



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

MICHELI CARLA BORTOLOTTI

**SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma
perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais.**

Florianópolis
2018

MICHELI CARLA BORTOLOTTI

**SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma
perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais.**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Uso e Abuso de Substâncias.

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Substâncias

Orientadora: Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bortolotti , Micheli Carla
SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA : uma
perspectiva a partir do cotidiano dos
profissionais. / Micheli Carla Bortolotti ;
orientador, Drª Daniela Ribeiro Schneider, 2018.
167 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

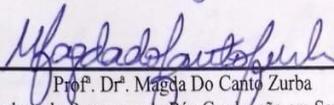
1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde
Mental, Álcool e outras drogas. 3. Assistência
Social. 4. Proteção Social Básica. 5. Saúde Mental
e Assistência Social. I. Ribeiro Schneider, Drª
Daniela. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial. III. Título.]

Micheli Carla Bortolotti

SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais.

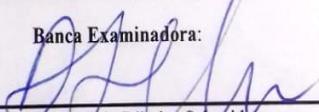
Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e aprovada pelo Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de julho de 2018.

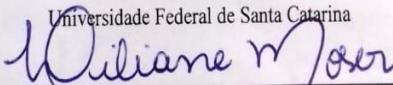


Prof. Dr. Magda Do Canto Zurba
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina

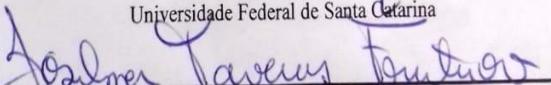
Banca Examinadora:



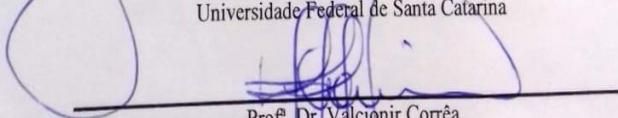
Prof. Dr. Daniela Ribeiro Schneider
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Liliâne Moser
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Joselma Tavares Frutuoso
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Valcionir Corrêa
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carlos e Lurdes, minha irmã Chaiane e minha querida avó Lourdes, por me compreenderem e estarem sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando em todos os momentos, principalmente por terem me ensinado a caminhar com minhas próprias pernas.

Ao Willian, meu amor e companheiro, a quem me faltam palavras para agradecer sua importância e por isso digo: obrigada por tudo, por todos os dias, e principalmente por me cuidar e dividir o seu mundo comigo.

Aos meus queridos amigos, que de uma maneira ou de outra sempre estiveram presentes, me proporcionando momentos de riso, para poder respirar de forma mais leve durante todo o processo. Um agradecimento especial à Camila M. que acreditou em mim e me despertou para realizar um sonho.

A minha colega de trabalho e amiga Lucelia C., com quem divido muito do que construí nesse trabalho, minha parceira de lutas diárias por um fazer justo e íntegro dentro da Assistência Social.

À todas as profissionais que dividiram comigo a experiência do seu dia-a-dia, e possibilitaram a concretização desse estudo.

Aos meus primeiros mestres: Prof^o Álvaro, Prof^o Sandro, Prof^a Verena e Prof^a Lisandra por me mostrarem caminhos, em especial a Prof^a Ângela pelas conversas e o incentivo para alcançar novos voos.

À minha orientadora, um especial agradecimento, Prof^o Dani, por ter me guiado e permitido que eu escolhesse o caminho, me incentivando a procurar o que fazia sentido para mim.

Aos colegas e professores de mestrado, que me acolheram e dividiram comigo suas experiências. Um especial agradecimento para Conceição, minha mãe de coração, e Valcionir, que abriram as portas do seu lar e permitiram que eu me sentisse em casa, mesmo estando tão longe.

Aos professores convidados para a qualificação e para a defesa, pelo tempo e carinho que dedicaram ao meu trabalho.

*Seja suave.
Não deixe o mundo te endurecer.
Não deixe a dor te fazer odiar.
Não deixe a amargura roubar a sua doçura.*
Iain Thomas

