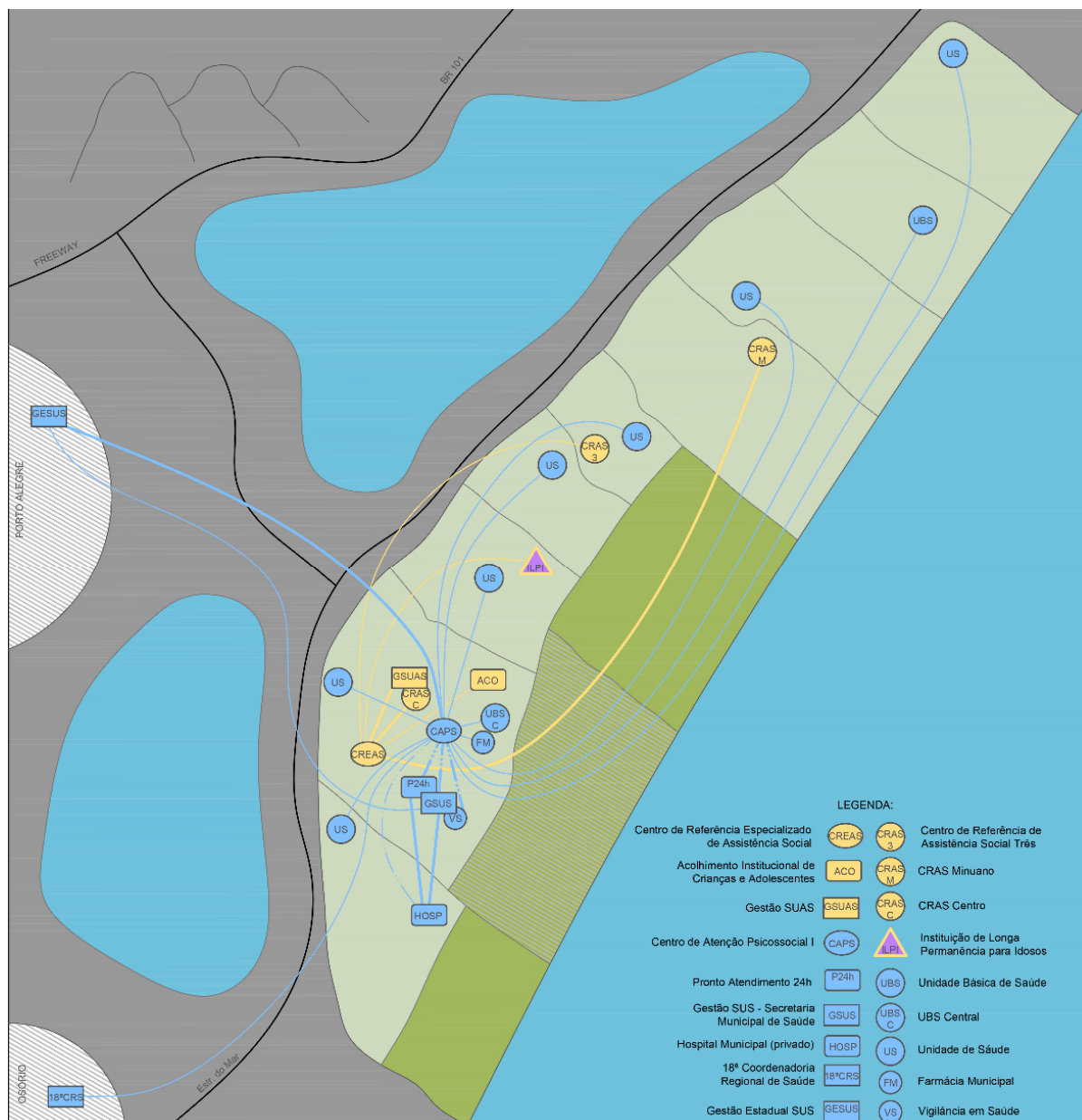
preocupante ao considerar a realidade sociodemográfica do RS e a relação de que *quanto menor o município de pequeno porte maior é a ausência da proteção social especial*.

Ainda conforme dados do Censo SUAS 2014, houve uma redução dos estados com órgãos gestores exclusivos da assistência social, sendo que o RS está dentre aqueles que perderam a gestão do SUAS em área formalmente constituída, estando situada em órgão gestor compartilhado com outras políticas. Além disso, esses dados permitiram identificar nosso estado como aquele com menor proporção de trabalhadores/as operando na gestão estadual direta da assistência social. Isso possibilita pensar o quanto as configurações estruturais do estado estão a produzir impactos na consolidação do SUAS, principalmente no que se refere à proteção social especial.

Todos esses elementos vão permeando as condições de possibilidades de configurações de redes municipais do SUS e do SUAS. Isto posto, vamos agora adentrar nas especificidades da configuração da rede intersetorial de Maresias em seus diferentes acionamentos suscitados na narrativa.

#### **a. Das Relações Intrasetoriais**

Para mover o pensamento junto a esses serviços do SUS e do SUAS em suas relações com os demais equipamentos da rede setorial de cada política, realizo o exercício de construção de um ecomapa das relações intrasetoriais da saúde e da assistência social partindo da configuração de rede existente em Maresias na temporalidade expressa na narrativa. As linhas de conexão que visualizam a intensidade da relação entre equipamentos de uma mesma política, desta vez partem dos serviços especializados existentes nessa rede municipal, como se poder ver a seguir na Figura 16.

**Figura 16***Ecomapa Relações Intrasetoriais SUS e SUAS Maresias*

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

No âmbito do SUS, partem do CAPS diversas linhas de conexão. Do CAPS com cada Unidade de Saúde da atenção básica, a relação é colocada com menor intensidade, se dando em função da atribuição do serviço com a realização do matriciamento, mas também se refere às visitas domiciliares de busca ativa, um momento de aproximação com as unidades. Outra linha conecta o CAPS com a farmácia municipal relativa ao acesso e encaminhamento para medicamentos especiais. Há também uma relação marcada entre o CAPS e o pronto

atendimento 24 horas com relação às crises em Saúde Mental. A relação aí é colocada como tensa, indicando a existência de conflitos entre os serviços em concepções de cuidado muitas vezes antagônicas.

De forma similar, uma relação de tensão está representada entre o CAPS e o Hospital Municipal. Essa tensão estava associada a inexistência de vagas para internações em Saúde Mental, junto a negativa do estabelecimento em atender situações de emergência em saúde mental de forma minimamente continente. Embora houvesse diretriz estadual orientando a obrigatoriedade dos Hospitais Gerais atenderem na urgência/emergência situações de saúde mental (acolher em regime de observação as situações de maior gravidade/risco por 72 horas até viabilizar o leito de internação via central de leitos do estado), na prática, o hospital não aceitava permanecer com as pessoas usuárias da saúde mental nessa situação. Quando “aceitavam”, não ofertavam um cuidado pertinente e deixavam a pessoa sentada na recepção da emergência.

Uma vez que não havia vagas de internação em saúde mental no hospital geral do município, tem-se também colocada uma linha que conecta o CAPS à Central de Leitos do Estado, situada na Secretaria Estadual de Saúde (SES) em Porto Alegre. Uma relação de trocas frequente referente à demanda de internações em saúde mental que identificávamos no serviço ou ainda, aquelas que chegavam via determinação judicial e o serviço ficava encarregado de fazer o cadastramento da mesma na Central.

Há também uma linha de conexão do CAPS com a 18ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde), também numa relação com a gestão estadual do SUS. Havia um monitoramento do estado com relação aos CAPS em funcionamento na região, em parte decorrente de incentivo estadual pactuado. Por vezes ocorriam trocas de apoio, mas também outras vinham em um caráter fiscalizador, cobrando indicadores pactuados pelo MS, bem como, demandando atendimento a situações judiciais e relatórios decorrentes dessas.

Uma última linha conecta o CAPS com a vigilância em saúde, uma relação também situada como tensa, pois tinha a ver com fiscalização de contratos de vagas com comunidade terapêutica com o qual não concordávamos. Apesar de reiterar as irregularidades percebidas, não havia efeito nas condutas da equipe de vigilância (fazia vista grossa conforme parceiros políticos envolvidos).

Deslocando-se na imagem do ecomapa para o Pronto Atendimento 24hs, pode-se visualizar uma linha que o conecta com o Hospital, relação muito usual diante do agravamento de situações em atendimento no PA. Do Hospital pode-se perceber outra linha

que visualiza conexão tensa existente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma relação que envolvia tratativas de contratualização de consultas especializadas e atendimentos hospitalares, nem sempre efetivados conforme pactuado e deixando a desejar. O acesso às consultas especializadas se dava por encaminhamento de alguma Unidade de Saúde, mas a pessoa usuária precisava ir até a SMS onde ficava situada uma central de marcação. Daí pode-se observar uma linha que parte em direção à SES em POA (na imagem do ecomapa como “Gestão Estadual SUS”).

Nessa central de marcação do município eram realizados os agendamentos para acesso a consultas especializadas e exames. Aqueles que tinham sido contratualizados com o hospital eram ofertados em Maresias, mas todos os demais eram regulados com a esfera estadual. O mesmo valia para os exames, alguns deles, os mais básicos, eram pactuados com laboratórios do município (convênios) e os demais todos via regulação estadual. Isso fazia repetir a cena do Pé da Serra, dos carros e, no caso de Maresias, do micro-ônibus que saía todos os dias em direção aos hospitais da capital.

No âmbito do SUAS, indo no ecomapa em direção ao CREAS, percebe-se uma relação forte com a secretaria de assistência social, a qual envolvia demandas judiciais, denúncias e a necessidade de articulação de encaminhamentos para alta complexidade do SUAS não disponível no município. Para as demandas referentes a acolhimento institucional que não envolviam crianças e adolescentes, a gestão da política de assistência social buscava contratualização/convênio de vagas com instituições que poderiam executar tais serviços dentro e fora do município. Destaca-se então uma linha de conexão que parte do CREAS até uma instituição marcada como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), equipamento não-público com o qual a política de assistência social havia efetuado contratualizações pontuais, mediante demanda de inserção de pessoas idosas em acolhimento institucional.

Outra linha sai do CREAS e se conecta com o Abrigo Municipal, equipamento de acolhimento institucional para crianças e adolescentes. Essa conexão trata da necessidade de acompanhamento das situações de institucionalização pela equipe do CREAS tendo em vista as possibilidades de retorno às famílias, do restabelecimento do vínculo familiar. Algo que é enfatizado nas orientações técnicas publicadas para esse serviço, a qual orienta o acompanhamento dos casos institucionalizados com vistas ao fortalecimento da função protetiva da família na perspectiva da garantia do direito à convivência familiar e comunitária. E, nesse sentido, destaca a importância da continuidade do acompanhamento

pelo CREAS das situações que envolvem reinserção familiar, tendo em vista prevenir novo afastamento e retorno ao acolhimento institucional. Em vista disso, reforça na relação do CREAS com os serviços de acolhimento a necessidade de construção de fluxos e procedimentos em nível local definindo competências e responsabilidades para cada equipamento (MDS, 2011b).

Três outras linhas partem do CREAS em direção aos CRASs. Uma mais grossa situa a relação mais intensa que nutria junto ao CRAS Minuano, em função das situações que estavam em acompanhamento naquela região (esse CRAS abrangia os bairros até a divisa norte do município, área de grande extensão territorial). Outra grossa que o conecta ao CRAS Central, local onde se desenvolviam atividades do serviço de convivência de Maresias, situado próximo ao CREAS e grande parte dos equipamentos da rede. Por fim, uma linha mais fina que liga ao CRAS Três sinalizando aí uma relação mais eventual que se dava a partir de situações pontuais. Vale destacar que, à exceção do CRAS Central, os demais CRAS não tinham equipe mínima completa em sua composição. Havia um desejo de expansão com maior capilaridade da rede de proteção social básica do SUAS, mas até então não havia condições de viabilizá-la tal como previsto nas normativas.

#### **b. Das Relações Intersetoriais**

Dentro de cada política temos esse emaranhado de relações entre serviços e esferas, dentro e fora do município, que sinalizam caminhos de uma almejada integralidade no cuidado em saúde no SUS e na proteção social no SUAS. Ocorre que as situações disparadoras abordadas nos remetem aos serviços especializados de SUS e SUAS em suas relações intersetoriais, demandadas justamente onde não haveria possibilidade de integralidade sem as mesmas. Indicam então pontos de conexão onde podem existir passagens entre serviços de SUS e SUAS, onde se operam interações com potencial construção coletiva e perspectiva de complementaridade entre as políticas para a garantia de direito das pessoas usuárias.

O exercício realizado então no capítulo 1 no Pé da Serra partindo dos equipamentos da PSB SUAS e AB SUS, agora é retomado para pensar as relações intersetoriais que partem dos serviços especializados da rede SUS e SUAS de Maresias. A mudança do ponto de partida aqui é motivada pelas situações complexas que chegam a esses serviços, as quais

demandam articulação intersetorial, algo previsto e já colocado tanto na RAPS do SUS quanto na PSE do SUAS.

Nesse sentido, destaca-se no SUS as deliberações da Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial que anunciavam a necessidade de pensar inclusive os processos de apoio matricial de forma intersetorial, bem como com relação a construção de parcerias entre políticas para operar processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2010). Quando então da publicação da portaria que institui a RAPS (Portaria n. 3.088, 2011, grifo meu), temos a intersetorialidade colocada como uma das diretrizes de funcionamento (Art. 2º, inciso X - *organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado*), e também como um dos seus objetivos específicos (Art. 4º, inciso VI - *desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil*).

No SUAS pode-se resgatar a afirmação expressa nas orientações técnicas do CREAS, na qual prevê a intersetorialidade como *necessária à efetivação do trabalho social*. Orienta-se que a equipe conheça a rede que existe em seu território, indo ao encontro dos diferentes serviços das diferentes políticas de forma a *estabelecer e fortalecer o desenvolvimento de ações articuladas e complementares*. Prevê ainda na articulação em rede *o planejamento e desenvolvimento de atividades em parceria*, destacando-se aí *as ações de intervenção no território, voltadas à prevenção e ao enfrentamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos*. Para todas as demandas que extrapolam suas competências, orienta-se o encaminhamento para serviços das políticas públicas que forem pertinentes, ressaltando a necessidade de monitorá-los, acompanhar desdobramentos e discutir com profissionais que venham a atender essas situações (MDS, 2011b).

No próximo ecomapa (Figura 17) também partimos dos serviços especializados, tanto no âmbito da política de assistência social quanto da política de saúde. Agora, traçando conexões referente às relações que se dão entre equipamentos de políticas distintas, portanto, ditas intersetoriais.

**Figura 17***Ecomapa Relações Intersetoriais Maresias*

*Nota:* Elaborado pela autoria, 2022.



Partindo do CAPS pode-se perceber uma linha que o conecta a cada um dos CRAS sendo que a linha que o conecta com o CRAS Minuano é representada mais espessa, buscando visibilizar uma relação de maior intensidade. Essa ocorria pela maior frequência de trocas com aquela equipe, seja por muitas pessoas usuárias do CAPS estarem também vinculadas a acompanhamento naquele CRAS, seja porque tal equipe tinha uma atuação mais ativa na comunicação com o serviço para discutir as situações em acompanhamento. Outra linha conecta o CAPS com o CRAS Três representada por uma linha fina que diz de uma relação mais pontual, relativa a algum caso que estava perpassando os dois serviços. A linha que conecta o CAPS ao CRAS Central também é bem fina, traduz uma relação bem eventual, por vezes muito formal. Essa ocorria majoritariamente por meio de documentos de encaminhamento entre serviços, mas as trocas efetivas entre as equipes eram quase inexistentes.

Entre CAPS e CREAS pode-se visualizar a existência de uma linha mais espessa, indicando a intensidade maior das trocas que ocorriam entre os serviços. Era bastante comum termos casos compartilhados com o CREAS, pois que nas situações de intenso sofrimento psíquico que atendíamos, muitas infelizmente envolviam alguma forma de violação de direitos, ruptura ou risco de ruptura de vínculos familiares e comunitários, incluindo aí as situações de institucionalização operadas pela saúde, assistência social e/ou justiça.

Ainda na relação entre CAPS e equipamentos do SUAS pode-se perceber uma linha que vai em direção ao Abrigo Municipal, representando uma relação de intensidade e tensão, que diz respeito a trocas constantes que existiam entre serviços, incluindo várias reuniões de microrrede envolvendo situações de crianças e adolescentes em acolhimento institucional com alguma forma de sofrimento psíquico.

Uma linha também espessa visibiliza uma relação entre o CAPS e o conselho tutelar, uma vez que eram realizadas reuniões constantes com as conselheiras tutelares. Esse contato mais regular envolvia demandas de encaminhamento que essas faziam de forma frequente ao serviço, seja requerendo avaliações psicológicas de crianças e adolescentes ou ainda requerendo aos familiares responsáveis por essas iniciarem tratamento de saúde mental como condição do exercício de cuidado das mesmas. As trocas ocorriam com maior intensidade com núcleo da infância e adolescência no âmbito do serviço, mas também com algumas participações em reuniões de equipe, além dos muitos ofícios que vinham do conselho tutelar.

Visibilizo uma outra linha de conexão entre o CAPS e o Centro de Cultura. Uma linha de intensidade que diz respeito às trocas e busca do serviço em possibilitar a participação

dos/as usuários/as atendidos/as nas atividades ofertadas. Alguns momentos sendo importantes e vindas junto com esses/as visando aproximação, bem como envolvia o uso/ocupação desse espaço de cultura para eventos abertos à comunidade, incluindo muitas vezes exposições das produções desenvolvidas nas oficinas terapêuticas do CAPS.

Ainda, uma última linha conecta o CAPS ao Centro de Atendimento Educacional Especializado (CAE), uma relação que também envolvia situações de atendimento relacionadas à infância e adolescência. Existiam situações acompanhadas pela equipe multiprofissional desse serviço especializado da educação, a qual não possuía psiquiatra (e nem tinha previsão de possuir). Como algumas crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem por vezes necessitavam do encaminhamento ao psiquiatra, a equipe do CAE encaminhava ao CAPS, único lugar onde esse atendimento poderia ocorrer na rede pública de Maresias. Também eram discutidas situações de demandas diferentes entre os serviços, numa tentativa de construção de fluxos com relação às especificidades dos atendimentos de cada equipamento. A equipe do CAE contava com psicólogas, psicopedagogas e fonoaudióloga que faziam a assessoria às escolas da rede municipal com relação a situações de dificuldades no âmbito das aprendizagens e das relações interpessoais dos educandos. Contudo, ainda haviam atendimentos considerados “clínicos” de menor “gravidade” que eram realizados por essa equipe no CAE, enquanto o atendimento às situações de intenso sofrimento psíquico e transtornos graves do desenvolvimento eram atendidas no CAPS (considerando que no CAPS contávamos com apenas uma profissional para o atendimento a esse público).

Do CAE pode-se perceber ainda outras duas linhas de conexão com equipamentos da assistência social. Havia uma relação de trocas com o CREAS e com o Abrigo, relacionada a situações que envolviam crianças e adolescentes inseridos na rede educacional e que viviam em contextos de vulnerabilidade e risco social importantes, considerando aí seus efeitos nos processos de aprendizagem e socialização escolar.

Direcionando o olhar na imagem do ecomapa ao abrigo municipal, percebe-se ainda outras linhas de conexão. Uma delas com o conselho tutelar, indicando uma relação próxima existente, em função das situações de pedidos de acolhimento institucional realizadas, bem como, do "monitoramento" das famílias que quisessem reaver o cuidado de seus filhos institucionalizados como medida protetiva.

Outra linha visualiza conexão entre o conselho tutelar e o CREAS, que diz respeito às reuniões regulares que ocorriam na discussão de casos e pedidos de acompanhamento das diversas situações de violência e violação de direitos envolvendo crianças e adolescentes.

Incluía-se aí aquelas referentes às medidas socioeducativas, que eram executadas pelo CREAS sendo demandadas pela justiça a partir da ação de conselheiras/os tutelares.

Retoma-se neste ponto a previsão da *articulação com os órgãos de defesa de direitos* dentro do escopo de atuação do CREAS, de fundamental importância para a *garantia do acesso à justiça e a mecanismos jurídicos de proteção legal de direitos*. Dessa forma, uma articulação que busca assegurar a defesa de quem teve direitos violados, bem como a responsabilização de quem os violou (MDS, 2011b).

Nesse sentido, pode-se observar a existência de uma linha de conexão entre o conselho tutelar e o Fórum, órgão da justiça. Único momento em que aparece colocada uma relação com judiciário, traduzindo a existência de trocas. Essas consistiam na comunicação sobre o conhecimento e acompanhamento de situações envolvendo violação de direitos de crianças e adolescentes ao Ministério Público e Promotoria, com consequentes encaminhamentos de ações, desfechos em tramitações judiciais e demandas aos serviços da rede de proteção.

Voltando em direção ao CREAS, há duas outras linhas que o conectam com serviços da saúde: uma linha que faz conexão com o PA24hs e outra com o hospital. Havia uma relação eventual com o hospital, sendo que a assistente social do hospital costumava acessar ou fazer contato com o CREAS diante de suspeita de casos de risco, violência ou negligência que estariam em atendimento. No caso do PA24hs muitas vezes envolvia a mediação do atendimento à pessoa em situação de rua, bem como, quando ocorriam situações de abandono familiar de casos em atendimento de urgência e/ou em observação (quando é requerido que algum familiar acompanhe).

Uma linha mais branda, sinalizando uma relação mais eventual, conecta o abrigo e o PA24hs, equipamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, entendido como no âmbito da atenção terciária em saúde. Relação que dizia respeito a situações em que profissionais da equipe do abrigo entendiam que crianças e adolescentes acolhidos/as precisavam de atendimento de urgência visando, muitas vezes, a internação em saúde mental desses/as. Era a busca de um "atalho" para a internação, que tantas vezes no atendimento do CAPS buscávamos evitar. Situações que geraram muitas discussões entre as equipes dos serviços na tentativa de alterar esse fluxo paralelo que intensificava processos de institucionalização. Havia dificuldades de manejo de educadores/as com essas crianças e adolescentes acolhidas. Algo que a equipe técnica do serviço seguia em dificuldades para apoiar e reverter.

Seguindo no ecomapa, pensando as relações a partir dos equipamentos da assistência, pode-se ver a gestão da política de assistência social com uma linha compartilhada com o CREAS que os conectam a uma comunidade terapêutica situada em zona afastada da cidade, relação que diz respeito às tratativas de acolhimento de pessoas em situação de rua que “insistiram” em permanecer no município. Da mesma forma é possível observar uma linha compartilhada entre CAPS e gestão da Saúde que os conectam a essa mesma comunidade. Essa, entretanto, envolve a fiscalização dessa instituição e do contrato que fora estabelecido.

Uma relação de tensão ali estava muito presente, pois havia certo incentivo ou pressão ao CAPS para que utilizássemos essas vagas, sendo que não víamos tal local como um equipamento de saúde, muito menos, de atenção psicossocial. O que costumava ocorrer é que, em função da existência desse contrato, a comunidade "recebia" pessoas e depois vinha pedir formalização do encaminhamento do serviço para que pudesse ter suas vagas pagas por esse contrato. Por vezes o núcleo da equipe do CREAS responsável por essa demanda, mantendo uma relação próxima com tal Comunidade e diante da ausência de perspectiva de uma casa de passagem no município, também contribuía para essa construção de demanda de atendimento no CAPS. Algo que não se sustentava como um cuidado na lógica de atenção psicossocial, mas vinha na direção de uso do "aval" do serviço para efetivação de prática asilar, associando o estigma de "dependente químico" às pessoas em situação de rua (que era a designação usada pela comunidade terapêutica a todas as pessoas que lá “recebiam”).

Essa relação de tensão, bastante conflitiva, estava colocada entre profissionais das equipes, muitos até não concordando com o que ocorria, mas também sem fazer resistência ao encaminhamento que estava sendo dado. Retomo trecho da narrativa a este respeito: “(...) *Ouvíamos uma alegação da gestão ainda mais revoltante: se criassem uma casa de passagem para essa população no município, haveria uma migração dessas pessoas de todo o litoral para Maresias e a gestão municipal não queria isso*”.

Porque será que a gestão não queria isso? Posicionar-se contrariamente a tal condução política era confrontar-se com um cenário de interesses que sustentavam a gestão em suas “redes parceiras” com as quais já haviam pactuações e favores afirmados. Temiam então que a implantação de um albergue, serviço previsto no SUAS justamente para garantir proteção social às pessoas em situação de rua, poderia atrair mais pessoas nessa situação para o município. E se assim fosse, qual seria o problema disso?

Justamente ali se colocava uma preocupação econômica. Uma cidade que tanto dependia do turismo para seu “desenvolvimento”, muitas vezes deixava em segundo plano as

demandas da população que lá residia. O argumento que então estava ali implícito era o entendimento de que um albergue poderia atrapalhar o turismo na visão da gestão. Então pessoas em situação de rua circulando pela cidade, ao exercer seu direito de ir e vir poderiam afastar os turistas e investimentos.

Assim, sem poder ignorar quando essas se fazem presente nos bairros da zona turística da cidade, promoviam ações executadas pela “Ronda Social” para sua destinação a um espaço específico (comunidade terapêutica) ou sua remoção (convite-passagem) para qualquer outro lugar longe dali. Algo infelizmente nada exclusivo de Maresias, a destinação institucional à revelia do que quer que pudessem expressar a respeito:

(...) os espaços institucionais destinados à população em situação de rua muitas vezes constituem-se como lugares pobres de significado para as pessoas e que não conseguem produzir efetivas transformações em suas vidas. Podem ser compreendidos ainda como “não lugares” (Augé, 1993), dada a ausência de história, de identidade, de relação afetiva, e nos quais predomina a precariedade, a disciplina e o controle (Romagnoli et al., 2017)

Assim, o que parece aqui se tratar é de uma prática asilar sendo usada em nome da priorização da economia, transformada em política pública de invisibilização dessas pessoas e de sua situação de rua. Invisibiliza-se a falta de moradia e a ausência da garantia de direitos que estava escancarada a quem estivesse disposto a ver. É justamente do seu transitar que a gestão se ocupa em restringir ao fazer tal contrato de vagas com a comunidade terapêutica e descartar qualquer possibilidade de constituição de um equipamento social de proteção dessa população.

Nas reflexões que seguem, vou adentrando em outros rastros da narrativa que interrogam as políticas de SUS e SUAS quanto a suas contradições em nome do cuidado em saúde e da proteção social.

## **2. Dos espaços de encontro que tecem relações entre profissionais, equipes, pessoas usuárias e serviços**

(...) é importante pensar a rede para além de um conjunto de serviços, programas ou prescrições, que funcionem de modo eficiente (Barros & Passos, 2004). É necessário romper ainda a segmentação e entender rede como um projeto tecido entre muitos

“nós”, que compõem um coletivo articulado capaz de produzir fluxos que potencializem o cuidado, a atenção e a vida (Romagnoli et al, 2017).

Ao falar dessas relações de trocas existentes entre serviços, em maior ou menor intensidade, muitas dessas foram tecidas em espaços de encontros de profissionais desses equipamentos. As conexões que venho abordando foram sendo constituídas, no que se refere a intensidade e fluxo de trocas, através de encontros entre profissionais, pessoas usuárias da política e gestores/as.

Há determinadas relações pré-existentes que apenas estão prescritas em normativas orientadoras desses equipamentos. O prescrito da normativa vai se configurando de forma diversa em cada realidade municipal. São configurações de redes de relações vivas que se movem conforme as peculiaridades de cada território e das situações que demandam a atuação de cada política.

E por isso tantas vezes pode-se observar na narrativa do dia de trabalho vários espaços de encontro, entre os quais, destaco para refletir nesse momento, as reuniões de equipe e de rede intersetorial. São cenários em que se pode visualizar a atuação de trabalhadoras/es, pessoas atendidas e equipes dos serviços de SUS e SUAS, além de outros equipamentos de outras políticas que emergem conforme as situações disparadoras abordadas.

#### **a. Reunião de Equipe**

Se no primeiro Capítulo enfatizo o espaço de reunião de equipe do CRAS ressaltando a importância da existência do mesmo para viabilização da atuação do serviço em direção aos objetivos e finalidades a que se propõe, agora volta-se o olhar em Maresias para a importância desse espaço para um serviço como o CAPS.

Na narrativa já havia situado previamente a reunião de equipe como espaço imprescindível e ameaçado, tal como retomo no trecho da mesma a seguir:

*(...) A reunião de equipe era um espaço imprescindível para um trabalho que pressupunha ser desenvolvido em equipe de forma interdisciplinar. No entanto, um espaço que estava frequentemente sob ameaça devido a pressão de realização de atendimentos o tempo todo no serviço. Em inúmeros momentos chegavam situações durante as reuniões que demandavam certa urgência de atenção, interrompendo por completo ou deslocando profissionais para atendê-las (...).*

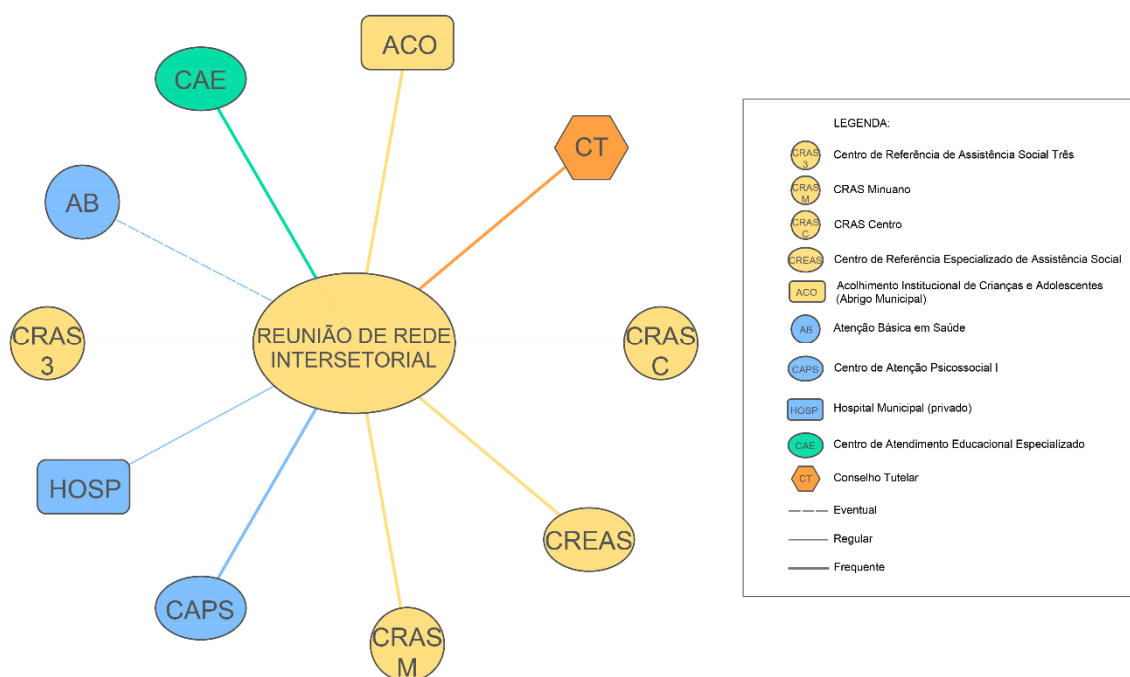
A narrativa expressa algumas pautas de discussão que permeiam esses encontros, a possibilidade de se pensar como serviço a partir das demandas que as pessoas atendidas nos trazem mobiliza profissionais da equipe a questionar a rede e as possibilidades de um além CAPS. Poderia se dizer que muito mais de 50% do trabalho CAPS está implicado na equipe, na articulação de rede por esta equipe. É nesse espaço de encontro que aparecem questões sobre a intersetorialidade, de pensar a rede para além do CAPS, de provocar espaço da reunião de rede intersetorial e articulações entre serviços para além disso. Também se configura como um espaço de expressão de trabalhadoras/es desse serviço sobre o cotidiano de seu trabalho. Assim, reunindo diferentes saberes profissionais enquanto equipe multidisciplinar, se opera um exercício de interdisciplinaridade nesses encontros, emergem questões que mobilizam a equipe para além do atendimento de cada caso específico. Desta forma, possibilita ir a uma perspectiva de saúde coletiva, não restrita à individualidade de cada caso.

Quando então isso não ocorre, seja por situações de interrupções, cancelamentos e também do deslocamento de profissionais para atender supostas “urgências”, a semana de trabalho seguia a todo vapor em mil atendimentos. Cada profissional isolada/o em seu atendimento com cada pessoa usuária do serviço. Muitas vezes isso acontecia, um funcionamento de lógica produtivista do serviço que, pela urgência das demandas que não paravam de chegar, implicava na primazia do atendimento ao custo de inexistirem trocas interprofissionais. E qual seria então o efeito disso nas práticas?

### **b. Reunião de Rede**

Embora na narrativa do dia de trabalho em Maresias não tenha sido trazida uma reunião de rede intersetorial, esse espaço de encontro está presente e permeia a discussão na reunião de equipe do CAPS e outros momentos da mesma. Descrevo-a com um espaço mensal de trocas entre profissionais da saúde, assistência social, educação e do conselho tutelar com poucos encaminhamentos propositivos e muitas vezes desconsiderado pela gestão municipal para o planejamento, avaliação e desenvolvimento das políticas sociais de Maresias.

O ecomapa a seguir (Figura 18) foi construído para visibilizar as relações dos serviços com esse espaço, enfatizando sua participação enquanto regular, frequente ou eventual.

**Figura 18***Ecomapa Reunião de Rede Intersetorial Maresias*

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

Na narrativa, partindo do meu lugar como trabalhadora da saúde no CAPS, trouxe alguns elementos quanto à participação de profissionais da política de saúde na reunião de rede intersetorial. Havia uma participação frequente de profissionais do CAPS, na maioria das vezes através de uma psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional da equipe. Por isso, no ecomapa visualiza-se uma linha espessa que conecta fortemente o serviço com esse espaço.

De outro lado, como dificilmente havia a participação de profissionais além da equipe do CAPS, visibiliza-se linhas muito tênues que conectam o Hospital e a atenção básica em saúde ao espaço da reunião de rede intersetorial. Com uma certa regularidade contávamos com a participação de profissionais da psicologia e/ou serviço social que compunham uma equipe do Hospital. Muito eventualmente participava das reuniões alguma profissional da atenção básica em saúde (e/ou coordenação de algum programa vinculado à mesma).

Interrogo-me aqui sobre o que acontecia em Maresias para essa participação se dar dessa forma, e dentro disso, porque o CAPS manteve sua participação de forma regular e frequente nesse espaço. Reflito a partir das vivências desse período que os demais serviços da saúde não tinham entendimento do papel ou importância da reunião de rede intersetorial.



Tantas foram as vezes em que precisávamos explicar o que era o espaço para sensibilizar um convite de participação. Era possível perceber uma visão muito setorializada, além de uma interpretação recorrente de ser "mais uma reunião". Inclui-se aí certo julgamento por vezes explicitamente expresso de que participar de reunião não é trabalhar, reforçando certo entendimento de que estar trabalhando na saúde é igual a estar realizando algum atendimento direto à população (se não está atendendo alguém, logo é situado como "não trabalho"). De outro lado, o CAPS parece ser convocado a estabelecer relações com os demais serviços da rede intersetorial, talvez em grande parte por sua previsão em normativa. Assim, a reunião de rede intersetorial para o CAPS se torna um espaço de encontro de grande relevância para tecer essas relações. Havia no CAPS de Maresias um movimento de parte considerável da equipe que fazia questão de ocupar esse espaço. Além disso, serviços da rede intersetorial demandavam a presença do CAPS nas reuniões, sendo que existia certo movimento de convocação quando não estávamos presentes, uma vez que a ampla maioria das situações discutidas envolviam a atenção psicossocial.

Já no âmbito da política de assistência social, participavam de forma frequente a psicóloga do CRAS Minuano, uma técnica de referência do abrigo (assistente social) e uma psicóloga ou assistente social do CREAS. De forma regular vinham assistentes sociais do CRAS Central e do CRAS 3. Questiona-se então sobre o que implicava nessa participação mais frequente de uns e nem tanto de outros equipamentos da assistência social.

A realidade das equipes dos serviços da política de assistência social era diversa e suas configurações tinham impacto em sua presença. O CRAS 3 contava com uma equipe reduzida, o que dificultava a participação de integrantes na reunião. O CRAS Central, mesmo com equipe completa, tinha uma participação apenas regular, sem um maior envolvimento do serviço com as questões da reunião de rede. Contudo, no CRAS Central havia a execução do único SCFV existente no município, sendo perceptível certa sobrecarga de trabalho pelas atividades desenvolvidas por sua equipe. No CRAS Minuano, mesmo com equipe reduzida, destacava-se a frequência da psicóloga, a qual demonstrava valorizar e perceber o potencial desse espaço. Fazia questão de estar nos encontros da rede, sendo comum que divulgasse ações que vinham pensando no território, parcerias na comunidade e pautasse algumas problemáticas identificadas.

Já o CREAS, sempre presente nas reuniões, muitas vezes vinha em dupla (assistente social e psicóloga), uma participação frequente que pode ser associada a sua incumbência de articulação com a rede intersetorial para efetivação de suas ações. Dessa forma, a reunião de

rede fazia parte da agenda de trabalho permanente do CREAS. Situação semelhante a participação do abrigo, vinha como uma necessidade do serviço estar nas reuniões. Havia um uso do espaço como forma de acionar colegas da rede, muitas vezes tensionando discussões de casos no espaço, outras cobrando atendimentos que entendiam que deviam acontecer em outros pontos da rede.

Como demonstrado no ecomapa tínhamos ainda uma participação frequente do conselho tutelar, com ao menos duas das cinco conselheiras tutelares sempre presentes nas reuniões e da equipe do CAE da Educação, ao menos vinham duas psicólogas. Essa participação bastante frequente e regular de profissionais do CAE e conselheiras tutelares, provocava maior discussão sobre a infância e adolescência nos encontros. Tendo em vista ser o público atendido por tais profissionais e para o qual os serviços tinham objetivos específicos de atendimento, CAE e CT traziam questões relacionadas a demandas de atenção/atendimento/proteção a crianças e adolescentes. Inclui-se aí a responsabilidade do CT para com a rede de proteção da infância e adolescência, algo que se relaciona com serviços da assistência social e também convoca o CAPS a participação nesse espaço.

Observa-se que não havia a participação de outras instituições, como ONGs e/ou associações, bem como, dificilmente havia a participação de pessoas em lugar de gestão dos serviços ou das políticas. Anualmente buscava-se reunir com mais atores de outras políticas e serviços e alguma aproximação maior com gestores/as (costumava ser realizado um seminário de rede ampliado com amplo chamamento).

Lembrando da composição e participação da reunião de rede intersetorial do Pé Da Serra, em Maresias pode-se perceber diferenças quanto à ocupação por representações das gestões das políticas nesse espaço. Se na reunião de rede do Pé da Serra se faziam mais presentes, em Maresias há uma ausência da gestão nesse espaço, o que faz pensar nas implicações disso nos desfechos das reuniões. Nesse sentido, vale retomar da narrativa o apontamento sobre esse espaço ter *poucos encaminhamentos propositivos e ser pouco considerado pela gestão municipal na construção das ações ou no desenvolvimento das políticas.*

### **3. Intersetorialidade no circuito asilar, da reprodução da institucionalização**

Ao longo da narrativa deste Capítulo se pode perceber situações disparadoras a partir de dois casos: Rudá e Jacira. Nesse momento me ocorreu que pudesse ser interessante

construir um ecomapa para cada um dos casos, buscando visibilizar as relações entre serviços, profissionais e pessoas atendidas. As linhas de conexão aqui visam o transitar que ocorre a partir de cada uma das situações trazidas na narrativa. Assim, nesse ponto, primeiramente uso a ferramenta do ecomapa buscando refletir a rede de relações que se construiu em torno do caso Rudá (conforme Figura 19 a seguir).

**Figura 19**

*Ecomapa Caso Rudá*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

As linhas deste ecomapa partem todas do abrigo municipal. Considerando que Rudá estava vivendo no abrigo há muitos anos, esse é o ponto de partida. Não se sabia e nem havia muito acesso a dados de sua história prévia ao acolhimento institucional. O que se sabe é que houve em algum momento uma situação de abandono familiar e uma intervenção do conselho tutelar requisitando seu acolhimento institucional como medida protetiva quando Rudá ainda

era uma criança. Desta forma, havia uma relação entre o abrigo e o conselho tutelar relativa à situação de Rudá, bem como havia trocas entre o conselho tutelar e o órgão do judiciário quanto ao andamento de sua situação.

O ecomapa retrata um momento já do fim de sua adolescência aos seus 18 anos de idade. Ainda existia uma relação do abrigo com a escola municipal pela inserção de Rudá nas atividades escolares (as quais seguiam sendo um direito seu mesmo estando em acolhimento institucional). Assim, o abrigo tinha a responsabilidade de levar Rudá e garantir sua frequência escolar (cumprir obrigação), bem como, acompanhar suas aprendizagens (mais raramente contemplada).

Outra linha aparece conectando o abrigo com o CAPS, tendo em vista a discussão sobre o seu acompanhamento em saúde mental, incluindo aí o manejo de diferentes situações de interações que ocorriam no seu contexto de moradia institucionalizado. Rudá se deslocava com educador do abrigo para participar de oficinas terapêuticas no CAPS, bem como, a atendimentos individuais com psicóloga e psiquiatra. Essa linha também diz das constantes trocas que existiam entre a equipe do CAPS e a equipe do abrigo com relação ao cuidado de Rudá e suas perspectivas.

Uma linha sai do abrigo em direção a uma instituição de longa permanência para idosos, equipamento privado filantrópico existente no bairro ao lado, com o qual o abrigo estabeleceu relação a considerar possível local para inserção de Rudá após seus 18 anos completos. Como citado anteriormente, a assistência social já possuía algum vínculo com essa ILPI na contratualização de vagas pontuais para acolhimento institucional de pessoas idosas.

Essas instituições destinam-se exclusivamente ao acolhimento de pessoas idosas com 60 anos ou mais, quando essas encontram-se sem possibilidades de autossustento e de convivência familiar (incluindo situações de afastamento familiar por violência e/ou negligência, abandono e rua). Dito isto, facilmente percebe-se a incoerência/inadequação da proposição feita pelo abrigo para a moradia de Rudá. A alegação de que seria algo provisório/temporário não ofertava qualquer outra perspectiva a ser construída via política de assistência social. Pelo contrário, havia um desconhecimento quanto à possibilidade de requisitar a implantação de uma Residência Inclusiva<sup>61</sup>. A equipe do abrigo empurrava a

---

<sup>61</sup> Destinada a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade, de retaguarda familiar ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência. Organizada em pequenos grupos de até 10 pessoas por residência, cuja acolhida e convivência promove o desenvolvimento de capacidades adaptativas à vida diária, autonomia e participação social. Atua em articulação com os

responsabilidade da garantia da moradia de Rudá para a saúde mental ao situar estarem sem opções pela ausência de um Serviço Residencial Terapêutico em Maresias.

Importante considerar na temporalidade da narrativa [2016], o contexto recente da aprovação da Lei Brasileira de Inclusão (2015), bem como, do Plano Viver Sem Limites (2011), no qual a proposta das Residências Inclusivas ganhou visibilidade poucos anos antes. Tal equipamento ganhou previsão no SUAS ainda em 2009, no entanto, seguia sendo uma novidade não tendo em 2016 notícias de implantação no RS. De outro lado, os SRTs como equipamentos do SUS na saúde mental foram instituídos em 2000 (Portaria n. 106/GM/MS, 2000), sendo mais conhecidos e recorrentemente associados quando da constatação de alguma forma de sofrimento psíquico. Era o que parecia ocorrer quando a equipe do abrigo pensava em Rudá por ele realizar acompanhamento de saúde mental no CAPS. Contudo, justamente por realizar seu acompanhamento, a equipe do CAPS reconhecia que Rudá era uma pessoa com deficiência que necessitava de uma moradia com apoio, por ter um certo grau de dependência. A ironia é que grande parte de sua dependência podia ser facilmente atribuída aos anos de sua institucionalização no abrigo desde a infância.