RESUMO

Esta dissertação possui como objetivo geral investigar como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS (Associação dos Municípios do Entre Rios) desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Buscou-se analisar sua percepção sobre a questão e quais as estratégias desenvolvidas, além de verificar as relações intersetoriais estabelecidas. A pesquisa caracterizou-se como qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Para coletar os dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Participaram do estudo psicólogas e assistentes sociais que atuam em CRAS de seis municípios, totalizando uma amostra de 10 profissionais, destes, 5 psicólogos e 5 assistentes sociais. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo, seguindo os critérios descritos por Ruiz-Olabuénaga (2009). No que se refere à percepção das profissionais sobre a saúde mental na sua atuação, foi possibilitado questionamentos acerca do trabalho social desenvolvido, em que a vivência de situações que se relacionam à temática é percebida como presente em seus cotidianos por toda amostra da pesquisa, sendo trazida principalmente pelas famílias. Ao pensar como é realizada a atenção a essa demanda, fora trazido o que concerne ao CRAS, a partir da execução do Programa de Atenção Integral a Família (PAIF), que visa o acompanhamento das famílias, ou seja: busca ativa; visita domiciliar; acompanhamento familiar; articulação da rede socioassistencial; promoção e articulação intersetorial; encaminhamentos, entre outras ações complementares, tendo como foco o âmbito familiar. O trabalho intersetorial é apontado como positivo e presente, trazido como processo em estruturação e como prática recente. A Saúde Mental, Álcool e outras drogas, não é percebida dentro das diretrizes, leis, e normativas da Assistência Social, por grande parte das profissionais, e quando percebida, é de modo sutil, levando em consideração a interpretação de cada sujeito, sendo considerada necessária a revisão das mesmas, já que se faz tão presente no dia-a-dia.

Portanto, os resultados deste estudo evidenciam a importância da construção de práticas voltadas ao olhar do sujeito como um todo, inserido na família e sociedade. As demandas relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas não tem fronteiras delimitadas por uma determinada política pública, é uma demanda que exige atenção de todos os equipamentos e instrumentos de cuidado.

Palavras-chave: Assistência Social. Saúde Mental. Álcool. Drogas. Intersetorialidade.

ABSTRACT

This dissertation aims to investigate how professionals included in the Basic Social Protection of the National Policy of Social Assistance in AMERIOS develop attention to the situations of Mental Health, Alcohol and other drugs in the daily life of CRAS (Center of Reference of Social Assistance). We sought to analyze their perception of the issue and the strategies developed, as well as to verify the inter-sectoral relations established. The research is characterized as qualitative of the descriptive and exploratory type. To collect the data, semi-structured interviews were carried out. The study included psychologists and social workers who work in CRAS in six municipalities, totaling a sample of 10 professionals, of these, 5 psychologists and 5 social workers. The data were analyzed by content analysis, following the criteria described by Ruiz-Olabuénaga (2009). With regard to the perception of professionals about mental health in their work, it was possible to question the social work developed, in which the experience of situations that are related to the theme is perceived as present in their daily lives by all research sample, being brought mainly by families. When thinking about how the attention to this demand is fulfilled, the CRAS has been brought in, based on the implementation of the Program of Attention to the Family (PAIF), which aims at the follow-up of families, that is: active search; home visit; family support; articulation of the socio-welfare network; promotion and intersectoral articulation; referrals, among other complementary actions, focusing on the family context. The intersectoral work is pointed as positive and present, brought by some as still in the process of structuring and others as recent practice. Mental Health, Alcohol and other drugs, is not perceived within the guidelines, laws, and norms of Social Assistance, by most professionals, and when perceived, is subtly, taking into account the interpretation of each subject, being a revision, considered necessary, since it is so present in daily life. Therefore, the results of this study show the importance of the construction of practices aimed at the view of the subject as a whole, inserted in the family and society. The demands related to mental health, alcohol and other drugs do not have borders

bounded by a certain public policy, it is a demand that requires attention of all equipment and instruments of care.

Keywords: Social Assistance. Mental Health. Alcohol. Drugs. Intersectoriality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa.....	61
Quadro 2: Apresentação da Categoria 1: Percepção dos profissionais sob a saúde mental na sua atuação.....	64
Quadro 3: Apresentação Categoria 2: Estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais.....	75
Quadro 4: Apresentação Categoria 3: Vulnerabilidade versus Saúde Mental.....	107
Quadro 5: Apresentação Categoria 4: Saúde Mental, álcool e outras drogas na Assistência Social.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS - Assistência Social
AMERIOS - Associação dos Municípios do Entre Rios
AD – Álcool e outras drogas
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CF – Constituição Federal
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CENTRO – POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
ESF – Estratégia Saúde da Família
LA - Liberdade Assistida
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MPSM - Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
PAIF - Programa de Atenção Integral às Famílias
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PSB - Proteção Social Básica
PSE - Proteção Social Especial
PSF - Programa de Saúde da Família
PBF - Programa Bolsa Família
PSC - Prestação de Serviços à Comunidade
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SM – Saúde Mental
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1 INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE: A necessária interlocução entre a Saúde Mental e a Assistência Social	28
3.2 O CAMPO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	35
3.3 A SAÚDE MENTAL <i>versus</i> VULNERABILIDADE SOCIAL	43
3.4 SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL	48
4 MÉTODO	54
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	54
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	55
4.3 PARTICIPANTES	56
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
4.6 ANÁLISE DE DADOS	51
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
5 RESULTADOS	53
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
5.1.1. Dados sociodemográficos dos participantes	53
5.2. APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.....	56
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
6.1. CATEGORIA 1: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOB A SAÚDE MENTAL NA SUA ATUAÇÃO	64
6.2 CATEGORIA 2: ESTRATÉGIAS E MODALIDADES DE ATENÇÃO DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS ...	75
6.2.1 Ações e estratégias adotadas no cotidiano	76
6.2.2 Intersetorialidade, relações estabelecidas com a rede para abordar questões de saúde mental	93
6.2.3 Dificuldades no cotidiano da equipe	104
6.3. CATEGORIA 3: VULNERABILIDADE SOCIAL <i>VERSUS</i> SAÚDE MENTAL.....	107