Voltando ao ecomapa, outra linha de conexão aparece ligando o fórum ao abrigo. Essa, de cor cinza, sinaliza a inexistência de trocas, mas havia um fluxo que vinha do órgão de justiça ao abrigo de forma vertical. Tal fluxo dizia respeito às determinações judiciais e cobranças de envio de relatórios pormenorizados dos acolhidos como Rudá.

Na medida em que o promotor indica possibilidade de instituição em Porto Alegre como alternativa para Rudá, também emerge uma linha de conexão do abrigo com tal instituição. Essa indica a realização de visita verbalizada pela técnica do abrigo na reunião com a equipe do CAPS, bem como, o compromisso de acompanhamento da transição e adaptação de Rudá ao novo contexto. É a última conexão do transitar de Rudá no ecomapa.

Essa ausência de trocas efetivas entre o abrigo e o judiciário se materializa como uma determinação sem uma sustentação técnica consistente, visto que a equipe do abrigo não sabia ao certo informar *a vinculação do equipamento em termos de sua previsão*. Ao mesmo tempo, sustentam que o judiciário não indicaria tal local se não estivesse adequado.

---

demais serviços no território para garantir a inclusão social dos residentes. Oferta serviço de proteção integral a jovens e adultos com deficiência que não dispõem de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR, 2013).

Conforme documento de orientações técnicas das RIs publicado em 2014, o órgão gestor da política de Assistência Social do município deve coordenar o processo de implantação partindo do levantamento da demanda, construindo o devido planejamento de cada etapa conforme realidade local, incluindo sua previsão no Plano de Assistência Social e submissão ao Conselho Municipal de Assistência Social para aprovação (MDS, 2014b).

Apresentam como um *equipamento filantrópico de moradia para pessoas com deficiência*, o qual especulam que deva possuir conveniamento na Capital.

Diante desses elementos, ocorre o questionamento da equipe do CAPS quanto à regularidade dessa instituição com relação à inscrição em órgãos do controle social. Qualquer que seja o equipamento filantrópico, há de estar inscrito em algum órgão de controle social. Considerando a descrição oferecida, solicita-se a verificação junto a três conselhos: o Conselho Municipal da Assistência Social (CMAS); o Conselho Estadual da Assistência Social (CEAS) e o Conselho Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência (COEPEDE).

Primeiramente, sendo um equipamento que presta serviços de proteção social à rede SUAS municipal, precisaria estar inscrito no CMAS<sup>62</sup> de Porto Alegre enquanto entidade de assistência social. Sugere-se ainda o CEAS, por ter dentre suas competências o controle e a fiscalização dos serviços prestados por todas as entidades beneficentes de Assistência Social (que envolvem recursos estaduais de imunidades e renúncias fiscais). Justamente por não saber situar a previsão de tal equipamento, também uma consulta ao CEAS mostra-se caminho possível para verificação de regularidade da instituição. Ainda, citou-se o COEPEDE, o qual dentre suas competências prevê o acompanhamento da aplicação de recursos estaduais para serviços de atendimento e de assistência social voltados à pessoa com deficiência<sup>63</sup>. Assim, ofereceu-se três caminhos possíveis para que a equipe do abrigo pudesse verificar a regularidade da instituição quanto à assistência que de fato poderia ofertar à Rudá.

---

<sup>62</sup> Conforme previsão na LOAS, Lei 8.742 (1993), (...) para o reconhecimento referido no § 1o, a entidade deverá cumprir os seguintes requisitos: I - constituir-se em conformidade com o disposto no art. 3o; II - inscrever-se em Conselho Municipal ou do Distrito Federal, na forma do art. 9o; III - integrar o sistema de cadastro de entidades de que trata o inciso XI do art. 19 (coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal). Ainda (...) Art. 9º O funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso. (...) § 2º Cabe ao Conselho Municipal de Assistência Social e ao Conselho de Assistência Social do Distrito Federal a fiscalização das entidades referidas no caput na forma prevista em lei ou regulamento. (...) § 4º As entidades e organizações de assistência social podem, para defesa de seus direitos referentes à inscrição e ao funcionamento, recorrer aos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Além disso, conforme art. 5º da Resolução do CNAS 12/2014, a inscrição é a autorização de funcionamento concedida pelo poder público para as organizações da sociedade civil que a) atuem exclusivamente com a política de assistência social, sendo inscritas como entidades e organizações de assistência social; b) atuem exclusivamente com a política de assistência social fora do município sede. Nesse caso, somente a(s) oferta(s) executada(s) será(ão) inscrita(s); c) atuem em outras políticas e executem ofertas socioassistenciais (serviços, programas, projetos e benefícios). Neste caso, será(ão) inscrita(s) apenas a(s) ação(ões) realizada(s).

<sup>63</sup> Conforme a Lei Estadual n. 14.421 (2014) e Lei Estadual n. 12.339 (2005), referente a criação do COEPEDE, estabelece dentre as suas competências: (...) acompanhar a aplicação dos recursos públicos estaduais destinados aos serviços de atendimento e de assistência social voltados à pessoa com deficiência; (...) manter, de acordo com os critérios estabelecidos em Regimento Interno, o cadastramento de entidades que prestam atendimento à pessoa com deficiência.

Cabe aqui considerar que o acolhimento institucional como um serviço socioassistencial com parâmetros de funcionamento estabelecidos e especificados é algo recente ao levar em consideração décadas de práticas de asilamento legitimadas em contexto anterior a instituição de um estado de bem-estar social no país. A partir da Constituição Federal de 1988 vamos encontrar o direito a garantia da convivência familiar e comunitária. Sendo em 2008, por meio da aprovação do Decreto Legislativo n. 186, reconhecido às pessoas com deficiência o direitos à vida independente, sua inclusão e participação plena na comunidade (em ratificação à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>64</sup>). Essa conjuntura deflagrou a imprescindível mudança de paradigma quanto às práticas ofertadas nessas instituições. Decorre disso a previsão na PNAS 2004 quanto a prioridade de reestruturar os serviços de abrigamento para novas modalidades de atendimento na PSE, tendo em vista o reordenamento da rede de acolhimento. Cinco anos depois temos na tipificação dos serviços socioassistenciais do SUAS o estabelecimento de diferentes modalidades e parâmetros de atuação direcionando a instituição de novas práticas alinhadas à perspectiva da garantia do direito à convivência familiar e comunitária (Neris et al., 2013).

Isto posto, existe ainda um grande contingente de instituições exclusivas para PCDs não previstas na política de assistência social. Inclusive, dentro desse contingente, instituições criadas durante e após o estabelecimento dos novos marcos regulatórios sem contemplá-los. Ao mesmo tempo, tanto o processo de reordenamento do acolhimento institucional quanto a implantação de residências inclusivas segue vagarosamente e incipiente no país.

No Censo SUAS de 2018 constatou-se que apenas 20% das pessoas adultas com deficiência acolhidas institucionalmente estão em residências inclusivas. Identificou-se ainda que 65% das unidades de acolhimento exclusivas para pessoas adultas com deficiência eram abrigos institucionais com características asilares. Sendo especialmente preocupante o registro da implantação de novos abrigos institucionais exclusivos após a publicação da Resolução CNAS n. 109 (2009) que tipifica a Residência Inclusiva como única modalidade possível de acolhimento destinada exclusivamente às pessoas com deficiência. Por fim, pode-se constatar um aumento de 40% das pessoas em instituições asilares no comparativo com 2015, o que indica a persistência da prática da institucionalização das pessoas com deficiência (Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro [MPRJ], 2020).

---

<sup>64</sup> A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo conseguiu status de emenda constitucional, por ter sido aprovada com o quórum qualificado previsto no §3º do art. 5º da Constituição da República de 1988, por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008.

Assim, em vista do já colocado, qualquer equipamento destinado à moradia coletiva de pessoas com deficiência que não atenda aos parâmetros de funcionamento para as Residências Inclusivas, está em funcionamento irregular, sendo inadequado quanto à proteção social preconizada. Nesse sentido, destaca-se aqui a importância da verificação da inscrição desses estabelecimentos nos conselhos de políticas públicas e de direitos, possibilitando averiguar a regularidade de seu funcionamento. Os espaços de controle social têm um papel de grande relevância na constituição de redes e fluxos das políticas sociais, em especial ao considerar as concessões entre público-privado e seu impacto na garantia de direitos.

O apontamento feito pelas profissionais do CAPS demonstra o reconhecimento desses espaços como efetiva possibilidade de monitorar e fiscalizar tais equipamentos, vislumbrando seu potencial de intervenção. Contudo, no caso de Rudá o que ocorre é a desconsideração desse potencial do controle social, tanto pelo abrigo, quanto pelo judiciário. Tanto é que esses espaços não aparecem situados no território da imagem do Ecomapa.

Entretanto, ainda mais grave é constatar a total desconsideração de Rudá nesse processo. Afinal, em que momento Rudá teve voz e escuta quanto ao seu destino? Que escolha teve Rudá sobre onde morar e por onde transitar? O último ponto situado no ecomapa, vem como o desfecho construído judicialmente sem qualquer escuta do que Rudá teria a dizer a respeito, não lhe são ofertadas possibilidades de escolha.

Retomo trecho da narrativa para as reflexões que seguem:

*(...) Havia no caso de Rudá uma responsabilidade maior do município que não podia ser ignorada, afinal ele ficou anos no acolhimento institucional e um dos objetivos de trabalho deste serviço era reestabelecer a possibilidade de cuidado e construir alternativas de saída quando o retorno familiar não era possível. Em decorrência das limitações percebidas em Rudá, decorrentes de um funcionamento psíquico destoante dos ditames sociais, um prejuízo cognitivo que se fazia perceber diante das exigências dessa tal rotina social esperada, entendíamos sim que era importante um lugar em que não estivesse só, uma morada compartilhada, com alguma assistência que levasse sua diferença em consideração. Por isso defendíamos que a assistência social do município fosse em busca da habilitação de uma residência inclusiva. (...) Se ali não houve um movimento possível, o que veio foi a pressão e logo a determinação do judiciário a remoção de Rudá para uma instituição distante do município, obrigando o custeio desta a ser pago pelo município (...).*



A determinação judicial se dá visando corrigir uma irregularidade institucional (pois que não poderia permanecer para além de seus 18 anos no abrigo para crianças e adolescentes) e garantir um direito individual (uma moradia teoricamente adequada às suas necessidades). Uma suposta garantia de direito é operada pela via judicial com uma frágil sustentação técnica do equipamento da política de assistência social, sendo logisticamente viabilizada pelo executivo municipal, em cumprimento à determinação.

Tem-se desta forma configurado um circuito que reproduz a institucionalização de Rudá, justificada para sua própria proteção. As estratégias de asilamento sempre estiveram à serviço da segregação de quem, por alguma característica própria (seja física, psíquica, atitudinal ou ainda sua forma de ser e viver) não se enquadra na norma vigente à sua época.

Visibiliza aí algo que coloca em operação novamente a perspectiva asilar, onde a pessoa não tem escolha, não foi ouvida nesse processo, sendo apenas comunicada das decisões sobre sua vida. Manteve-se o assujeitamento de Rudá, tal como já estava em anos no acolhimento institucional da política de Assistência Social.

*(...) Neste caso, nada do que a equipe do CAPS apontou agora ou anteriormente fora considerado. Por fim, insistimos com a técnica de referência o devido acompanhamento do processo de adaptação de Rudá nesse local com a realização de visitas regulares e manter contato conosco durante todo esse processo. O que nos restava enquanto equipe do CAPS e mais especificamente a terapeuta de referência de Rudá, era acompanhá-lo e dar suporte nessa transição que, pelo visto, aconteceria de forma breve (...).*

Nesse cenário de articulação intersetorial, o equipamento da saúde mental ali parecia estar destituído de lugar de fala. De certa forma, nosso lugar ali já estava também determinado, limitar-se a fazer os atendimentos solicitados e demandados. Avançando para cerca de 1 ano e meio depois da remoção de Rudá para tal instituição, o mesmo judiciário, através do Ministério Público, entrou em contato com o município avisando que seria necessário avaliar e buscar Rudá, que não estaria em um local adequado aos seus cuidados. Para nossa surpresa então descobrimos que sua “estadia” nessa instituição estava sendo paga com recursos da política de saúde, motivo pelo qual então a saúde estava sendo chamada para esta avaliação e tomar as providências para seu retorno a Maresias.

O caso Rudá demonstra os dramas da institucionalização por dentro das políticas públicas de SUS e SUAS. Ilustra processos de institucionalização recorrentes, permeados por um jogo de “empurra-empurra” entre políticas, serviços/equipamentos e gestões de municípios. Faz então refletir os impactos para pessoas como Rudá ao situar-se em um município de pequeno porte que não conta com a estrutura necessária para contemplar sua diferença na garantia de seus direitos. A institucionalização de Rudá se dá em um contexto de ausência de equipamentos públicos municipais voltados à moradia.

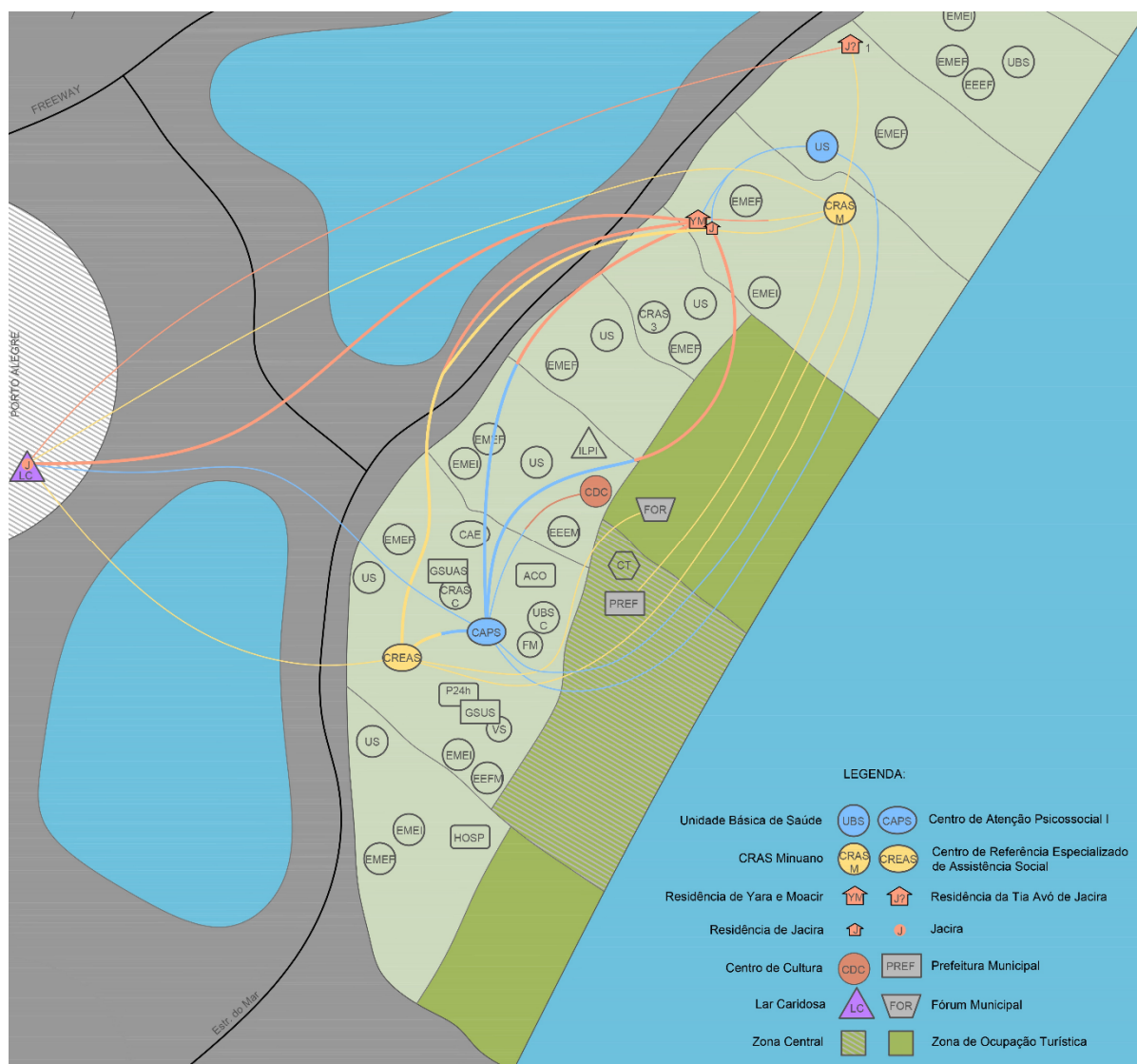
A configuração das redes SUS e SUAS em Maresias, assim como outros municípios de pequeno porte do RS, não contempla vários serviços estratégicos com relação à atenção psicossocial no SUS e à proteção social especial no SUAS. Faz pensar o quanto não dispor de um equipamento como a residência inclusiva pode levar a institucionalização determinada e promovida pela justiça. Diz respeito assim a algo que incide na entrada e na impossibilidade de saída do circuito de institucionalização.

Ainda, faz pensar no que acontece com quem desde criança não pôde ser cuidado na família e/ou em sua comunidade. De tantas pessoas com histórias semelhantes a de Rudá, que são marcadas pelo imperativo social de serem “cuidadas” e/ou “protegidas” em uma instituição. Expressa aquilo que se avalia como não ter condições (ou “perfil”) para morar em uma residência, destinadas então de uma instituição a outra.

As ações que constituem esse circuito institucionalizante atingem o poder transitar, pousar e morar. Onde então se explicita o quanto a diferença de ser e existir no mundo é capturada pelo governo da vida à restrição de lugares possíveis de estar. Assim, para quem não se deixou capturar nessa subjetividade de racionalidade econômica que a biopolítica enreda, o cerceamento (do transitar) e asilamento (do pousar e do morar) se apresentam como formas de cuidado e proteção, sendo a intersetorialidade usada como meio de sua efetivação.

#### **4. Intersetorialidade na desinstitucionalização, conexões antimanicomiais**

Enquanto na reflexão a partir do ecomapa do caso Rudá se escancara o circuito asilar reproduzindo institucionalizações, temos no caso Jacira o resgate de quem outrora fora institucionalizada. Assim sendo, importa refletir sobre a rede de relações que se construiu em torno do caso Jacira. Para tanto, construo novo ecomapa (Figura 20) conforme as situações disparadoras trazidas na narrativa, no qual as linhas de conexão expressam o transitar que envolve o seu processo de desinstitucionalização.

**Figura 20***Ecomapa Caso Jacira*

*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

As cores das linhas se relacionam com a política social vinculada ao movimento conector, ao transitar. Iniciando no ecomapa da direita para esquerda, o ponto 1 indica a casa onde Antonela foi realizar a visita domiciliar na qual não encontrou Jacira, era a casa da Tia-avó. Retrata-se ali uma linha de conexão entre essa casa e o CRAS Minuano, visibilizando as trocas iniciais que possibilitaram encontrar Jacira.

Dessas trocas decorre uma linha de conexão entre CRAS e CREAS, visibilizando a relação de referência e contrarreferência entre serviços da PSB e PSE, na construção conjunta de intervenções que resultam num primeiro momento na visita à Caridosa, instituição onde

Jacira fora encontrada. Esse movimento da visita aparece nas linhas que partem do CRAS e CREAS em direção ao triângulo LC (Caridosa).

A linha que conecta a casa da tia-avó com Caridosa é branda, marcando uma relação distante, eventual, traduzida nas palavras da familiar que não sabia precisar quando fora a última vez que havia ido lá para visitar Jacira. Destoa da linha forte que conecta a casa de Yara e Moacir com a instituição, tanto pelas visitas mais frequentes, quanto pelo movimento de retirada de Jacira de Caridosa para a peça que conseguiram ao lado de sua casa.

Do CREAS parte uma linha de conexão com o CAPS sinalizando as trocas entre serviços para construção das intervenções que se desenvolveram. A partir delas decorre uma linha que conecta o CAPS com Caridosa, momento do primeiro encontro do serviço com Jacira, a partir do qual foram se dando os encontros de Carlota com Yara.

Essa conexão entre o CAPS com a casa de Yara e Moacir indica as trocas que passaram a ocorrer. Envolve as idas de Yara ao CAPS frequentando o serviço como familiar e, à medida que Jacira foi resgatada e estava a viver em liberdade junto à família, também as visitas domiciliares realizadas. Essas ocorriam num processo de adaptação, bem como, de apoio também à Yara e Moacir com relação aos manejos e a compreensão dos efeitos da institucionalização sobre o comprometimento da autonomia de Jacira no seu autocuidado.

Portanto, outra linha também traçada faz essa conexão entre CREAS, a casa de Yara e a casa de Jacira, visibilizando esse movimento que ocorria da equipe em visitas, bem como, das idas da familiar ao CREAS com Telma. Do CREAS ainda parte uma linha que conecta com o fórum, ação necessária tendo em vista a denúncia da irregularidade do local onde encontraram Jacira.

Outra linha conecta o CAPS com o CRAS Minuano. Essa diz respeito às trocas relativas ao deslocamento de Jacira para o CAPS, bem como, às possibilidades de inserção de Jacira em atividades da assistência social ou então laborativas que fossem possíveis. A relação com o CRAS também se justificava pelo acompanhamento dos beneficiários do BPC, sendo que havia um grupo de familiares das pessoas com deficiência do qual, em alguns momentos, familiares de Jacira participavam dentro do serviço. Do CRAS também parte uma linha de conexão com a prefeitura que diz respeito à articulação com o setor de trabalho e cidadania, onde se construía possibilidades de cursos e acesso a vagas para PCDs, sendo essa uma tentativa de oferta à Jacira.

Ainda, uma linha bem marcada conecta o CAPS com a casa de Jacira, representando um caminho percorrido frequentemente entre a residência de Jacira e o serviço. Mostra-se aí

o transitar de Jacira ainda muito restrito às atividades realizadas no CAPS. Também visualiza-se uma linha de conexão do CAPS e o Centro de Cultura, a qual diz respeito às tentativas de inserção e de possibilidades de participação de Jacira nas oficinas/cursos ali então existentes.

Uma última linha ainda não abordada diz respeito à conexão do CAPS com a Unidade de Saúde de abrangência do território, onde se situa a casa de Jacira e de Yara e Moacir. A UBS situada próximo do CRAS Minuano tinha pouca relação com Jacira e sua família. A partir dos contatos do CAPS com sua equipe, profissionais da UBS priorizaram a realização de visitas domiciliares de aproximação com Jacira e seus familiares.

Essa última linha do transitar que envolve o caso Jacira está situada no seu território de vida, dentro da comunidade onde agora possui uma morada, conectada com uma rede de apoio de SUS e SUAS. Desta forma, o Ecomapa possibilitou demonstrar as muitas conexões operadas entre diferentes políticas, equipamentos, familiares e profissionais, desde o encontro de Jacira ao seu resgate em ações de desinstitucionalização.

A institucionalização de Jacira por 10 anos em Caridosa retrata algo ainda muito recorrente. Seu encontro nessa instituição asilar revelou também a situação em que estavam muitas outras mulheres. A denúncia das irregularidades e da situação da violação de direitos ocorrida em Caridosa, não se deu apenas por parte do CREAS de Maresias. Existiram outras denúncias também apuradas e resultaram, pouco tempo depois, na interdição do espaço. Assim, diante de uma ação promovida pelo Ministério Público, municípios foram convocados a retirar seus munícipes institucionalizados, bem como familiares também foram identificados e acionados para buscar as pessoas que lá estavam. Isso convoca pensar sobre quantas outras pessoas poderiam ainda existir nessa mesma situação...

Assim como no caso Rudá, o encontro de Jacira em Caridosa aponta os processos de institucionalização que seguiram ocorrendo mesmo após a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica. Essas situações abordam os diferentes processos de asilamento que se operaram através de órgãos da assistência social dos municípios, outras em indicações informais de lugares que poderiam levar seus familiares. Certa vez encontrei uma lista desses lugares integrando a rede de recursos utilizada como apoio ao atendimento de equipamento da assistência social. Nesse caderno de "recursos" havia fazendas e comunidades terapêuticas, bem como, instituições "benfeitoras" que acolhiam pessoas com deficiência e/ou transtorno mental, independentemente da idade, em casas lares para idosos. Essas configuravam instituições de caridade em grande parte informais, as quais, diante da ausência (ou

insuficiência) de equipamentos públicos, não eram questionadas quanto à “relevância social” do trabalho ofertado.

No caso Jacira não ficou nítido de onde viera a indicação de Caridosa como um lugar que poderia “cuidar bem dela” recebida pela Tia-avó. No entanto, mostra como a instituição a enreda ofertando o caminho de acesso ao BPC para viabilizar o pagamento de sua permanência. Caridosa orientou a familiar para solicitar judicialmente o acesso ao BPC, nisto já foi desenhando a condição de tutelada à Jacira e possibilitando a disponibilidade do recurso do benefício para seu pagamento. Criou-se um cenário de solução à Tia-avó que não se via em condições de cuidá-la e não sabia mais o que fazer. Essa não parece ser uma prática singular da instituição, mas pelo contrário, sugere uma prática recorrente que garante recursos para seu funcionamento. Ilustra a forma de sustentação de muitas instituições filantrópicas como o Lar Caridosa, fazendo uso de benefícios assistenciais, em especial do BPC, para seu financiamento. Uma prática comum<sup>65</sup> a diversas instituições asilares, vinculadas a uma ideia de caridade e benevolência, majoritariamente associadas a perspectivas religiosas.

A descrição do cenário em que Jacira foi encontrada é similar a muitas situações denunciadas no relatório “Eles ficam até morrer: Uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil”, publicado pela Human Rights Watch em 2018. O citado relatório é produzido a partir da visita da organização a abrigos exclusivos para pessoas com deficiência em todo o país, unindo aí a situação de asilamento das pessoas com alguma forma de sofrimento psíquico<sup>66</sup>. Além de constatarem uma série de violações típicas das práticas asilares, o relatório situa a origem dessas institucionalizações na falta de apoio estatal para as famílias terem condições de cuidado para autonomia e independência (Human Rights Watch [HRW], 2018).

De forma semelhante, facilmente a institucionalização de Jacira poderia ser compreendida no grave contexto desvelado no RS em Cachoeira do Sul (exemplo emblemático da proporção que isso pôde tomar). Em 2014 o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (MPRS) iniciou apuração de uma série de denúncias quanto aos inúmeros asilos existentes na cidade. Na época, mesmo sem um levantamento oficial, sabia-se que

---

<sup>65</sup> Em sua ampla maioria, as instituições asilares voltadas a PCDs mostram-se *dependentes de recursos públicos, doações ou até mesmo de uso irregular dos recursos dos próprios assistidos*. São instituições que *não trabalham com a perspectiva de desinstitucionalização e raramente direcionam suas intervenções para a inclusão social das pessoas que atendem*. Configuram espaços de convívio exclusivo destas pessoas, *impondo barreiras à relação com o meio externo ao negar a saída, a participação e o acesso a outros serviços* (MPRJ, 2020).

<sup>66</sup> A pesquisa foi desenvolvida entre novembro de 2016 e março de 2018 tendo a organização visitado 19 instituições de acolhimento (abrigos institucionais e casas-lares) situadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Distrito Federal. Em todas elas houve relato de que a maioria das pessoas institucionalizadas foram privadas de sua capacidade legal estando sob a curatela de algum familiar ou mesmo do/a diretor/a da própria instituição.

Cachoeira do Sul tinha um dos mais altos índices de abrigamento irregular de pessoas em sofrimento psíquico. O processo de investigação ganhou força anos após denúncias realizadas pelo Conselho Municipal do Idoso. Essas envolviam tanto a superlotação das casas quanto a ilegalidade do abrigamento de pessoas com transtornos mentais junto a pessoas idosas nesses estabelecimentos. Ao final de 2014<sup>67</sup> e início de 2015, o MPRS junto a diversos órgãos das três esferas (união, estado e municípios) desenvolveu uma força-tarefa mapeando pelo menos 22 instituições nessa situação. A investigação realizada apurou maus-tratos, superlotação e privação da liberdade, além de constatar, inicialmente, pelo menos 630 pessoas internadas (Kannenber, 2014; Martins, 2014).

Em 2018 houve a publicação do documentário “Projeto Cuidar — Histórias Reconstruídas” produzido pelo MPRS retratando o processo de desinstitucionalização em realização<sup>68</sup>, bem como as violações de direitos deflagradas. Nele informa-se que, ao fim das inspeções em já 25 instituições, contabilizaram 768 pessoas abrigadas irregularmente, estando dentre essas 265 pessoas com alguma forma de sofrimento psíquico e/ou deficiência mental não idosas. Eram pessoas de todo o estado, tendo sido identificados 55 municípios envolvidos nos encaminhamentos. Assim, constatou-se a existência de uma rede informal de encaminhamentos de hospitais e da assistência social desses municípios, que tinham contato com essas casas geriátricas (como costumam se denominar). Além disso, por vezes o encaminhamento ocorria por meio de ordens judiciais, uma vez que, em comarcas sem instituições para tal finalidade, era comum receber indicação de assistente social sobre a existência dessas em Cachoeira do Sul (Ministério Público do RS[MPRS], 2018).

Em vista disso, pode-se compreender que, os municípios pequenos para os quais as políticas de saúde e assistência social não previram vários equipamentos já anteriormente citados, diante das situações de maior vulnerabilidade e complexidade, mostravam-se incapazes de lidar. Assim, de forma recorrente, as/os poucas/os profissionais existentes (quando não era a/o única/o profissional) ficavam com a responsabilidade de mapear algum lugar ao qual pudessem direcionar “essa demanda”. A partir daí pode-se imaginar os

---

<sup>67</sup> Na mesma época estava em gestão do CRPRS acompanhando de forma próxima o que lá ocorria, sendo que ao final de 2014 estávamos a realizar um evento em Cachoeira do Sul no qual, estrategicamente, propomos a temática: “Desinstitucionalizar é preciso: o compromisso da categoria com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” (Conselho Regional da Psicologia do Rio Grande do Sul [CRPRS], 2014a).

<sup>68</sup> Conforme noticiado no site do MPRS, no pré-lançamento do documentário fora firmado um termo de cooperação técnica entre MP, governo estadual e Santa Cruz do Sul oficializando um grupo de trabalho permanente composto por secretarias municipais de saúde e de assistência social e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, sob coordenação do MP. Na ocasião foi dada ênfase à perspectiva intersetorial na enfrentamento da problemática das institucionalizações tendo em vista as situações de vulnerabilidade envolvidas (Ministério Público de Rio Grande do Sul [MPRS], 2018).

caminhos (re)traçados e reforçados de forma a propiciar algumas formas de contratualizações com essas instituições, muitas vezes incluindo determinações judiciais.

De um lado, do ponto de vista da política de saúde mental, houve um incremento substancial na implantação de CAPS em todo território nacional, em grande parte dos CAPS tipo I nos municípios de pequeno porte (Ministério da Saúde, 2015)<sup>69</sup>. Contudo, há de se considerar que muitos CAPS recém implantados não estavam preparados para lidar com a complexidade dessas situações, tendo também promovido institucionalizações diante da ausência de perspectivas de moradia para pessoas usuárias do serviço. De outro lado, os dispositivos de desinstitucionalização formalizados na RAPS ficaram priorizados aos egressos de longa permanência dos Hospitais Psiquiátricos, de forma a subestimar o maior contingente de pessoas institucionalizadas em outros equipamentos asilares, muitos desses com alguma vinculação à política de assistência social.

Esses elementos, junto a outros já abordados no caso Rudá, nos dão ideia de como ocorrera a institucionalização de Jacira. Embora tenha se dado após o marco legal da Reforma Psiquiátrica no país, ainda não existia o CAPS e nem CREAS implantado em Maresias para ofertar qualquer apoio à familiar quanto às possibilidades de seu cuidado em liberdade junto à sua comunidade. Importante aí destacar que seu resgate começa num contexto de CRAS, CREAS e CAPS já constituídos no município. Seu encontro acontece por meio de uma busca ativa da trabalhadora do CRAS motivada pelo mapeamento de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC.

Na época da concessão do BPC, Jacira já estava na instituição como tutelada e o benefício ficou sob responsabilidade da tia-avó que residia em Maresias. Desta forma, era esse o endereço que constava no sistema federal vinculado à Jacira enquanto beneficiária. Esse elemento configura um rastro que possibilitou anos depois encontrar Jacira. A criação do BPC é de época anterior a sua institucionalização, previsto inicialmente na constituição federal de 88 e regulamentado na LOAS em 1993. Entretanto, o BPC só passou a integrar a Proteção Social Básica em 2004 com nova concepção da PNAS na perspectiva do SUAS, o que então criou condições para que houvesse o acompanhamento dos beneficiários pela política de assistência social posteriormente.

O mapeamento do BPC referido na narrativa já tinha relação com posterior cobrança de vinculação ao cadastro único da assistência social. Desde o pacto de aprimoramento do

---

<sup>69</sup> Aumento de CAPS I também possivelmente relacionado a diminuição de critério populacional para sua habilitação de 20 para 15 mil habitantes, contemplando mais municípios pequenos que não atendiam ao critério anterior.



SUAS em 2013<sup>70</sup>, já pairava a ideia de exigência de que todas as pessoas beneficiárias do BPC estivessem inseridas no cadastro único, mantendo suas informações atualizadas. No momento da busca ativa realizada por Antonela, a prioridade dada às PCDs para o mapeamento ocorria num período de transição, ainda em fase de orientação. Alertava-se às pessoas beneficiárias que, em breve, seria uma condição para acesso e manutenção do benefício sua inscrição e atualização no cadastro único (o que depois tornou-se de fato uma obrigatoriedade<sup>71</sup>). Junto a isso, nesse período, já estava colocada para o CRAS a previsão do acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias. Esse acompanhamento tinha dentre seus objetivos, a prevenção das situações de risco, exclusão e isolamento dessas pessoas (MDS, 2018)<sup>72</sup>.

No entanto, a motivação da visita domiciliar, que posteriormente leva ao encontro e desvela a situação de Jacira, vem de uma perspectiva de monitoramento do BPC que, em outras palavras, pode ser compreendida como uma ação de controle estatal. Operação essa que é demandada às trabalhadoras da política de assistência social. Contudo, quando da sua execução, o modo de operar possibilitou certa transformação da perspectiva de controle. Em transgressão dessa, estabelece-se um contato que vira acontecimento, produzindo ramificações que abrem caminhos.

Nesse modo de operar, destaca-se a perseverança de Antonela, que não encerrou sua ação frente à ausência deflagrada. Poderia então ter voltado ao CRAS e dar por encerrada a sua busca, registrando na planilha o informado pela vizinha e nada mais, mas não o fez. Era necessário saber onde estava Jacira, como ela estava e que instituição era essa. A forma com que a profissional se coloca na visita domiciliar, faz com que a vizinha entenda ser algo importante, a faz levar adiante a informação possibilitando que a familiar chegue ao CRAS.

No caso Jacira se visibiliza a realização de muitas visitas domiciliares (VDs), tanto por profissionais da assistência social quanto da saúde. São vários momentos de VDs com objetivos e finalidades diferentes. A maioria delas foi realizada por assistentes sociais e psicólogas. A naturalidade com que se relata a realização da VD de busca ativa por Antonela

---

<sup>70</sup> Estabeleceu entre suas prioridades e metas para a gestão municipal do SUAS no quadriênio 2014/2017 o acompanhamento das famílias de beneficiários do BPC e sua inscrição no Cadastro Único.

<sup>71</sup> A obrigatoriedade da inclusão no CadÚnico passou a ser exigida a partir de novembro de 2016.

<sup>72</sup> O acompanhamento visava à garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social de acordo com as barreiras identificadas, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, exclusão e isolamento (MDS, 2018).

pelo CRAS, não retrata o estranhamento sentido por grande parte das profissionais de psicologia quando demandadas a tal atividade.

Como colocado na narrativa, havia no CAPS a discussão em equipe quanto a necessidade de realização de VDs de busca ativa, mas quando essa demanda chegava a profissionais da psicologia da equipe, manifestavam certo estranhamento. Algo que facilmente era remetido a profissional do serviço social, entendendo como uma atividade natural desse núcleo profissional. A visita domiciliar como instrumento compartilhado pela saúde e assistência social nas suas práticas, causava um estranhamento também nos demais núcleos profissionais, sendo manifesto não apenas pelas profissionais da psicologia, mas também da medicina e da enfermagem.

Para as psicólogas era estranho fazer uma busca ativa indo a casa de uma pessoa sem ter sido convidada ou procurada no serviço previamente. Havia ali uma preocupação do núcleo profissional quanto a como operar essa ferramenta sem ser invasivo, sem reproduzir a truculência tantas vezes percebidas quando realizadas por conselheiras tutelares e agentes comunitários. Desta forma, se por um lado as VDs constituíam uma ferramenta potente de intervenção, por outro, a depender do modo de operação, poderiam configurar uma ação policialesca, na perspectiva de controle da vida.

No caso de profissionais da psicologia dentro da política de assistência social, havia uma demanda maior quanto a realização de VDs, mas também existiam referências técnicas orientadoras para sua atuação, tanto no âmbito da gestão do SUAS<sup>73</sup> quanto a partir do seu órgão de classe<sup>74</sup>. A atuação de Antonela no caso Jacira demonstra o conhecimento desses referenciais e o uso dos mesmos em sua prática no CRAS.

Para além da busca ativa ou mapeamento do BPC, as visitas domiciliares que aparecem no caso Jacira vão se multiplicando à medida que são demandadas no desenvolver do seu processo de desinstitucionalização. Conforme anteriormente retratadas no ecomapa, são operadas por profissionais do CAPS, do CRAS e da UBS em diversos momentos, com funções diferentes, conforme as estratégias de desinstitucionalização acordadas intersetorialmente entre SUS e SUAS.

Estar junto no território de vida dos familiares de Jacira e em sua nova morada foi crucial para criar as condições de possibilidade de pousar e morar, com a garantia do convívio familiar e comunitário. Para que isso fosse possível, não bastava apenas “estar

---

<sup>73</sup> Publicação “Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social” (MDS, 2009).

<sup>74</sup> Publicação CREPOP/CFP “Referências técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2008).

junto”, como expresso na narrativa, se fez necessário que os serviços envolvidos estivessem em sintonia quanto aos objetivos e finalidades das ações. Para a desinstitucionalização efetivamente acontecer, seria necessário operar em cada ato a desconstrução de saberes e práticas que reforçam a instituição hospitalar, asilar e o setor saúde como únicas possibilidades de cuidado. Nessa perspectiva, a construção da intersectorialidade e do trabalho em uma rede articulada de saberes e práticas mostrou-se imprescindível (Romagnoli et al., 2017). A desinstitucionalização enquanto estratégia de atenção psicossocial tem o potencial de transpor as fronteiras das práticas de saúde ao atingir o imaginário social da loucura (Bezerra Jr., 2007). Dessa forma, pode-se refletir que tal potencial não se concretiza sem a operação da intersectorialidade nos diferentes territórios de vida que perpassam as relações sociais.

Desta forma, retoma-se neste ponto a ação insistente e sensível das trabalhadoras expressa em vários momentos da narrativa, situando os muitos encontros realizados com integrantes da família, escutando e discutindo alternativas. Ressalta-se que fora extremamente importante ter operado junto às/aos familiares conversas acolhedoras, receptivas e orientativas. Nesse sentido, o alinhamento a perspectiva da desinstitucionalização e a sintonia da atuação das profissionais de ambos os serviços foram decisivas para construir o suporte familiar que viabilizou o resgate de Jacira.

Após identificação da existência de algum vínculo familiar, CREAS e CRAS juntam esforços para o fortalecimento desse vínculo entre Yara, Moacir e Jacira. Isso requeria construir a perspectiva de que a função protetiva poderia ser realizada por esses familiares, garantindo o convívio comunitário à Jacira. Desta forma, o momento em que Yara recebe de Caridosa o papel da psiquiatra dizendo não ser possível o cuidado de Jacira fora dali, constituiu um grande fator de risco com potencial de comprometer toda a construção até então realizada. Nesse ponto da narrativa visibiliza-se a imprescindibilidade da construção intersectorial no processo de desinstitucionalização:

*(...) Telma entrou em contato com o CAPS, avisando sobre o ocorrido, da necessidade de acolhimento e orientação em nosso serviço. No CAPS Carlota realizou um atendimento com Yara explicando e orientando sobre a situação de saúde mental de Jacira e das perspectivas que víamos. A insegurança de Yara era tão grande, que solicitou que fizéssemos um papel sobre a avaliação do CAPS realizada na visita. Felizmente, quando organizamos a visita na instituição, além de Carlota*

*também o Antônio, psiquiatra da nossa equipe, foi elencado para realizar. A participação de Antônio nessa visita institucional possibilitou um ganho nessa “disputa de laudos”, tornando possível a elaboração de um documento que pudesse atestar para Yara que Jacira poderia viver bem fora da instituição, com o acompanhamento no CAPS e o apoio da família. Era a segurança que Yara precisava para convencê-la de que sim seria possível que Jacira conseguisse sair daquele lugar (...) As trocas entre CAPS e CREAS relativas ao acompanhamento de Jacira se tornaram constantes, sustentando aquela frágil aposta que estava sendo feita por esta parte da família (...).*

As construções intersetoriais entre a saúde mental e assistência social foram sendo tecidas a partir de trocas constantes entre profissionais das equipes de CAPS, CREAS e CRAS. Ocorrem em reuniões de microrrede, contatos telefônicos, atendimentos conjuntos, entre outras formas de interação que possibilitaram pactuar as estratégias de cuidado e proteção desenvolvidas.

Uma vez que Jacira estava em sua morada em Maresias, outros desafios iam se colocando para a garantia do seu transitar. As articulações intersetoriais seguiram acontecendo de forma a identificar e contornar as barreiras de acesso ao seu transitar. Nesse sentido, pode-se observar na narrativa o esforço despendido pelos serviços para viabilizar o acesso e uso do transporte público para que Jacira pudesse se deslocar ao CAPS.

Entretanto, os obstáculos ao seu transitar não envolviam apenas o uso do ônibus para seu deslocamento, mas também, conforme indicado na narrativa, a construção de novas rotas não restritas ao caminho de ida e vinda ao equipamento da saúde mental. Nessa direção, entram as estratégias de inserção em projeto laboral articulada pelo CRAS, bem como, as tentativas de inserção e de possibilidades de participação de Jacira nas oficinas e/ou cursos do Centro de Cultura pelo CAPS.

Essas proposições almejavam oportunizar a construção de laços sociais a partir da convivência em diferentes grupos, conhecendo pessoas e ampliando sua rede relacional. Todavia, tanto o projeto laboral quanto as atividades do Centro de Cultura, vem como articulações externas a política de saúde e de assistência social buscando atingir objetivos não contemplados em suas finalidades. Nem o curso de formação, requisito para vaga de trabalho em cota PCD, nem os cursos do Centro de Cultura, tinham como objetivo-fim a criação de laços sociais e a convivência entre pares.

No entanto, tanto no SUS como no SUAS, tem-se a previsão de equipamentos justamente voltados à convivência e construção de laços, os quais Maresias não dispunha em sua rede (o SCFV para adultos no SUAS e o Centro de Convivência no SUS). Face ao que não se tem e frente a necessidade que persiste, as equipes buscaram criar algo a partir do que já existia no município. Ainda assim, estavam atentas de que as atividades de convivência almejadas não deveriam estar circunscritas ao serviço de saúde mental ou a uma demanda laboral e educacional.

O desafio de construção desses espaços no município era grande, não existindo apoio da gestão ou sua compreensão quanto a necessidade e importância desses equipamentos. Sinaliza-se ainda na narrativa a proposição de um serviço intersetorial mediante articulação entre saúde, assistência social e educação. Algo que, para efetivamente acontecer, envolveria a liberação de profissionais das três políticas, além das questões de logística e infraestrutura, exigindo portanto uma articulação intersetorial no nível da gestão das três políticas. Motivo pelo qual pode-se compreender porque a proposição não chegou a tomar corpo para além de sua verbalização e aclamação na reunião de rede.