6.4 CATEGORIA 4: SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	120
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES.....	160
ANEXOS	170

1 INTRODUÇÃO

A Assistência Social é um direito do cidadão instituído pela Constituição Federal de 1988. A partir de 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é definida como Política de Seguridade Social, compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência Social, com caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social (BRASIL, 2005b).

Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, e pela Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS) de 2005, ano em que se inicia o processo de implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no território brasileiro.

A Política de Assistência Social realiza-se a partir de ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e as pessoas com deficiência. Essa realidade faz parte do campo de atuação na Assistência Social, e é diante da minha *práxis* que todo este contexto me aproxima do ser humano e de sua subjetividade como ser. Atualmente, me vejo atuando em um Centro de Referência de Assistência Social, e indagações acerca das discussões traçadas no Mestrado de Saúde Mental e Atenção Psicossocial passaram a perpassar pela minha ação nessa nova realidade, a Assistência Social, mais especificamente a Proteção Social Básica.

A proteção social oferecida pelo SUAS se dá por meio de dois níveis: o da Proteção Social Básica (PSB), enfoque deste estudo, e da Proteção Social Especial (PSE). A PSB se caracteriza pela sua ênfase preventiva, objetivando evitar as situações de risco, desenvolvendo potencialidades e fortalecendo vínculos comunitários e familiares. A execução da PSB se materializa nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), unidades públicas estaduais e de base territorial, localizados geralmente nas áreas de maior pobreza e vulnerabilidade social, próximo dessas

populações. Assim, o CRAS funciona como porta de entrada para o SUAS, sendo, portanto, a instituição responsável pela viabilização da Proteção Social Básica (BRASIL, 2004a).

Antecedendo o surgimento da Constituição Federal existia uma visão da Assistência Social direcionada ao assistencialismo, exercida principalmente, por entidades filantrópicas, de caráter religioso, por meio do voluntariado, com ações fragmentadas e pontuais de viés caritativo e tendo como público-alvo os desamparados e/ou necessitados. Sendo a história pregressa dessa política pública composta de boa-vontade das damas da sociedade e das primeiras-damas dos governantes, de trocas de favores com viés eleitoreiros e de culpabilização das famílias pelo seu “fracasso” em cuidar de seus membros. Infelizmente, essa é uma realidade que pode ser vista como reatualizada, pois ainda faz parte da atualidade, onde o assistencialismo é realizado como atuação da Assistência Social, sendo por vezes utilizadas como trocas políticas e caritativas, ações que são direitos adquiridos da população, que ainda não é empoderada e não reconhece o que lhe pertence como garantia de primícias básicas de sua existência.

É, portanto, com o surgimento do SUAS e seu propósito de unificação das ações da Assistência Social, em nível nacional, que é ratificado o caráter de política pública de garantia de direitos com o intuito de destruir o histórico assistencialismo. E é com este novo modelo de gestão da política da Assistência Social que se prioriza a família como foco de atenção e o território como base da organização de ações e serviços. Neste sentido, Guareschi (2009) lembra que o novo modelo de saúde é gestado na efervescente década de 1980, a partir das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, que impulsionou a Constituição de 1988 e instituiu o SUS. A saúde passa a ser compreendida não como simples ausência de doença, mas inclui acesso a boas condições de vida. Para levar ações de promoção à saúde às populações denominadas de risco, o Ministério da Saúde lança em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), como forma de reestruturação da atenção básica na qual a principal estratégia centraliza-se também na família.

Deste modo, a noção de intersetorialidade é uma das chaves da própria concepção de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, ao passo que rompe com a tradição de setores antagônicos nas esferas do poder público ao mesmo tempo em que leva a discussão sobre saúde mental a

diferentes segmentos da sociedade. É justamente a partir dessa perspectiva que os campos da saúde e da assistência social se entrelaçam, uma vez que ambos os setores dão um destaque relevante a atuação e intervenção sobre a família, entendida como uma instituição de importância ímpar no desenvolvimento dos mais diversos trabalhos. Assistência Social e saúde, portanto, se aproximam por meio desse eixo em comum: a família (DUARTE; DIAS, 2012).