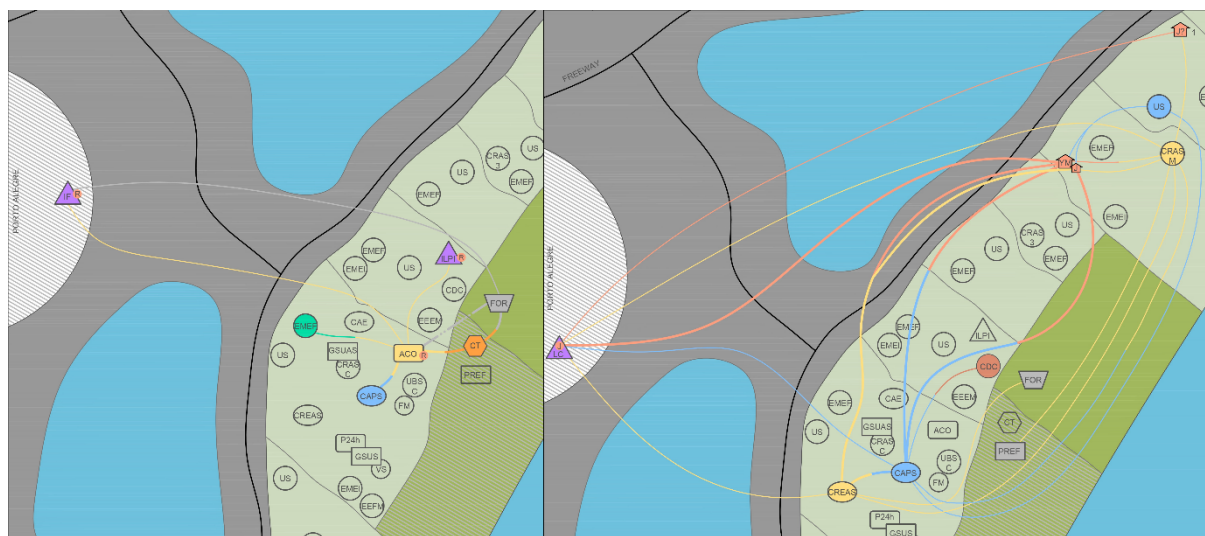
O caso Jacira visibiliza relações entre CREAS, CAPS e CRAS, perpassando o BPC, o desvelamento e acompanhamento de situações de violação de direitos à produção de práticas de desinstitucionalização, bem como, sinaliza demandas importantes quanto a equipamentos de SUS e SUAS na atenção psicossocial. Toda essa rede de relações envolvidas aqui abordadas, demonstra o quanto quando a intersetorialidade é utilizada como ferramenta para a desinstitucionalização, possibilita uma expansão da vida, acesso a direitos e resgate de cidadania. Assim sendo, a intersetorialidade pode ser praticada com um potencial reparatório, operando uma conjunção entre políticas, serviços e profissionais na construção de um cuidado e proteção distantes da lógica de controle da vida e muito próximos a uma lógica de ampliação da autonomia e liberdade.

## **5. Intersetorialidade SUS e SUAS na Atenção Psicossocial**

Enquanto o caso Rudá nos ilustra um circuito de reprodução dos processos de institucionalização, em contraponto no caso Jacira se opera uma desinstitucionalização. Entre uma intersetorialidade através da qual se opera uma reprodução da institucionalização e outra que opera uma desinstitucionalização. A seguir a Figura 21 expressa um comparativo dos ecomapas de cada caso.

**Figura 21**

*Comparativo dos Ecomapas dos Casos Rudá e Jacira*



*Nota:* Elaborado pela autora, 2022.

O circuito demonstrado nos dois ecomapas visibiliza diferenças importantes com relação ao volume de conexões que se estabelecem ao operar uma ação de desinstitucionalização como no caso Jacira em oposição às linhas mais restritas que envolvem o circuito de institucionalização de Rudá. Observa-se que as linhas de conexão que envolvem a desinstitucionalização se operam entre diferentes serviços do SUS e do SUAS, profissionais, familiares, espaços de moradia no território. Já as do circuito asilar conectam serviços SUS e SUAS, profissionais, instituições filantrópicas e judiciário.

Da institucionalização que se reproduz para aquela que se desinstitucionaliza, uma característica comum conecta Rudá e Jacira: são pessoas com transtorno mental entendidas como PCDs. O reconhecimento quanto à deficiência em Rudá se dá através do acompanhamento realizado pelo CAPS. Para Jacira ocorre a partir da assistência social, tanto pela concessão do BPC, quanto pela participação de seus familiares em grupo de familiares de PCD realizado pelo CRAS. Desta forma, ambos os casos fazem pensar a situação de pessoas com sofrimento psíquico compreendido como uma forma de deficiência.

Aqui destaco um primeiro ponto de encontro da intersectorialidade entre SUS e SUAS na atenção psicossocial. Buscando percorrer o caminho que construiu esse encontro, faz-se necessário retomar a conjuntura legal que possibilitou o estabelecimento de relações entre os direitos das pessoas com deficiência e os direitos das pessoas com transtornos mentais no país.

Se a trajetória de luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental tem seu marco maior na conquista da Lei n. 10.216 em 2001, a luta pelos direitos da pessoa com deficiência tem seu marco com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) ratificada com status constitucional no país em 2008. Esses dois marcos, para além de regulamentações posteriores de grande importância como a constituição da RAPS em 2011 e a Lei Brasileira de inclusão em 2015, refletem uma mudança de paradigma de concepção de sujeitos e de seus direitos sociais, implicando na reestruturação de políticas públicas até então vigentes, bem como, das perspectivas com relação ao cuidado em saúde e a proteção social.

De um lado, a lei da Reforma Psiquiátrica no país modifica a compreensão na saúde mental quanto às pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos a serem garantidos e respeitados pelas políticas públicas em especial pelo SUS. De outro, 7 anos mais tarde, a CDPD transformou o entendimento sobre deficiência sedimentando o modelo social da deficiência, a partir do qual se compreende que a deficiência existe na medida e na proporção da existência de barreiras na sociedade à sua inclusão. Dentro disso, conforme seu artigo 1º, conceitua como PCDs aquelas que possuem impedimentos de *natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas* (Presidência da República, 2007; Decreto n. 6.949, 2009).

Tal mudança de paradigma, ao reconhecer a deficiência como decorrente da estrutura social, possibilita a superação do modelo biomédico até então majoritário. Entretanto, o processo de mudança ocorre de forma lenta e gradual, persistindo ainda uma cultura dominante impregnada por barreiras atitudinais segregadoras das diferenças (Maior, 2015). Nesse sentido, pode-se já aí perceber a conexão existente com os ideários da luta antimanicomial, lutas conjuntas pela superação do modelo biomédico por uma mudança do sistema social.

Da mesma forma que temos na luta antimanicomial o desafio de transpor os manicômios mentais reconhecendo o processo de subjetivação segregador que também nos atravessa, a concepção disposta no modelo social da deficiência visibiliza as barreiras atitudinais como principal desafio na mudança de cultura para inclusão efetiva da diferença. Ao deslocar a deficiência para o contexto, compreende-se como algo produzido pelas barreiras construídas na sociedade. Nesse sentido, volta-se o olhar para as transformações sociais necessárias para eliminação de barreiras e produção de adaptações razoáveis e tecnologias assistivas. Face às barreiras atitudinais poder-se-ia questionar: quais tecnologias

assistivas de serviços de SUS e SUAS constituem pontes relacionais? E, além disso, quais articulações entre SUS e SUAS para eliminar as barreiras existentes ao invés de focar ou se contentar com adaptações?

A mudança conceitual teve impactos importantes para as pessoas usuárias da saúde mental ao elencar os impedimentos de natureza mental separadamente dos de natureza intelectual. Desta forma, a Convenção possibilitou incluir as pessoas com transtorno mental na concepção de deficiência psicossocial. Algo que só foi possível pela inédita participação conjunta de pessoas do campo da saúde mental e do campo das deficiências na elaboração da CDPD (Sasaki, 2010).

Embora o termo deficiência psicossocial seja de uso recente no Brasil, também chamado "deficiência psiquiátrica" ou "deficiência por saúde mental", já vinha sendo utilizado pela ONU em documentos sobre a CDPD ao abordar os impedimentos de natureza mental como relativos à saúde mental (Sasaki, 2010). Passa-se a entender que vários quadros de transtornos mentais como deficiência ao contemplar tanto aspectos biomédicos de limitações funcionais, quanto sociais decorrentes de barreiras ambientais e atitudinais. Dessa forma, entende-se que as pessoas com transtornos mentais estão contempladas no conceito de deficiência seja por restrições psicossociais limitantes para atividades de vida diária, seja pelas barreiras do preconceito existente (COSTA, n.d.).

Ainda assim, deficiência psicossocial não é sinônimo de transtorno mental, sendo atribuída deficiência por transtorno mental apenas quando os impedimentos de natureza mental na interação do sujeito com a sociedade constituem barreiras para acesso a direitos em igualdade com as demais pessoas. Neste ponto, adentra-se na questão da avaliação da deficiência, a qual, a partir da LBI, deve considerar seu caráter biopsicossocial e ser realizada por equipe multiprofissional<sup>75</sup>, porém ainda em aguardo de regulamentação específica.

Dentro dessa temática, importa considerar a simultaneidade da aprovação da Lei 10.216 e a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela OMS também no ano de 2001, a qual pautou-se por uma concepção biopsicossocial da deficiência. Assim, enquanto no Brasil se consolidavam as vias legais para a Reforma Psiquiátrica, internacionalmente através da ONU se discutia uma classificação que

---

<sup>75</sup> Antes da aprovação da LBI já havia impactos decorrentes da CDPD que demandavam rever o modelo de classificação e valoração das deficiências adotado até então, o qual refletia modelo médico baseado em doenças e alterações corporais. Para tanto, fora instituído um grupo de trabalho interministerial em 2007, buscando elaborar um modelo único que contemplasse a nova concepção de deficiência presente na CDPD (Costa, n.d.).



melhor pudesse descrever e avaliar a funcionalidade humana em seus aspectos multidimensionais.

Um grupo de trabalho interministerial constituído em 2007 sugeriu a construção de um modelo de avaliação compatível com CIF tendo em vista viabilizar a nova concepção. Entre janeiro de 2011 e abril de 2012 esse modelo foi desenvolvido através da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, constituindo um instrumento de classificação do grau de funcionalidade de PCDs brasileiro nominado “Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br” (Franzoi et al., 2013).

Dentro desse período, houve avanço importante quanto aos parâmetros utilizados para avaliação da deficiência para fins de concessão do BPC<sup>76</sup>, considerando o disposto na CIF, bem como, a concepção expressa na CDPD, contemplando a deficiência por impedimento de natureza mental e enfatizando a comprovação da incapacidade para o trabalho e para a vida independente (COSTA, 2013). Destaca-se neste ponto um caminho que leva o BPC PCD a constituir um ponto de encontro entre SUS e SUAS na atenção psicossocial. Em específico, o BPC PCD psicossocial, ao abarcar variadas situações de saúde mental, demandará dos equipamentos do SUAS sua articulação com os serviços da RAPS do SUS (especialmente com os CAPS), sendo assim parte também integrante deste modo de atenção.

Mesmo com os avanços citados, pode-se dizer que não foram sentidos impactos suficientes para modificar por completo o modelo biomédico de avaliação vigente no país, visto que ainda persiste o uso de códigos da CID-10 para situar a deficiência, uma prática anacrônica que ignora os direitos conquistados a partir dos novos marcos legais (Maior, 2015). Dentro disso, o reconhecimento do transtorno mental como deficiência psicossocial ainda enfrenta questionamentos envolvendo sua compreensão limitada a uma doença circunscrita a um CID, bem como, resistência ao enquadramento como deficiência apresentada por usuários dos serviços de saúde mental e representações do segmento, pelo estigma associado ao termo. Todavia, algo que parece já em vias de superação considerando o acesso a direitos que tal concepção pode proporcionar como meio de possibilitar acessibilidade e inclusão (Costa, 2013; Scharfstein, 2021; Maior, 2022).

---

<sup>76</sup> Presente no Anexo I da Portaria Conjunta INSS-MDS de 29 de Maio de 2009, bem como, em publicação do MDS ainda em 2007 intitulada “Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (MDS 2007). Ainda, pode-se citar o trabalho desenvolvido pela Unidade da Previdência Social – INSS de Porto Alegre/RS que, desde 2009 face a ratificação da CDPD, subsidia a avaliação para concessão do BPC na CIF (Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul [FADERS], 2016).

O encontro entre o segmento de pessoas com transtorno mental e de pessoas com deficiência (mental ou psicossocial) parece justamente ocorrer quando da associação de importante grau de dependência para a vida diária. Mesmo possuindo trajetórias diferentes, esses segmentos têm em comum os processos de institucionalização (Scharfstein, 2021).

Se a Lei n. 10.2016 (2001) garantiu uma série de direitos às pessoas com transtorno mental incluindo dentre esses seu tratamento em serviços comunitários, preconizando sua inserção na família, no trabalho e na comunidade; a CDPD e a LBI garantiram às PCDs o direito de viver em comunidade com a mesma liberdade de escolha das demais pessoas, com plena inclusão e participação. Essas conquistas legais têm desfechos diferentes no âmbito do SUS e do SUAS, enquanto políticas públicas sociais formuladas para efetivar o devido cuidado e proteção tendo em vista a garantia de direitos a essa população.

Conforme ressalta Scharfstein (2021), inexistente respaldo no sistema jurídico brasileiro ou no ordenamento internacional para institucionalização desses grupos populacionais. Dessa forma, esses marcos legais acabam por visibilizar as violações de direitos em que se encontravam as pessoas com transtorno mental internadas há anos em instituições asilares, bem como as PCDs “abrigadas” nessas instituições. A conjunção de saberes que dão sustentação a esses marcos, indicam ainda a necessária intersetorialidade para o enfrentamento dessas violações, na perspectiva de romper com a reprodução do ciclo de institucionalizações que continuaria a ocorrer, considerando o contexto social desigual e violador de direitos que se perpetua no país.

Para enfrentar tal quadro em direção à garantia de direitos preconizada, no SUS criam-se as estratégias de desinstitucionalização e no SUAS o reordenamento dos serviços de acolhimento institucional. Aqui, em outras palavras, a intersetorialidade entre SUS e SUAS pode vislumbrar no reordenamento dos serviços de acolhimento do SUAS, o exercício da atenção psicossocial pela política de assistência social.

Tanto a desinstitucionalização na saúde mental quanto o reordenamento na proteção social especial, buscam atender a complexidade envolvida nas situações de violação de direitos, vulnerabilidade e rompimento de vínculos familiares, perpassando as questões que envolvem o direito à moradia. Em vista disso, na política de assistência social teremos a previsão das residências inclusivas (RIs) para as pessoas com deficiência e elevado grau de dependência, e na política de saúde mental os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) para as pessoas com transtorno mental egressas de instituições psiquiátricas de longa permanência. Ambos equipamentos, RI e SRT, compartilham objetivos comuns como caracterizar-se como

casas inseridas na comunidade, viabilizar a inclusão social e romper com a lógica de isolamento e segregação praticadas nas instituições totais (Scharfstein, 2021; MDS, 2014b).

Destaca-se um avanço a partir da LBI de 2015 prevendo fundamentos que servem a política de moradia para PCD mental ou psicossocial de forma mais abrangente que o previsto aos SRTs, não requerendo vinculação como egresso de hospitais psiquiátricos e de custódia ou a internação de longa permanência (Scharfstein, 2021). Justamente o que permitia contemplar situações como a de Rudá abordada anteriormente.

Além disso, nas RIs ficou bem explicitada a necessária articulação intersetorial entre SUS e SUAS, tendo previsão em normativas quanto a oferta de apoio por meio do matriciamento das equipes de saúde (conforme portaria interministerial e portaria do MS em 2012<sup>77</sup>), bem como, quanto a responsabilidade de fornecimento de insumos não custeados por recursos da política de assistência social<sup>78</sup> (MDS, 2014b). Por outro lado, seu precário processo de financiamento e custeio devido à falta de planejamento prévio e estudo de custos, além de uma oferta única para adesão ao cofinanciamento federal sem previsão de retorno, dificultaram bastante a implantação das RIs no território nacional, especialmente aos municípios de pequeno porte<sup>79</sup> (Scharfstein, 2021).

Essa discussão da garantia do direito à moradia digna constitui mais um ponto de conexão entre SUS e SUAS, especialmente mais visível no que se refere às pessoas com deficiência psicossocial. Não à toa, as situações abordadas em Rudá e Jacira problematizam a questão do morar, do poder pousar e liberdade para transitar. Na política de saúde a moradia muitas vezes é entendida como algo “fora da saúde”, mais um dos determinantes sociais sobre os quais pouca governabilidade se julga ter no âmbito da atenção prestada nos serviços de atendimento à população. Por isso é comum o chamamento de profissionais do serviço social quando diante de situação de abandono familiar, ausência desses, negligência ou ruptura de vínculos. Rapidamente a demanda é repassada para equipamento da política de assistência social que no município existir. Esse, por sua vez, considerando a conjuntura recentemente abordada, terá grandes dificuldades em mapear alternativas de moradia que não

---

<sup>77</sup> Portaria interministerial MS/MDS nº 03/2012 e Portaria do Ministério da Saúde nº 793/2012 que institui a Rede de Cuidados em Saúde à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

<sup>78</sup> Como disposto na Resolução CNAS 39/2010, é de competência da saúde o fornecimento de insumos como medicamentos e fraldas.

<sup>79</sup> Nos anos de 2012 e 2013, tendo em vista a meta de implantação de 200 RIs até 2014 disposta no Plano Viver sem Limites, o então Ministério do Desenvolvimento Social realizou a primeira e única partilha de recursos federais para financiar residências inclusivas excluindo nos critérios elegibilidade os municípios com menos de 50 mil habitantes. Ignorou-se com isso o histórico de que muitas das instituições asilares que abrigam PCDs estão situadas em municípios de pequeno porte, longe dos centros urbanos (Scharfstein, 2021).

envolvam um acolhimento institucional em estabelecimentos pré-existentes às exigências de reordenamento.

Dando seguimento, abordando a liberdade para transitar, há ainda dois pontos da intersectorialidade entre SUS e SUAS na atenção psicossocial a explorar: as questões que envolvem trabalho e geração de renda, e os dispositivos voltados à convivência.

No circuito asilar que envolve Rudá não aparecem proposições relativas à inserção laboral. No processo de desinstitucionalização de Jacira, através de articulação pelo CRAS, oportuniza-se seu ingresso em curso de formação que tinha como finalidade qualificação para inserção laboral em vaga PCD. Em qual contexto das políticas emerge uma estratégia como essa? A serviço de quê e com quais implicações?

Dentro da política de saúde, uma série de experiências foram desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde mental desde a aprovação da Lei n. 10.2016 (2001), na qual prevê a inserção no trabalho às pessoas com transtorno mental como uma das vias para alcançar a recuperação da saúde. Nessa direção, muitos dos projetos de geração de renda na saúde mental foram pensados e propostos como estratégia terapêutica (Lussi et al., 2011). Atualmente, consolidada na normativa da RAPS, temos a previsão de iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais como as estratégias para Reabilitação Psicossocial, únicas nesse componente da RAPS<sup>80</sup>.

Lembra-se aqui que, embora exista previsão de incentivo federal para custeio, inexistente para implantação, nem possibilidades de cofinanciamento estadual. Portanto, fica a cargo dos municípios dispor de recursos próprios e realizar articulações com organizações sociais e ONGs para viabilizar a implantação de tal componente, para posteriormente requerer incentivo de custeio federal (caso atenda aos critérios em portaria estabelecidos). No caso de Maresias não existia nenhum projeto implantado com essa perspectiva, nem mesmo nas ações promovidas pelo CAPS. Se pela política de saúde mental municipal não havia sido implantada nenhuma iniciativa do tipo, restou verificar o que a política de assistência social poderia oferecer nesse sentido.

No SUAS as iniciativas de geração de trabalho e renda aparecem como estratégias para superação de vulnerabilidades e risco social, bastante comum em projetos de

---

<sup>80</sup> Como referido na normativa, requer ações de caráter intersectorial com a finalidade de reabilitação psicossocial pela via da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, sendo que essas iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais *devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares* (Portaria n. 3.088, 2011).

qualificação profissional articulados via PRONATEC<sup>81</sup>, mas ainda com dificuldades de concretização de inserção formal em trabalho posterior. No caso das pessoas com deficiência, incluindo aí a deficiência psicossocial, através dos marcos legais já citados anteriormente, temos efeitos junto ao MTE<sup>82</sup> com relação a previsão de ações afirmativas para inclusão das PCDs no mundo do trabalho<sup>83</sup>. Desta forma, empresas passaram a desenvolver projetos para inclusão de PCDs pela imposição de cotas previstas em lei. Assim, muitas vezes, a política de assistência social era acionada considerando o acompanhamento de PCDs nos serviços socioassistenciais do SUAS, incluindo aí o mapeamento de beneficiárias do BPC.

Em Maresias uma empresa estava a ofertar um curso de qualificação em parceria com a secretaria de cidadania da cidade visando a inserção de PCD psicossocial e intelectual no preenchimento dessas cotas. O CRAS Minuano tendo conhecimento disso logo passou articular possível ingresso de Jacira em tal curso. O que possibilita o acesso de Jacira a oportunidade de inserção laboral referida na narrativa, é o seu reconhecimento enquanto pessoa com deficiência psicossocial. Tal curso de formação integrava o programa jovem aprendiz, o qual previa idade limite de 24 anos à exceção das PCDs. Além disso, uma modificação legislativa permitia que Jacira pudesse ter acesso a uma bolsa sem que isso implicasse na suspensão do BPC<sup>84</sup>.

Dentro do contexto das possibilidades de ingresso laboral em cotas para PCDs, a relação que se coloca com a saúde muitas vezes se dá pela necessidade de comprovação de sua condição enquanto PCD. Aí entra ainda o amplo uso dos CIDs nos atestados/laudos quando requeridos junto aos equipamentos do SUS, uma vez que é esse o instrumento diagnóstico utilizado majoritariamente em sua rede de serviços. O CAPS muitas é acionado pelas pessoas usuárias para produzir documentos que atestem a existência de transtorno mental com dificuldades e limitações na capacidade laborativa para fins de acesso a essas vagas.

---

<sup>81</sup> Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego criado por meio da Lei Federal n. 12.513 (2011), tendo em vista a ampliação da oferta de educação profissional e tecnológica. Conforme o § 2º do Art. 2º, prevê o estímulo da participação das pessoas com deficiência nas ações contemplando as condições de acessibilidade e participação plena no ambiente educacional.

<sup>82</sup> Art. 93 da Lei n. 8.213 (1991) alterada pela LBI, bem como, instrução normativa MTE n. 98 (2012).

<sup>83</sup> De forma muito similar às pessoas com sofrimento psíquico, também as PCDs compartilham uma exclusão histórica quanto ao acesso ao trabalho, de forma que a garantia do trabalho como direito humano se tornou possível a partir de ações afirmativas. Ainda, o avançar do conceito de deficiência tornou possível o direito de acessibilidade no trabalho também para pessoas com transtorno mental enquanto deficiência psicossocial (Costa, 2013; Inclusão com Acessibilidade no Trabalho, 2020).

<sup>84</sup> Refere-se ao atualmente previsto no § 2º do Art.44 do Decreto nº 9.579 (2018) e a alterações realizadas na LOAS em 2011, em específico, o § 2º do Art. 21.

Essa forma de inserção laboral via ações afirmativas se dá justamente em empresas maiores, integrantes do mercado formal de trabalho na iniciativa privada. Isso provoca pensar o quanto essa inserção laboral, ao invés de operar a garantia de um direito e de fato promover a inclusão da diferença modificando os processos de trabalho, serve à reprodução de determinadas formas de viver, de fazer cumprir certo ideal produtivista da sociedade pautado nessa conjuntura neoliberal. Há de se ter remuneração para consumo, vivemos em uma sociedade de relações de consumo possibilitadas por recursos monetários/financeiros. E, nesse sentido, nem todas as pessoas compartilham desse “modo econômico de viver”. Quem sabe melhor viveria Jacira numa sociedade a base de trocas onde sua expressão fosse valorizada e ela considerada parte integrante e importante da comunidade?

Nessa direção, importante destacar o diferencial na proposição que se refere a reabilitação psicossocial no SUS ao estabelecer conexão com a perspectiva da economia solidária, a qual traça caminhos contra-hegemônicos ao ideário neoliberal de lógica competitiva, individualista, produtivista e segregadora das diferenças. Frente a exclusão histórica das pessoas com transtorno mental do mercado de trabalho, a luta antimanicomial no processo de reforma psiquiátrica encontra na economia solidária um determinante ético comum na produção da autonomia e inclusão social, compartilhando a luta contra a exclusão social e econômica (Ministério da Saúde, 2005<sup>85</sup>).

Tal discussão abre caminhos para o próximo ponto de encontro entre SUS e SUAS na atenção psicossocial: a convivência. Quais seriam as perspectivas para além do morar? Quais possibilidades existiriam para ampliar seu transitar?

Em Maresias as equipes do CAPS, CREAS e CRAS não conseguiam vislumbrar possibilidades nos equipamentos existentes na política de saúde e na de assistência social. O CAPS buscar construir uma articulação com o Centro de Cultura, mesmo que seja uma estratégia precária, considerando a formatação restritas das atividades lá ofertadas.

No CAPS aborda-se em equipe a necessidade de um espaço comunitário, no território, no qual as pessoas acompanhadas pudessem estabelecer relações, criar laços sociais para além do serviço de saúde mental. As situações que perpassam Rudá e Jacira retratam a realidade de muitas/os usuárias/os do serviço, sendo praticamente o único espaço de interação, expressão e convivência. Desta forma, o serviço de saúde mental fica como “o”

---

<sup>85</sup> Conforme abordado por Delgado e Singer na publicação “Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho” (Ministério da Saúde, 2005).

lugar no social, lugar esse que dificilmente se desvencilha das amarras do estigma associado à pessoa com sofrimento psíquico.

Nas reuniões de rede intersetorial em Maresias, aparece uma dificuldade em conseguir identificar espaços comunitários no território. Se por um lado parecia nítida a demanda por espaços de socialização, por outro, a carência dos mesmos enquanto espaços públicos não mediados pelo acesso financeiro era imensa. Fora da instituição “de volta” à sociedade, o transitar se mostra também cerceado. Estamos cercados de espaços privados, de acesso regulado por pagamento, além de um estímulo intenso e constante de circulação nesses. As associações de bairro e centros comunitários são espaços apontados como estratégicos para estabelecer parcerias e fortalecer comunidades, tendo em vista aquilo que se almeja com a garantia da “convivência comunitária”. Contudo, observava-se um esvaziamento dos espaços instituídos anteriormente e a inexistência de construção de novos coletivos.

Deste modo, defronta-se em Maresias com uma insuficiência quanto a equipamentos voltados à convivência tanto no SUS quanto no SUAS. Todavia, tanto na política de saúde quanto na política de assistência social temos a previsão de equipamentos como o Centro de Convivência e Cultura (CECO) no SUS e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) no SUAS compartilhando objetivos comuns quanto a constituição de espaços de convivência que promovam socialização e propiciem a inclusão social.

Ambos já abordados anteriormente nessa escrita, agora se encontram ao tratar da convivência como algo que perpassa a atenção psicossocial no SUS e no SUAS. Por isso, nesse momento, retomo esses equipamentos abordando-os com maior profundidade visando refletir sua pertinência quanto à atenção psicossocial e intersetorialidade envolvida.

O CECO teve na RAPS sua definição enquanto unidade pública que oferta “à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade”, sendo descritos como “estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade” (Portaria n. 3.088, 2011). Antes disso, foram primeiramente previstos na portaria n. 396 (2005), posteriormente revogada, na qual já constavam como dispositivos públicos da rede substitutiva da saúde mental visando ofertar *espaços de sociabilidade, produção e*

*intervenção na cidade* às pessoas com transtornos mentais, recomendado para municípios com ao menos 200 mil habitantes<sup>86</sup>.

Posteriormente, em publicação do MS de 2014, aponta-se como característica peculiar a diversidade de pessoas em circulação, independentemente de possuírem demanda por cuidados em saúde mental, descrição que amplia sua compreensão (Ministério da Saúde, 2014b). No entanto, mesmo que abertos a todas as pessoas do território onde se situam, são especialmente designados para quem possua variadas formas de limitações e vulnerabilidades e tenham dificuldades relacionais ou de convivência, constituindo por esse motivo uma estratégia valiosa para a criação de laços sociais dessas pessoas (Ferigato, 2013).

Embora a instituição desse equipamento na RAPS em portaria seja uma conquista importante, desde então, não houve nenhum outro instrumento normativo do MS que ampare ou incentive sua implantação por parte dos municípios, tanto do ponto de vista político quanto do seu financiamento. Em dezembro de 2013 durante a realização do I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial em Pinhais/PR, foi produzida uma carta manifesto com recomendações ao MS e, em específico, a regulamentação dos CECO “em nova portaria ministerial, com previsão de infraestrutura e recursos humanos adequados, instituindo formas de incentivo e fontes de financiamento para sua implantação e manutenção” (CRPRS, 2014b). Destaca-se o anseio de trabalhadores, usuários e gestores frente a ausência de investimentos para esse equipamento.

Todavia, esse precioso equipamento segue até o presente sem qualquer investimento federal, não tendo sequer estruturado um sistema de faturamento adequado aos CECOs já existentes, bem como, incentivos para sua continuidade, ou então para implantação de novos (Ferigato, 2013). Para além de sua ausência em Maresias, isso em grande parte poderia explicar a inexistência deste dispositivo na RAPS do RS, em contraste com a existência de oficinas de geração de renda e cooperativas que tiveram oportunidade de conseguirem recursos como antes já abordado.

Desta forma, enquanto sua previsão legal e pesquisas destacam o dispositivo como estratégico intersetorial, também enfatiza-se a necessidade de um financiamento próprio para novas implantações e fortalecer os já existentes. A sustentabilidade dos CECOs acaba por depender totalmente de iniciativas municipais, em grande maioria sem partilha de recursos

---

<sup>86</sup> Conforme essa primeira normativa revogada, os Centros de Convivência e Cultura são “equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais” e deveriam “ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações” (Ministério da Saúde, 2005)



entre setores, sendo difícil uma articulação intersetorial entre políticas municipais que a viabilize (Alvarez et al., 2016).

Em vista disso, há uma ambivalência que se coloca ao situar-se na política de saúde. Se por um lado é importante seu pertencimento ao setor como forma de buscar *certa legitimidade, financiamento e produzir cuidado*, também implica um tensionamento constante por sua auto afirmação enquanto equipamento de produção de saúde, já que suas práticas e conceitos costumam ser contra hegemônicas às do setor. Se de um lado seu modo de atenção valoriza e implementa práticas intersetoriais, seu financiamento muito frequentemente está restrito à política de saúde municipal, pautado por lógicas ambulatoriais totalmente diversas. Para obterem alguma sustentação se afirmam como da saúde, entretanto, seria mais coerente ao exercício de suas potencialidades tornar viável sua gestão e financiamento de forma intersetorial (Ferigato, 2013).

Voltando agora em direção a política de assistência social, temos a previsão do SCFV no SUAS como um serviço realizado em grupos conforme cada ciclo de vida, para complementar o trabalho social com famílias e prevenir situações de risco social. Prevê o desenvolvimento de ações intergeracionais e a heterogeneidade na composição dos grupos, o que já mostra uma preocupação com a expressão da diversidade. Propõe que sejam organizadas de forma *a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária* (Resolução CNAS n. 109, 2009). Conforme publicações orientadoras, as vivências oportunizadas objetivam *fortalecer as relações familiares e comunitárias, promover a integração e a troca de experiências entre os participantes, tendo em vista a valorização do sentido de vida coletiva*. Um serviço entendido como estratégico pela política de assistência social para a segurança de convívio e para o enfrentamento de situações de isolamento social, fragilização ou rompimento de vínculos familiares e comunitários, situações discriminatórias e estigmatizantes (MDS, 2017).

O SCFV fora criado no SUAS primeiramente em modalidades voltadas a crianças, adolescentes e pessoas idosas (tipificação inicial de 2009<sup>87</sup>). Somente com a resolução do CNAS de 2014<sup>88</sup> que houve a inclusão de pessoas com idade entre 18 a 59 anos.

---

<sup>87</sup> Em sua previsão legal na primeira Tipificação de Serviços Socioassistenciais de 2009, aparece com público-alvo delimitado a crianças, adolescentes e pessoas idosas.

<sup>88</sup> Resolução CNAS nº 13 (2014) - Inclui na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais a faixa etária de 18 a 59 anos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

Especificamente com relação às PCDs, temos ao final de 2011<sup>89</sup> a previsão do SCFV para possibilitar sua inclusão independente da faixa etária, desenvolvendo ações intergeracionais e garantindo a heterogeneidade dos grupos. Ainda, dentro de tal faixa etária, foi feita uma subdivisão em duas modalidades, uma de SCFV para jovens de 18 a 29 anos e outra para adultos de 30 a 59 anos. Destaca-se que para ambos, dentre os objetivos específicos está *assegurar espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e encontros intergeracionais/respeito mútuo de modo a desenvolver a sua convivência familiar e comunitária* (MDS, 2014a). Entretanto, pouco se avançou com relação a constituição de SCFV para essa faixa etária, sendo ainda uma lacuna importante nas configurações das redes da PSB do SUAS, em maioria restritos a públicos específicos (prioritários) como crianças, adolescentes e pessoas idosas. As questões referentes à ausência de financiamento para implantação de novos equipamentos já foram abordadas na Parte II do Capítulo I.

Isto posto, pode-se verificar que, tanto no SUS quanto no SUAS, houve uma conjuntura que possibilitou a previsão de tais equipamentos. Ao mesmo tempo, em ambas as políticas manifesta-se grande dificuldade de sustentabilidade e ampliação. Se no SUS o que justifica a criação desse equipamento é a demanda de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e de transformação da relação com a loucura na sociedade (implicações da Lei n. 10.216/2001), no SUAS os SCFV surgem em atenção ao direito à convivência familiar e comunitária, expresso no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>90</sup>, Estatuto do Idoso, de forma mais recente na Lei n. 12.435 (2011)<sup>91</sup> e na Lei n. 13.146 (2015).

Assim, no SUAS passará a se falar na garantia da segurança de convívio, como uma das seguranças a serem afiançadas nos serviços socioassistenciais. Nesse ponto, importa explicitar que, conforme a PNAS (2004), essa segurança aparece relacionada à vivência ou ao convívio familiar, sendo considerada algo ainda novo dentro do SUAS enquanto proteção social, decorrente da adoção de uma *perspectiva de não institucionalização*. No entanto, em recente material orientador do MDS já se sinaliza a necessidade de ir para além disso,

---

<sup>89</sup> Resolução CNAS n° 34 (2011) - Prevê no § 2º do art. 4º que o SCFV para possibilitar a inclusão das pessoas com deficiência, patologias crônicas e/ou dependências deverá *desenvolver ações intergeracionais; garantir a heterogeneidade na composição dos grupos; atender pessoas com deficiência, patologias crônicas e/ou dependência, independente da faixa etária; além de viabilizar o acesso às tecnologias assistivas.*

<sup>90</sup> As implicações da origem desse direito primeiramente expresso no ECA pode ser percebida na priorização da implantação do SCFV para crianças e adolescentes.

<sup>91</sup> Atualizou a redação da LOAS - Lei n° 8.742 (1993) à luz das regulamentações do SUAS.

considerando que tal segurança deve se estender para os diferentes lugares onde as relações sociais se fortalecem ou se fragilizam (MDS, 2017).

Isso já nos sinaliza um pouco a quem essa proteção social se destina: um contingente de pessoas que tem desvalorizadas ou discriminadas negativamente suas diferenças. Deste modo, destina-se a pessoas em situação de vulnerabilidade social decorrente da fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social. O reconhecimento de que a desproteção social tem maior impacto nas pessoas que vivem tais situações, é algo inovador quanto ao entendimento da proteção social no SUAS. A partir desse, há implicações importantes como a necessidade de conhecer as diferentes vivências que ocorrem nos territórios de vida das pessoas. As então entendidas como *vulnerabilidades relacionais* expressam vivências de um *sofrimento ético-político*<sup>92</sup>, em que *as diferenças são vividas como desigualdades* em decorrência de um *reconhecimento negativo/desvalorizado* que lhe é atribuído (MDS, 2017).

Justamente nesse ponto pode-se compreender porque encontramos no âmbito do SUAS variadas situações que demandam atenção psicossocial em construções intersetoriais com os equipamentos da RAPS no SUS. De forma mais específica, pode-se perceber que a problemática da convivência se coloca face a situação comum em que se encontram Rudá e Jacira, pessoas com deficiência psicossocial institucionalizadas, com rompimento de vínculos familiares e comunitários, perda de condições de exercer plenamente sua cidadania na condição de tutela que lhes foi imposta como forma de “cuidado e proteção”.

Diante desse grupo populacional, saúde e assistência se encontram em uma ausência, embora ambas as políticas tenham previsto dispositivo de convivência para esse grupo, efetivamente não são dispositivos priorizados para implantação, seja pela ausência de incentivo de recursos federais, cofinanciamento estadual, seja talvez porque os ditames da vida adulta não incluem esse espaço de socialização como direito não contributivo.

Considera-se que pessoas adultas possuem seu direito à convivência familiar e comunitária garantido. Para essas, a criação de laços se propicia através do trabalho, uma faculdade, ou mesmo festas casuais. Não é o caso de grande parte das PCDs e Pessoas com sofrimento psíquico, as quais, como já retratado anteriormente, constituem grupos populacionais historicamente institucionalizados e apartados do convívio familiar e

---

<sup>92</sup> Conceito construído por Bader Sawaia, sendo primeiramente utilizado em sua obra “As Artimanhas da Exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social” de 1999 (Bertini, 2014). A autora é uma referência amplamente utilizada no material do MDS que aborda a concepção de convivência no SUAS (MDS, 2017), tendo em vista a compreensão da dimensão relacional da vulnerabilidade.

comunitário. Pessoas adultas que não estão dentro desse script terão grande dificuldade de criar laços, pela ausência de espaço de conviver com outras, principalmente se não tiverem recursos financeiros para viabilizar seu acesso a espaços possíveis de encontro/interação.

O que a priorização dessas modalidades e faixas etárias de SCFV poderia dizer sobre o funcionamento da sociedade e das políticas públicas implementadas? Há um certo roteiro de atividades, papéis e funções esperadas para cada faixa etária. Às pessoas situadas enquanto adultas é esperado que estejam em exercício de alguma atividade laboral, imperativo social de lógica produtiva para além de necessidade para sobrevivência. Quem por algum motivo está fora disso, logo é situado em alguma categoria discriminatória que atribui a algo em si mesmo como fator (responsabilização individual), uma não inserção laborativa vinculada a alguma ideia de incapacidade, doença e/ou impedimentos de ordem física e/ou mental. Os espaços de socialização e convivência social destinados às pessoas adultas que se inserem nesse imperativo social, consistem em ambientes exclusivos de uma certa forma de se relacionar e de acesso conforme poder de compra/consumo. Caso contrário, são destinados a determinados lugares definidos pelas políticas públicas.

As situações disparadoras da narrativa deste capítulo compartilham como destinatário das ações de SUS e SUAS pessoas que expressam certo desencaixe aos modos de ser e viver prescritos socialmente e uma tensão colocada com as demais pessoas que perseguem chegar a tal modo de ser e viver prescrito no imperativo social. Os dispositivos voltados à convivência parecem ser propostos na tentativa de atingir essa tensão, aproximando grupos com lógicas distintas de produção. Contudo, ao fazer isso se poderia questionar: o que se espera efetivamente operar? Seria possibilitar que esses outros modos de ser e viver sejam possíveis e respeitados? Ou seria mais um processo de adaptação aos modos de viver almejados na lógica do *homo œconomicus*?

Importante retomar aqui um objetivo importante do trabalho no SUAS de atuar em prol da constituição de coletivos, de fomentar o protagonismo e empoderamento das/os usuárias/os enquanto sujeito de direitos, produzir encontros que promovam a construção de vínculos. Perspectiva essa que se conecta com o preconizado na RAPS pelo SUS, compartilhando objetivo comum na atenção psicossocial. Nesse sentido, coloca às equipes o desafio de pensar além de indivíduo, de núcleo familiar, para um coletivo diverso em demandas, necessidades e potencialidades.

Algo que parece ainda bastante negligenciado ao percebermos na prática grande ênfase dada ao convívio familiar como foco de ação dos serviços, em contraposição a

insipiência e eventualidade do enfoque à faceta comunitária e social de tal segurança. Algo já destacado anteriormente ao abordar as limitações sentidas na atuação do CREAS quanto às intervenções de caráter coletivo na comunidade, relativa a certa captura de suas equipes ao acompanhamento familiar que se apresenta em demandas de urgência e prioridade no cotidiano do trabalho. O mesmo pode ser reconhecido em práticas no CAPS, onde a captura se dá para o atendimento do que chega como urgência/prioridade no serviço, em detrimento de ações de reabilitação psicossocial que deveriam ser desenvolvidas no território de vida das pessoas usuárias do serviço de forma intersetorial.

A valorização dada a intervenções de enfoque comunitário está presente tanto na política de saúde quanto na de assistência social, constituindo estratégias pertinentes à inclusão social em consonância com a garantia do direito de conviver em sociedade. O cenário que as possibilitam é o território de vida das pessoas usuárias das políticas. Nessa direção, o exercício da intersetorialidade no território é algo que perpassa a atenção psicossocial entre SUS e SUAS, constituindo um último ponto de encontro a ser abordado.

A saúde e a assistência social estão situadas em determinados territórios a partir de seus equipamentos. Esses, muitas vezes, também sofrem certo cerceamento do transitar no território, quando profissionais de suas equipes se encontram restritos ao desenvolvimento de atividades no interior dos serviços. Algo que, por força da recorrência e da maior abrangência territorial, é situado no âmbito dos serviços especializados de SUS e SUAS, como antes apontado nos dilemas vivenciados no CAPS e no CREAS. Esse fechamento traz implicações na relação com as pessoas usuárias dos serviços, uma vez que pode trazer prejuízos ao desenvolvimento das ações antes referidas, afetando diretamente o potencial de transformação que poderia ser operado. A lógica de cerceamento da diferença, via isolamento e disciplinarização, equivale a lógica de controle e domesticação na sociedade obstaculizando o pleno acesso à cidadania. Desta forma, seu enfrentamento necessariamente passa por tecer *outras formas de habitar o território* (Saffiotti, 2017). Destaca-se aqui que o território, na perspectiva da atenção psicossocial<sup>93</sup>, vai muito além do espaço geográfico onde se situa o município e os equipamentos de SUS e SUAS, sendo compreendido como algo vivo, dinâmico, abrangendo uma diversidade de relações em vínculos que se sustentam e se rompem constantemente no cotidiano (Romagnoli et al., 2017).

---

<sup>93</sup> Perspectiva também compartilhada com a política de assistência social na compreensão das diversas vulnerabilidades sociais, incluindo as ditas relacionais já abordadas anteriormente.

Nos casos Jacira e Rudá novamente se chama atenção a diferença no transitar que ocorre no território também com relação a profissionais dos serviços do SUS e do SUAS. Por um lado os equipamentos enquanto instituições possuem atravessamentos quanto a modos de cuidar e proteger contraditórios. Por outro, no território ocorre um campo de tensão onde coexistem mecanismos de controle e captura homogeneizantes das subjetividades, ao mesmo tempo em que acontecem práticas de resistência que expandem as formas de ser e viver no mundo. Desta forma, não basta apenas apostar nas práticas de resistência possíveis no interior de serviços do SUS e do SUAS, pois há uma disputa acontecendo nos territórios de vida das pessoas na qual a racionalidade dominante é a perspectiva da vigilância e do controle. O modo asilar está capilarizado nos territórios dos espaços urbanos, de forma a investir na produção de determinados corpos e modos de vida enquanto os válidos para poder transitar (Yasui et al., 2018).

As concepções e saberes que unem SUS e SUAS na atenção psicossocial nesses diferentes pontos de encontro a se entrelaçar durante esse processo de reflexão, visibilizam o quanto os direitos não garantidos são determinantes na configuração das situações disparadoras expressas na narrativa. De tal modo, ao não considerar a ausência da garantia de direitos como determinante às situações que cotidianamente chegam aos equipamentos da saúde e da assistência social, as articulações intersetoriais resultantes nada farão além de alimentar a individualização, o asilamento e a reprodução de subjetividades presas ao ideário neoliberal. Racionalidade dominante que prescreve a normalidade a ser seguida para escapar da concretude das instituições manicomiais, do ápice do cerceamento do transitar, da exclusão social e da arbitrariedade de ser imposto o seu lugar de pousar, morar e habitar.

Todavia, mesmo quando a intersetorialidade é operada para a garantia dos direitos sociais também pressupõe e implica a defesa de determinados modos de ser e viver. As construções intersetoriais visibilizadas nessa narrativa que viabilizam a desinstitucionalização operando a estratégia de atenção psicossocial foram justamente aquelas que partiram da compreensão de que existiam ali direitos não garantidos e, ao longo do processo, perspectavam superar a busca pela igualdade em direitos. Como já dizia Piovesan em 2006, “ao lado do direito à igualdade, surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença”. De forma bem mais recente isto foi belissimamente expresso na apresentação

artística construída pela Nau da Liberdade/RS na qual se reivindica: “Quero meu direito de enlouquecer”<sup>94</sup>.

Por fim, o presente capítulo ao abordar as implicações de serviços de SUS e SUAS nas possibilidades de transitar na vida, percorreu nesse caminho o transitar da intersetorialidade e o que ela pôde produzir ao transitar entre setores e seus saberes. Provocou pensar o quanto quando a intersetorialidade é usada como ferramenta de gestão, dentro de uma racionalidade econômica neoliberal alinhada à perspectiva asilar, vem na direção de restrição do transitar, de forma a regulá-lo, cerceando as possibilidades de movimentos na vida. De outra forma, quando operada na atenção psicossocial, pode possibilitar a expansão do transitar às diferentes formas de ser, viver e estar no mundo. E, nesta lógica, visibiliza o resgate e a ampliação do poder de transitar como desafio a ser operado na intersetorialidade entre SUS e SUAS para a garantia do direito à diferença.

---

<sup>94</sup> A Nau da liberdade descreve-se como um *grupo autônomo de artistas diagnosticad@s e não-diagnosticad@s que experienciam coletivamente a potencialidade da arte através do teatro*. A referida apresentação intitula-se “Quero meu direito de Enlouquecer” e fora publicada como vídeo no YouTube em 5 de abril de 2022 (Marco, 2022) disponível no link: <https://www.youtube.com/watch?v=Sbj2UbLGZLE> e no Facebook em 9 de abril deste mesmo ano (Nau da Liberdade, 2022) disponível no link: [https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=292774839682131&id=1860829547295252&\\_rdr](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=292774839682131&id=1860829547295252&_rdr).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### Passagens Intersetoriais: das conclusões impossíveis às reflexões que persistem

*passagem = substantivo feminino. 1. ato, efeito ou direito de passar(-se). "o povo saudava a p. do rei" 2. lugar por onde se passa; passadouro. "p. de pedestres" 3. ponto de ligação; comunicação, passo, passadouro. "o canal do Panamá é uma p. entre o Atlântico e o Pacífico" 4. ligação externa entre dois prédios; passadiço. 5. corredor ou área estreita de uma habitação. 6. valor que se paga pelo transporte em qualquer veículo. 7. bilhete, tíquete de meio de transporte. "p. aérea" 8. trecho de uma determinada obra. "a melhor p. de um romance" 9. fato ou conjunto de fatos em torno de uma pessoa ou acontecimento; episódio, caso, trecho. "relatou p. cômicas da viagem" 10. mudança, transição. "p. de épocas" 11. TEATRO deslocamento de um ator pela frente ou por trás do(s) outro(s) que estão em cena, segundo a marcação do diretor. 12. COSTURA•ALFAIATARIA cerzido que cobre rasgão num tecido. Origem ⊙ ETIM fr. passage 'desfiladeiro; travessia (por mar); fragmento de um texto'*

Quando comecei o mestrado em 2018 vivenciávamos um momento em que se anunciava “o pior ainda está por vir”. Já naquele contexto sentíamos dolorosamente as constantes perdas e retrocessos vivenciados no âmbito das políticas públicas. Findo o pleito eleitoral, acenava-se a vinda de anos ainda mais difíceis. Por pior que pudéssemos imaginar, ninguém teria pensado que viveríamos uma pandemia mundial estando no Brasil sob um governo fascista-genocida.

Escrever uma dissertação de mestrado em meio a isso, estando inserida como trabalhadora da rede pública de saúde, parecia uma missão cada vez mais impossível. Entre a ausência de sentido, desânimo e exaustão, uma constante batalha para manter alguma chama de esperança viva. Não se trata de um desabafo, mas algo que diz do que se passou e se passa por uma coletividade de trabalhadoras e trabalhadores expostos à morte e violentadas/os de tantas formas durante esse tempo.

Em algum momento ao final de 2020 e início de 2021, a chama aquece uma busca de sentido em meio a esse caos. Aos poucos, fui me reconectando com o dissertar, criando alguns pousos e passagens em meio à captura laboral produtivista e sacrificial. Questionava-me sobre como essa escrita poderia fazer sentido em meio a atual conjuntura, o que faria ser ainda pertinente escrever algo que se situa em um contexto que não mais existe?

A reconexão com lembranças marcantes de toda uma vivência de trabalho, foram mostrando a pertinência e a urgência de uma produção que pudesse visibilizar possibilidades de conexões e passagens nas políticas públicas, do que a intersectorialidade produz e pode produzir no cuidado em saúde e proteção social da população. Ainda, que pudesse visibilizar



as fragilidades daquilo que arduamente construímos e perspectivar caminhos possíveis de uma resistência permanente de sustentação de políticas protetivas, que avancem sobre a necropolítica que toma nosso país.

A viagem, até aqui oportunizada, contribui para a construção de um certo arquivo do presente. Algo da ordem ficcional e não-ficcional, provocando questões que perpassam a contemporaneidade, visibilizando avanços, retrocessos, conquistas e perdas nesse processo. Talvez um pouco daquilo que Calvino afirmou, no trecho final de *Cidades Invisíveis*, sobre reconhecer aquilo que não é inferno, preservar e abrir passagem:

Disse [Grande Khan]:

- É tudo inútil, se o último porto só pode ser a cidade infernal, que está lá no fundo e que nos suga num vórtice cada vez mais estreito.

E Polo:

- O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem contínuas: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço (Calvino, 1990, p. 150).

Dentre os pontos de partida dessa viagem, a contradição entre a perspectiva de integração das políticas sociais, que conforma a premissa da intersetorialidade no SUS e no SUAS, e o planejamento, implementação e execução fragmentada e setorializada dessas políticas, acompanhou os percursos das vivências na temporalidade abordada (2014-2018) em municípios de pequeno porte. Acrescento aqui, ainda, um último fragmento de vivência que ilustra como isso se dava no cotidiano da gestão das políticas.

Em novembro de 2014 entrei em contato com a ferramenta Quality Rights criada pela Organização Mundial de Saúde para apoiar os países na avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Naquele momento, integrei uma “Oficina de Adaptação Cultural do QualityRights”, na qual participaram gestoras/es, trabalhadoras/es e usuárias/os de serviços de saúde mental de municípios da região macro metropolitana de saúde, além de representantes do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS). Desta forma, pode-se destacar que tal adaptação foi proposta no Brasil a partir da interface com os serviços de saúde. Assim, se de um lado a avaliação proposta internacionalmente focava serviços de saúde e de assistência social, de outro, para a oficina de adaptação cultural do instrumento no Brasil, não foram

chamadas/os trabalhadoras/es e gestoras/es dos serviços de assistência social, bem como, não houve articulação interministerial para a condução desse processo.

Um instrumento como o Quality Rights demonstra a importância de internacionalmente propor uma avaliação dos serviços de assistência social e de saúde juntos para a garantia de direitos. De outro lado, chamava atenção para a precariedade dos serviços ofertados em nossas redes, especialmente quanto à garantia do acesso à informação e à inclusão digital (na época tínhamos um único computador e telefone no serviço, nada disso disponibilizado às pessoas usuárias). Em que pese tudo o que fora abordado até aqui, quanto a perspectiva de integração das políticas do tripé da seguridade social, esse recorte exemplifica a fragmentação entranhada na gestão das políticas, do quanto o planejamento, a implantação, execução e avaliação das políticas ocorre de forma bastante setorializada.

A discussão que permeia a sustentação dessa lógica setorial na execução das políticas perpassa a configuração estatal brasileira e a instituição de políticas públicas em uma conjuntura neoliberal. Em uma perspectiva de Estado mínimo, junto à fragilidade da constituição de um Estado de bem estar social no país, as políticas sociais parecem conseguir se instituir na medida em que garantem seu espaço setorial. Em contraposição à previsão constitucional da integração das políticas do tripé da seguridade social, o investimento intrasetorial parece priorizado para a garantia do desenvolvimento e sustentação de cada política. Se a setorialização veio como uma estratégia para solidificar as políticas de SUS e SUAS, isso se apresenta como uma estratégia para esta configuração estatal atravessada pelo neoliberalismo que antagoniza com os direitos sociais previstos inicialmente na constituição.

A intersetorialidade nessa conjuntura neoliberal, no âmbito da gestão das políticas, vêm numa perspectiva de gerenciamento de precários recursos, da administração do mínimo e de procurar minimizar os gastos públicos. Os recursos são entendidos como gastos e não como investimento na vida da população. E o que é entendido como gastos é aquilo que seria destinado justamente a populações que necessitam do Estado por não conseguirem se manter na lógica *homo economicus*, de se sustentar na lógica neoliberal. A integração entre saúde e assistência social vem pela gestão das políticas como forma de repartir funções e recursos, "otimizar" a aplicação do precário, de demandar com que serviços de uma política deem conta do previsto em outra.

De outro lado, a setorialização atende muito bem a propósitos do mercado no sentido de uma super especialização que, aliada ao setor privado, coloca nesse as respostas para atender aos especialismos requeridos. Algo que vai numa direção oposta a uma

intersetorialidade que opera uma transdisciplinaridade que parte de uma complexidade. É uma lógica que opera pelo reducionismo.

Muitas das estratégias intersetoriais que ocorrem vão nessa lógica reducionista, onde a perspectiva de integração das políticas nada tem a ver com a complementaridade que se faz necessária para a compreensão e intervenção em problemas sociais complexos com que se defronta na saúde e na assistência social. Assim, se de um lado a intersetorialidade tem se operado de formas bem interessantes no nível micropolítico, de outro, na macropolítica ela dificilmente acontece para além dessa perspectiva de controle e gerenciamento de recursos.

Contraditoriamente, acesso aos direitos sociais como inclusão social, são respostas que aparecem em ambas as políticas (saúde e assistência social) para um público/população entendida como vulnerável. Os direitos sociais aparecem como uma importante interface entre as políticas, demandando a intersetorialidade. A política de assistência social objetiva que sejam garantidos a população, ao mesmo tempo em que a política de saúde os tem como necessários a sua concretização (sem garanti-los, a saúde não será produzida).

Entretanto, na medida que há uma disputa constante entre uma concepção de estado de bem estar social e o neoliberal, determinados serviços de SUS e SUAS fazem mais ou menos sentido, servem ou não servem a determinados propósitos. Direitos sociais tomados dentro de uma concepção de Estado de Bem Estar Social implicam a constituição de serviços, e de suas práticas, com propósitos radicalmente opostos de quando são tomados em uma perspectiva de um estado neoliberal de redução do papel estatal ao mínimo. Essa contradição inerente à construção das políticas sociais no Brasil está o tempo todo impactando na configuração das redes de SUS e SUAS, bem como, das relações intersetoriais que podem vir a se estabelecer.

Seja na política de saúde, seja na política de assistência social, as pessoas em situação de vulnerabilidade social são aquelas que não se sustentam nas relações econômicas vigentes. A institucionalização se apresenta enquanto um recurso utilizado em ambas as políticas, como forma de dar um determinado lugar a quem não se sustenta na lógica do *homo aeconomicus*. Se de um lado, na política de assistência social há uma tentativa de promover o empreendedorismo de si como forma de acesso à cidadania, de outro, na política de saúde, esse acesso também permeia possibilidades de viver e se expressar através dessa lógica de relações econômicas. SUS e SUAS, enquanto políticas públicas, seguem envoltos na contradição de operar essa reprodução diante da missão de garantia de direitos a um suposto sujeito de direitos. A intersetorialidade, por vezes, aparece operando uma tal “inclusão

social” que nada mais é do que sua inserção na lógica do *homo oeconomicus*. Em outros momentos, vislumbra-se alguma passagem ao lugar de sujeito de direitos enquanto exercício de cidadania.

Entre as reflexões que persistem, vale ressaltar: cuidado em saúde e proteção social, é um “E” e não um “OU”. A fronteira entre cuidado em saúde e proteção social não existe. Quando se fala em proteção social se fala em garantir acesso aos direitos sociais, entre os quais está o cuidado em saúde. O cuidado em saúde no SUS é uma proteção social estatal. São políticas intimamente entrelaçadas, que pouco ou nada podem fazer, diante do que se propõe, quando fragmentadas e setorializadas. Dependem de muitas e tantas equipes, profissionais, serviços, redes, trocas, afetações, e dos diversos saberes que atravessam cada setor. Nesse sentido, as políticas sociais teriam uma efetividade proporcionalmente alcançada na medida de sua complementariedade, no entre, onde já não existe mais a fronteira entre cuidado em saúde e proteção social. Provoco pensar enquanto espaços de passagens.

SUS e SUAS vão propiciando encontros entre trabalhadoras/es de seus serviços na execução das políticas. Em muitos momentos dessa viagem esses encontros aconteceram, um dos mais emblemáticos esteve situado nas reuniões de rede intersetorial. Chamo atenção aqui para as semelhanças quanto aos núcleos profissionais das trabalhadoras que participavam desse espaço, tanto no Pé da Serra, como em Maresias. Ao olhar quem são as/os profissionais que mais estão presentes nessas reuniões, veremos psicólogas e assistentes sociais ocupando esse território de encontro da rede intersetorial. De outro modo, pode-se refletir que há um encontro da psicologia e do serviço social enquanto disciplinas, no sentido de que saberes profissionais se reúnem neste espaço e se põe a discutir sobre suas relações.

Uma trilha reflexiva se abre ao pensar nesses saberes que se encontram e o que se faz nesse encontro de saberes. Esses campos de saber estão a se entrelaçar na política de saúde e de assistência social. Em que pontos se entrelaçam? A psicologia e o serviço social enquanto saberes estão a compor conjunções na configuração dessas políticas sociais.

No SUAS aparecem de forma mais visível já na composição das equipes mínimas dos serviços e a prerrogativa de trabalho interdisciplinar expressa em ampla maioria das orientações técnicas dos equipamentos. Na política de assistência social, o encontro mais interessante da psicologia e o serviço social se dá quando ocorre uma conjunção em direção a abordagem psicossocial. Dentre os saberes que compõem o campo da psicologia, a psicologia social oportuniza um entrelaçamento possível para construir essa abordagem. Entretanto, essa

conjunção também, por vezes, acontece com saberes alinhados a perspectivas individualizantes e distantes da concepção de sujeito de direitos.

No SUS esse encontro se torna mais visível no âmbito dos serviços de saúde mental, bem como, nas demandas de atendimentos que extrapolam aquilo que é entendido numa lógica biológica. Lugares em que esses saberes disciplinares podem potencializar a composição tanto de práticas asilares, quanto de estratégias de atenção psicossocial.

Desta forma, pode-se atentar para a coexistência de saberes que estruturam práticas profissionais antagônicas, seja na psicologia ou serviço social. Dentro desses campos de saber que constituem seus núcleos profissionais, cada profissional parece performar suas práticas conforme incorpora paradigmas mais ou menos próximos de perspectivas asilares e de atenção psicossocial. E à medida que são mais subjetivados em uma ou outra perspectiva, produzem-se práticas paradoxais, perceptíveis em algumas das situações que foram abordadas ao longo das viagens. Essas questões fazem pensar o quanto a intersetorialidade tecida no cotidiano de encontros interprofissionais e interdisciplinares pode também direcionar à produção de um cuidado tutelado e de uma proteção social institucionalizante.

Entendo que esses saberes perpassam práticas intersetoriais que também operam medidas coercitivas à implementação das políticas. Algo que se mostrou presente na análise das situações disparadoras que envolvem os benefícios assistenciais. Onde diferentes agentes das políticas públicas exercem um papel de fiscais, em uma lógica de controle estatal da população. De outro lado, em que pese o controle estatal na obrigatoriedade de cadastramento do BPC, a depender de como se executa a previsão de mapeamento e acompanhamento, pode-se abrir passagem para uma intersetorialidade que transgride o controle e possibilita resgate de cidadania e liberdade. O como executa diz de algo que nos atravessa em termos de subjetivação, das concepções que temos dos modos de cuidar e proteger, bem como, dos seus efeitos. Diz de reconhecer o carcereiro que há em nós para abrir passagens ao enfrentamento das práticas manicoloniais<sup>95</sup> que nos integram e integram o tecido social.

O transitar afeta as fixações dos saberes, traz consigo o potencial de abalar as fronteiras disciplinares, de forma a estabelecer provisoriamente zonas de indefinição, a almejada terra propícia à transdisciplinaridade. O transitar profissional em lugares distintos, territórios diversos e sua relação mais próxima com a realidade das condições de vida da

---

<sup>95</sup> Termo que se refere à relação íntima existente entre o manicômio, o asilo e o colonialismo. Recentemente passou a se compreender a relação intrínseca entre a lógica manicomial e a colonialidade, ambos entranhados no tecido social [algo extremamente bem elucidado no texto de David e Vicentin (2020)]. Uma compreensão que visibiliza a interseccionalidade nos determinantes sociais que perpassam o cuidado em saúde e a proteção social.

população, o encontro com outros lugares de fala que extrapolam os prescritos iniciais, muito favorece o abalo dos saberes instituídos criando condições de possibilidade para uma construção intersetorial transdisciplinar em sintonia com a complexidade da vida. É a constatação dessa complexidade que demanda a intersetorialidade. No entanto, o que ela faz operar pode ir tanto em direção à expansão da vida e das possibilidades de viver, quanto a sua redução econômica e racional direcionada a uma produtividade de lógica neoliberal, um governo da vida em possibilidades já bem determinadas e “ofertadas” quanto aos modos de ser e viver no mundo.

Em uma reflexão final que persiste, arrisco sobre a potência do transitar para a transgressão das políticas. De possibilitar o deslocamento do lugar de fiscais do atendimento a condicionalidades para o lugar de transgredi-las em prol da garantia de direitos. Dentro disso, a transgressão da organização das políticas se mostra a via de garantia do mínimo, de garantir inclusive aquilo que a própria política se propôs. As pessoas transitantes nos mostram as vias para transgredir o funcionamento das políticas em direção à garantia de direitos. É nos deslocamentos de quem está em trânsito que se encontram passagens intersetoriais potentes que podem vir a tornar-se passarelas, daquelas que alteram efetivamente as possibilidades de transitar entre SUS e SUAS. No sentido da construção de passagens que permitam o livre transitar. Ainda, provoço pensar que a transgressão caminha junto com a transdisciplinaridade. Um transitar que opera uma transgressão disciplinar e uma intersetorialidade que transgride as políticas e provoca a construção de saberes-passe-las. Deixo assim entreaberta essa trilha, um vislumbre de caminhos a uma intersetorialidade transdisciplinar, interseccional e antimanicolonial.

## REFERÊNCIAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 23(3), 327–30. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>
- Akerman, M., Sá, R. F., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
- Alvarez, A. P. E., Silva, J. O da, Oliveira, A. C. de M. (2016). Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 6(1), 5-19. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1859/1282>
- Aureliano, L., & Draibe, S. (1989). A especificidade do “welfarestate” brasileiro. In Ministério da Previdência e Assistência Social & Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Org.), *Economia e Desenvolvimento n. 3: Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização, reflexões sobre a natureza do bem-estar* (pp. 86-177). Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9080/S8900183\\_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9080/S8900183_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Andrade, L. O. M. (2004). *A saúde e o dilema da intersetorialidade* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo].
- Barbosa, A. M. G. (2012, julho/dezembro). Instrumentos para compreensão da família. *Universitas*, ano 25(39), 11-26. <http://revistauniversitas.inf.br/index.php/UNIVERSITAS/article/view/28>
- Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2010). Dever do Estado: metamorfoses da publicização da existência e produção de subjetividades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 967-976. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700003>
- Bezerra Jr, B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2), 243-250. <https://www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJkWg/?format=pdf&lang=pt>
- Bidarra, Z. S. (2009). Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. *Serviço Social & Sociedade*, 99, 483-487. [https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_site/sec\\_administracao/concursos/intersetorialidade.pdf](https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_administracao/concursos/intersetorialidade.pdf)
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2017). Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1265-1286. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400021>
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00101417. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Calvino, I. (1990). *Cidades invisíveis*. Companhia das Letras.
- Calvo e cols., 2016 - Calvo, M. C. M. Lacerda, J. T. de, Colussi, C. F, Schneider, I. J. C., & Rocha, T. A. H. (2016, outubro/dezembro). Estratificação de municípios para avaliação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 25(4), 767-776. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>
- Cecílio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In R. Pinheiro, & R. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8ª ed., pp. 117-130). UERJ, IMS: ABRASCO.
- Cecílio, L. C. de O., Carapinheiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M. de, Andrade, M. da G. G. Santiago, S. M., Meneses, C. S., Reis, D. O., Araújo, E. C., Pinto, N. R. da S., & Spedo, S. M. (2014, julho). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, 30(7), 1502-1514. <https://www.scielo.br/j/csp/a/jf7jhTDzYsQtNcbt6sTTLhf/?format=pdf&lang=pt>
- Chiaverini, D. H., Gonçalves, D. A., Ballester, D., Tófoli, L. F., Chazan, L. F., Almeida, N., & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
- Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). *Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica*. Série Formação para a Atenção Básica. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf)
- Confederação Nacional de Municípios – CNM. (2018). Mudanças no Financiamento da Saúde. Confederação Nacional de Municípios. <https://www.cnm.org.br/biblioteca/download/3540>



- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. (2020, agosto 27). CFESS alerta para o “Renda Brasil” e adere ao movimento nacional A Renda Básica que Queremos. CFESS. <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1748>
- Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. (2016). *Conferências Nacionais de Assistência Social: Dados sobre as Conferências e suas Deliberações*. Conselho Nacional de Assistência Social. [https://cbf8ff3e-418a-41f5-b3eb-f4b2f2f44394.filesusr.com/ugd/7f9ee6\\_e7a9a3ed4fd448d8b2e22ac9a2455dd8.pdf](https://cbf8ff3e-418a-41f5-b3eb-f4b2f2f44394.filesusr.com/ugd/7f9ee6_e7a9a3ed4fd448d8b2e22ac9a2455dd8.pdf)
- Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. (2014a, novembro 11). Mobilização debate a Desinstitucionalização em Cachoeira do Sul. <https://www.crprs.org.br/noticias/mobilizacao-debate-a-desinstitucionalizacao-em-cachoeira-do-sul>
- Conselho Regional de do Rio Grande do Sul. (2014b, fevereiro 6). Carta do I Encontro Nacional da RAPS. <https://crprs.org.br/noticias/confira-a-carta-do-i-encontro-nacional-da-raps>
- Costa, P. H. A. da, Mota, D. C. B., & Cruvinel, E. (2016). O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 669–68. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n3/11.pdf>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. C. Amarante (Org.), *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Ed. Fiocruz.
- Costa, A. M. M. (n.d.). *O reconhecimento da pessoa com transtorno mental severo como pessoa com deficiência: uma questão de justiça*. Ministério Público de Goiás. [http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/22/13\\_23\\_35\\_456\\_Reconhecimento\\_da\\_pessoa\\_com\\_transtorno\\_mental\\_severo\\_como\\_deficiente.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/22/13_23_35_456_Reconhecimento_da_pessoa_com_transtorno_mental_severo_como_deficiente.pdf)
- Cunha, A. R. (2017). *Memórias inventadas do endividamento: o governmentamento da pobreza*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/194582/001093816.pdf?sequence=1>
- David, E. de C. & Vicentin, M. C. G. (2020). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*, 44(spe 3), 264-277. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E322>
- Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. (2008, julho 9). Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu

Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Senado Federal. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm)

Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. (2009, agosto 25). Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. (2011, julho 28). 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 União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. (2011, novembro 18). Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm)

Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. (2018, novembro 23). Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9579.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9579.htm)

Dias, M. T. G. (2018). Os profissionais na intersectorialidade para a atenção à Saúde e a proteção social: uma revisão narrativa. *Sociedade Em Debate*, 24(1), 22–40. <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1809>

Draibe, S. M. (2006, outubro). Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. [Artigo Completo]. *Anais do 30º Encontro Anual da ANPOCS*, Hotel Glória. <https://anpocs.com/index.php/papers-30-encontro/gt-26/gt19-22/3416-sdraibe-estado/file>

Duarte, C. M. R. (2000). Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 443-463. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016>

Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. (2015, março 18). Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm)

Ferigato, S. H. (2013). Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. [Tese de Doutorado, Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp]. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000906645>

- Fleury, S. (2005). A seguridade social e os dilemas da inclusão social. *Revista De Administração Pública*, 39(3), 449-470. <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6776>
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica. Curso no Collège de France (1978-1979)*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010a). É importante pensar? In M. B. Motta (Org.), *Repensar a política. Ditos & Escrito VI*. (A. L. P. da Pessoa, Trad., pp. 354-358). Forense Universitária. (Original publicado em 1981).
- Foucault, M. (2010b). Conversa com Michel Foucault. In M. B. Motta (Org.), *Repensar a política. Ditos & Escrito VI*. (A. L. p. da Pessoa, Trad., pp. 289-347). Forense Universitária. (Original publicado em 1980).
- Franzoi, A. C., Xerez, D. R., Blanco, M., Amaral, T., Costa, A. J., Khan, P., Maia, S. R., Magalhães, C., Maior, I. L., Pelosi, M. B., Santos, N. Q, dos, Thedim, M, Vilela, L. V. de O., & Riberto, M. (2013, setembro). Etapas da elaboração do instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiência para cidadãos brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. *Acta Fisiátr.* 20(3), 164-70. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103791>
- Freitas, F. (2019). Formalização da Rede Brasileira de Renda Básica. Rede Brasileira de Renda Básica. <https://rendabasica.com.br/formalizacao-da-rede-brasileira-de-renda-basica/>
- Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul. (2016). *Nota Técnica 01/2017: Nota técnica sobre conceito de deficiência psicossocial*. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos, Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul Humanos. <https://fadrs.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/11161529-01-2017-nota-tecnica-sobre-deficiencia-psicossocial.pdf>
- Galindo, D., Martins, M., & Rodrigues, R. V. (2014). Jogos de armar: narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In M. J. SPINK, J. I. M. Brigagão, V. L. V. do Nascimento, M. P. C. Cordeiro (Org.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Centro Edelstein.
- Galvão, P.; Araújo, C. M. M. (2018, janeiro-abril). ONGs no Brasil: contextualização histórica do cenário para atuação em psicologia escolar. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, 24(1) Belo 101-123. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p101-123>
- Gomes, S., Santos, I., Cabral, E., & de Melo, M. C. (2022). Genograma e Ecomapa: revisão bibliométrica das publicações globais: Análise bibliométrica sobre genograma e ecomapa. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 4(1), e202101024. <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.204>

- Grin, E. (2013). Regime de Bem-estar Social no Brasil: Três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 18(63), 186-204. <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v18n63.3994>
- Guareschi, N. M. F., Lara, L., & Adegas, M. A. (2010). Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. *Psico*, 41(3), 332-339. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163>
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>
- Human Rights Watch. (2018). *Eles ficam até morrer: uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil*. [https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/brazil0518port\\_web2.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518port_web2.pdf)
- Inclusão com Acessibilidade no Trabalho. (2020 novembro 3). Módulo 3 "Visões atuais sobre a condição da Deficiência" | Aula 5 por Luciene Redondo [Vídeo]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=pGmktQ3Ofs4&ab\\_channel=Inclus%C3%A3oComAcessibilidadeNoTrabalho](https://www.youtube.com/watch?v=pGmktQ3Ofs4&ab_channel=Inclus%C3%A3oComAcessibilidadeNoTrabalho)
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, 22(1), 102-110. [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia\\_politicas\\_servicos\\_publicos.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf)
- Instrução Normativa MTE/SIT nº 98, de 15 de agosto de 2012. (2012, agosto 15). Dispõe sobre procedimentos de fiscalização do cumprimento, por parte dos empregadores, das normas destinadas à inclusão no trabalho das pessoas com deficiência e beneficiários da Previdência Social reabilitados. *Ministério do Trabalho e Emprego, Secretária de Inspeção do Trabalho*. [http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/legislacao\\_-\\_instrucoes\\_normativas\\_2012\\_181220131710287055475.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/legislacao_-_instrucoes_normativas_2012_181220131710287055475.pdf)
- Jesus, A. F. (2012). *O processo de institucionalização de um serviço de Saúde Mental em um município de pequeno porte: o caso de Paraisópolis/MG*. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, Campinas].
- Junqueira, L. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 35-45. <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>
- Kaippert, I., Anderson, M. I. P., & Teixeira, D. da S. (2013). Ecomapa comunitário – ferramenta proposta para organização do trabalho com a comunidade. [Artigo completo]. Anais do 12º Congresso Brasileiro Medicina de Família e Comunidade. Hangar do Centro de Convenções e Feiras da Amazônia.

<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/268/268>

Kannenber, V., (2014, janeiro 4). Cachoeira do Sul: a cidade que quer deixar de ser depósito de gente. *Gaúcha ZH*.

<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2014/01/cachoeira-do-sul-a-cidade-que-quer-deixar-de-ser-deposito-de-gente-4380451.html>

Lappe, E. (2012). *Natureza e territorialidade: um estudo sobre os Kaingang das terras indígenas linha Glória/Estrela, Por Fi Gã/São Leopoldo e Foxá/Lajeado*.

[Monografia curso de História, Univates].  
<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/436/1/EMELILAPPE.pdf>

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. (2012, janeiro 16). Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)

Lei Ordinária nº 12.339, de 10 de outubro de 2005. (2005, outubro 10). Dispõe sobre a criação do conselho estadual dos direitos da pessoa com deficiência e dá outras providências. *Assembleia Legislativa*. <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-12339-2005-rio-grande-do-sul-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-estadual-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia-e-da-outras-providencias>

Lei Ordinária nº 14421, de 7 de janeiro de 2014. (2014, janeiro 14). Introduce modificações na Lei nº 12.339, de 10 de outubro de 2005, que dispõe sobre a criação do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência e dá outras providências. *Assembleia Legislativa*. <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-14421-2014-rio-grande-do-sul-introduz-modificacoes-na-lei-n-12339-de-10-de-outubro-de-2005-que-dispoe-sobre-a-criacao-do-conselho-estadual-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia-e-da-outras-providencias>

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, julho 16). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, setembro 19). 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 União*.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991, julho 25). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm)

- Lei nº 8.742, de 7 dezembro de 1993. (1993, dezembro 7). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm)
- Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. (2004, janeiro 9). Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, abril. 6). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (2011, abril 28). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#art1)
- Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011. (2011, julho 6). Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm)
- Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. (2015, julho7). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)
- Lima, D. K. R. R. & Guimarães, J. (2019). A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. *Saúde em Debate [online]*, 43(122), 883-896. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>
- Lussi, I. A. de O., Matsukura, T. S., & Hahn, M. S. (2011). Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. *O Mundo da Saúde*, 35(2), 185-192. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/563/503>
- Luzio, C. A., L'Abbate, S. (2009, fevereiro). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>
- Machado, G. S. (2010). O Serviço Social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa. *Serviço Social & Sociedade*, (102), 269-288. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200005>
- Maior, I. L. (2015, outubro). Quem são as pessoas com deficiência: o novo conceito trazido pela Convenção da ONU. *Revista Científica Virtual ESA OAB/SP*, ano 5(20), 32-43. [https://issuu.com/esa\\_oabsp/docs/revista\\_20\\_1](https://issuu.com/esa_oabsp/docs/revista_20_1)



- Maior, I. (2022, maio 21). *Conceito de deficiência deve transcender o modelo biomédico, afirma Isabel Maior*. Notícia UFMG - Matéria escrita por Teresa Sanches. <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/conceito-de-deficiencia-deve-transcender-o-modelo-biomedico-afirma-izabel-maior>
- Marco, F. T. (2022, abril.4). Quero meu direito de Enlouquecer - Nau da Liberdade [Vídeo]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=Sbj2UbLGZLE&ab\\_channel=FrancieleTaileneMarco](https://www.youtube.com/watch?v=Sbj2UbLGZLE&ab_channel=FrancieleTaileneMarco)
- Martins, M., (2014, novembro, 19). MP vistoria asilos em Cachoeira do Sul após denúncias de maus-tratos. *Gaúcha ZH*. <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2014/11/mp-vistoria-asilos-em-cachoeira-do-sul-apos-denuncias-de-maus-tratos-cj5vs46ns0s4hxbj0t6er3teq.html>
- Mendes, E. V. (2019). *Desafios do SUS*. CONASS 2019. <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7232/>
- Merigo, J. (2018, outubro 30). *Genograma e Ecomapa no Trabalho Social com Famílias*. Associação de Municípios da Região Serrana – AMURES [Webiste]. (Comunicação Pessoal). [https://amures.org.br/uploads/1521/arquivos/1348362\\_Apresentacao\\_Genograma\\_e\\_Ecomapa.ppt](https://amures.org.br/uploads/1521/arquivos/1348362_Apresentacao_Genograma_e_Ecomapa.ppt)
- Ministério da Saúde. (1986). *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)
- Ministério da Saúde. (2005). *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Editora do Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1219.pdf>
- Ministério da Saúde. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014a). *Cadernos de Atenção Básica, n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014b). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Conselho Nacional do Ministério Público. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)

- Ministério da Saúde. (2015, outubro). *Saúde Mental em Dados 12, ano 10, nº 12*. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social. (2005). Norma Operacional Básica NOB/SUAS. [http://www.itajuba.mg.gov.br/semas/2018/nob\\_suas\\_2005.pdf](http://www.itajuba.mg.gov.br/semas/2018/nob_suas_2005.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_Cras.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2007). *Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Previdência Social. [http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao\\_das\\_pessoas\\_com\\_deficiencia\\_-\\_bpc.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_deficiencia_-_bpc.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011a). *Caderno SUAS V: financiamento da assistência social no Brasil*. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Suas\\_Financiamento\\_V.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Suas_Financiamento_V.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2011b). *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013). *Orientações Técnicas da Vigilância Socioassistencial*. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Orientacoes\\_Vigilancia.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_Vigilancia.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2014a). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2014b). *Caderno de Orientações Técnicas sobre Residências Inclusivas - perguntas e respostas*. [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/)



- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social. (2015). *SUAS 10. Diversidade no SUAS: realidade, respostas, perspectivas*. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia\\_social/Suas10Anos\\_2015.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/Suas10Anos_2015.pdf)
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2017). *Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2018). *BPC: Guia para Técnicos e Gestores da Assistência Social*. [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Guia/Guia\\_BPC\\_2018.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_BPC_2018.pdf) - BPC
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2018). *Perguntas frequentes: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos*. MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Proteção Social Básica. [www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/perguntas\\_e\\_respostas/PerguntasFrequentesSCFV\\_032017.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/perguntas_e_respostas/PerguntasFrequentesSCFV_032017.pdf)
- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. (2020). *Roteiro de Atuação: fiscalização em unidades de acolhimento para pessoas com deficiência*. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, CAO Idoso e Pessoa com Deficiência, Grupo de Apoio Técnico Especializado. <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2020/03/Livro-completo.pdf>
- Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. (2018, abril 17). *Ministério Público apresenta documentário “projeto cuidar – vidas reconstruídas”*. <https://www.mprs.mp.br/noticias/46620/>
- Ministério Público do RS. (2018, abril 16). *Projeto Cuidar: Histórias Reconstruídas* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=BCUbuUDIfSJ4>
- Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2010). Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social*, 12(26), 200-220. [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v12i26.12708](https://doi.org/10.26512/ser_social.v12i26.12708)
- Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2011). Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, 14(1), 41-49. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100006>
- Nau da Liberdade. (2022, abril 22). *Quero o meu direito de enlouquecer* [Vídeo]. Produção: Coletivo de artistas diagnosticados e não diagnosticados. YouTube: <https://youtu.be/Sbj2UbLGZLE>
- Nascimento, S. (2010). Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, (101), 95-120. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>

- Neris, M. S. M., Pereira, É. L., Melo, A. A. C. A. E., Lima, N. M., & Nunes, L. D. G. (2013). Reordenamento dos serviços de acolhimento: um passo necessário para a consolidação do SUAS enquanto sistema de proteção social da assistência social. *Gestão Social*, 2, 68-79.
- Paim, J. S., & Silva, L. M. V. (2010, agosto). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS: *Boletim do Instituto de Saúde*, 12(2), 109-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>
- Pereira, K. Y. de L. & Teixeira, S. M. (2013, janeiro-junho). Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência Social. *Textos & Contextos*, 12(1), 114 – 127. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990>
- Pedrozo, J. (2019, maio 22). Judicialização da saúde: o Estado deve fornecer medicamento de alto custo?. *Jornal Gazeta do Povo*. <https://www.gazetadopovo.com.br/justica/judicializacao-da-saude-medicamento-alto-custo/>
- Pinheiro, M. B., Paiva, A. B., Licio, E. C. de, Natalino, M., & Bartholo, L. (2020). *Nota Técnica n. 80 (Disoc): O Financiamento federal dos serviços socioassistenciais no contexto da Covid-19*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10106>
- Piovesan, F. (2006, março-maio). Ações afirmativas e Direitos Humanos. *Revista USP*, (69), 36-43. <https://www.scielo.br/j/cp/a/3bz9Ddq8YpxP87fXnhMZcJS/?format=pdf&lang=pt>
- Pissaial, V. H., & Brandão, C. da F. (2017, abril-junho). Municípios de Pequeno Porte: uma análise preliminar quanto à Pesquisa de Informações Básicas Educacionais Municipais – Munic 2014. *Revista Contrapontos - Eletrônica*, 17(2), 395-415. <https://doi.org/10.14210/contrapontos.v17n2.p395-415>
- Presidência da República. (2007). *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Presidência da República Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category\\_slug=documentos-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192)
- Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 29 de maio de 2009. (2009, junho 1). Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, conforme estabelece o art. 16, § 3º, do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. *Diário Oficial da União*. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=212717>
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os

serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde*. [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf)

Portaria Interministerial nº 3, de 21 de setembro de 2012. (2012, setembro 21). Dispõe sobre a parceria entre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas. *Diário Oficial da União*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-3-de-21-de-setembro-de-2012/>

Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000. (2000). Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. *Ministério da Saúde*. [https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106\\_0.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf)

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002, fevereiro 19). Estabelece ações, normas, critérios e procedimentos sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

Portaria nº 754, de 20 de outubro de 2010. (2010, outubro 20). Estabelece ações, normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão e execução descentralizadas do Programa Bolsa Família, no âmbito dos municípios, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-754-de-20-de-outubro-de-2010/>

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, dezembro 30). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (2011, outubro 21). 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). *Ministério da Saúde*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, dezembro 23). 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 (SUS). *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bv000s/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bv000s/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. (2011, dezembro 26). Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). *Diário Oficial da União*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html)

Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. (2012, janeiro). Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html)

Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. (2013, julho 30). Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html)

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Ministério da Saúde*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

Portaria SAS nº 396, de 07 de julho de 2005. (2005, julho 8). Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. *Diário Oficial da União*. [https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005\\_192226.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005_192226.html)

Resolução CES/RS nº 5, de 10 de Agosto de 2017. (2017, agosto 10). Rejeita o RAG 2016. *Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>

Resolução CES/RS nº 6, de 27 de setembro de 2018. (2018, setembro 27). Rejeitar o RAG 201. *Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/780/RESOLUCOES-CES/RS>

Resolução CIB/RS nº 655, de 12 de novembro de 2014. (2014, novembro 12). Institui o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110822-1419957095-cibr655-14.pdf>

Resolução CIB/RS nº 403, de 19 de outubro de 2011. (2011, outubro 19). Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170220/23102058-1340039277-cibr403-11.pdf>

- Resolução CIB/RS nº 404/11, de 19 de outubro de 2011. (2011, outubro 19). Institui incentivo financeiro estadual para implantação, pelos municípios, de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e II, na Atenção Básica. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103171938rs-res-404-2011-incentivo-oficina-terapeutica.pdf>
- Resolução CIB/RS nº 38, de 15 de fevereiro de 2012. (2012, fevereiro 15). Institui incentivo financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170211/23101124-1338842649-cibr038-12.pdf>
- Resolução CIB/RS nº 233, de 9 de maio de 2014. (2014, maio 9). Institui, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114708-20141106173209resolucao-n-233-14-cib-rs.pdf>
- Resolução CIB/RS nº 234, de 9 de maio de 2014. (2014, maio 9). Institui recurso financeiro estadual para implantação de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades intersetorial e de equipe. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul*. <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104105645rs-resolucao-234-14-composicoes-reducao-de-danos.pdf>
- Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. (2009, novembro 11). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Conselho Nacional da Assistência Social*. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=111388>
- Resolução CNAS nº 39, de 9 de dezembro de 2010. (2010, dezembro 9). Dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde. *Diário Oficial da União*. [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/relatorio/resolucao\\_cnas\\_39.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/resolucao_cnas_39.pdf)
- Resolução CNAS nº 34, de 28 de novembro de 2011. (2011, novembro 28). Define a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos. *Diário Oficial da União*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-34-de-28-de-novembro-de-2011/>
- Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. (2012, dezembro 12). Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS. *Conselho Nacional de Assistência Social*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-33-de-12-de-dezembro-de-2012/>

- Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2014. (2014, outubro 15). Aprova a Política Nacional de Assistência Social. *Conselho Nacional de Assistência Social*. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101000>
- Resolução CNAS nº 12, de 13 de maio de 2014. (2014, maio 13). Aprova os parâmetros da Proposta Orçamentária para a Assistência Social, relativa ao orçamento 2015. *Conselho Nacional de Assistência Social*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-12-de-13-de-maio-de-2014/>
- Resolução CNAS nº 13, de 13 de maio de 2014. (2014, maio 14). Inclui na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, a faixa etária de 18 a 59 anos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. *Diário Oficial da União*. <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-13-de-13-de-maio-de-2014/>
- Rezende, M., Baptista, T. W. F., & Amâncio Filho, A. (2015). O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 301-322. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00011>
- Romagnoli, R. C., Amorim, A. K. De M. A., Severo, A. K. De S., & Nobre, M. T. (2017). Intersetorialidade Em Saúde Mental: Tensões E Desafios Em Cidades Do Sudeste E Nordeste Brasileiro. *Revista Subjetividades*, 17(3), 157-168. <https://Dx.Doi.Org/10.5020/23590777.Rs.V17i3.6075>
- Saffiotti, A. (2017). *Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial*. [Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Sasaki, R. K. (2010). *Deficiência psicossocial: a nova categoria de deficiência*. Agenda 2011 do Portador de Eficiência. <https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/2748813/artigo-deficiencia-psicossocial-romeu-kazumi-sasaki>
- Scharfstein, R. (2021, janeiro-março). A trajetória das Políticas Públicas de moradia para pessoas com deficiência e para pessoas com transtorno mental no Estado do Rio de Janeiro. *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, (79), 199-237. <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2157471/Renata%20Scharfstein.pdf/>
- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). (2013). *Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). <https://portal.ead.ufgd.edu.br/wp-content/uploads/2014/01/Cartilha-Viver-sem-Limites.pdf>
- Schutz, F., & Mioto, R. C. T. (2010). Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em debate*, 16(1), 59–75. <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>



- Silva, R. R. da. (2019). Renda mínima e proteção social: aspectos históricos, teóricos e conjunturais. *Revista Katálysis* [online], 22(1), 110-119. <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p110>
- Vale, A. R do. (2018). *Tecendo redes de produção de cuidado: Itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua em um município de pequeno porte*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei].
- Viegas, S. M. F. & Penna, C. M. M. (2013). O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 181-190. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].
- Yasui, S., Luzio, C., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*, 8(1), 173 – 190. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>