Diariamente a rede socioassistencial atende demandas que surgem nas mais variadas áreas, e organiza em seu atendimento um processo interdisciplinar. E, o SUAS quando elege a matricialidade sociofamiliar como uma de suas bases estruturantes, organiza toda a rede socioassistencial para o apoio às famílias, a fim de assegurar a toda a população o direito à convivência familiar, seguindo o pressuposto de que para a família prevenir, proteger e manter seus membros é necessária a ação efetiva do poder público. As famílias são vistas como um espaço de ressonância e sinergia dos interesses e necessidades coletivas e de mobilização à participação e ao protagonismo social, ou seja, como um vetor de mudança da realidade social, e é neste âmbito familiar e social, que inúmeras situações relacionadas à Saúde Mental surgem e se tornam demandas do SUAS.

Portanto, cabe ressaltar e deixar evidente que o CRAS, de acordo com as orientações técnicas (BRASIL, 2009a) atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido, é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), sendo este o principal serviço de Proteção Social Básica, que confere a primazia da ação do poder público na garantia do direito à convivência familiar e assegura a matricialidade sociofamiliar no atendimento socioassistencial, um dos eixos estruturantes do SUAS.

Goulart (2014) destaca que as redes de apoio intersetoriais devem ser representadas por diferentes sujeitos sociais implicados nas mais diversas esferas de direitos, que deverão, além de lançar mão da responsabilidade de ação que lhes competem, compartilhar a corresponsabilidade pelo cuidado das pessoas de modo assegurar atenção integral às mesmas. Tal atenção deve ser extensiva ao grupo familiar, o qual por sua vez, deve assumir o papel de um dos componentes desta rede, visando

distanciar-se da posição de assistido, tutelado e apenas receptor de ações. Com isso, enfatiza-se a necessidade de chamar as famílias para a posição de protagonistas desta rede de cuidados e atenção.

Para a melhor compreensão desses processos: atender refere-se a dar ou prestar atenção, estar atento, dar audiência, servir a alguém. Assim, o atendimento às famílias, ou a alguns de seus membros, refere-se a uma ação imediata de prestação ou oferta de atenção, com vistas a uma resposta qualificada de uma demanda da família ou do território. Significa a inserção da família, um ou mais de seus membros, em alguma das ações do PAIF: acolhida, ações particularizadas, ações comunitárias, oficinas com famílias e encaminhamentos (BRASIL, 2012b).

Destarte, quando se fala em atenção, pressupõem-se que é dirigir um atendimento, olhar e acolhimento à uma situação em que representa vulnerabilidade. É nesse sentido que, Oliveira e Colvero (2001 apud GOULART, 2014) apresentam que a escolha da família como novo objeto de atenção e a proximidade de ações com a comunidade, no território, vem revelando um maior número de pessoas em situação de sofrimento e de falta de cuidados, vivenciando o estigma, a vergonha e a exclusão.

A partir do paralelo até aqui traçado, surge interrogações relacionadas à prática e atuação na Assistência Social em relação à Saúde Mental: como se apresenta a Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na política de Assistência Social? De que maneira o cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas pode ser oferecido no âmbito do SUAS? E quais estratégias de promoção neste sentido são realizadas? Como as práticas na Assistência Social poderiam promover a autonomia das famílias, uma vez que muitas ações no campo da saúde se configuram em dispositivos de controle sobre as famílias e os sujeitos? Afinal, o que se cria nesta fronteira entre a Saúde Mental e a Assistência Social?

Sobre estes questionamentos, vale colocar que existe grande troca, sendo a Saúde Pública destacada anteriormente como parceira da Política de Assistência Social, em contrapartida a política de saúde também requisita a assistência social na composição de arranjos intersetoriais, sua atuação na perspectiva de cuidado a pessoa em sofrimento e ao seio coletivo e familiar do qual ela faz parte, a partir das ações realizadas pelos CRAS por meio de intervenções na comunidade, tem sido importante.

E tudo isso vem ao encontro de que o CRAS, visto como uma estrutura de referência, que atua junto a indivíduos e famílias de modo descentralizado e territorializado, incluído na política de assistência social, baseado nos preceitos éticos do SUS, organizado de forma a dispor de estratégias que envolvam ações socioeducativas e de inclusão produtiva, contribui junto aos serviços de saúde mental para inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico. Os CRAS têm objetivo principal de amparar pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ao passo que contribui para formação de vínculos e redes de apoio. Neste sentido, trabalhando de forma intersetorial as ações do CRAS buscam a possibilidade de emancipação e instituição de pessoas em sofrimento psíquico como sujeito de direitos a partir do protagonismo social (BRASIL, 2005b).

Assim, entende-se que a Assistência Social toma um lugar de grande potência, pois possui a capacidade de se articular entre as demais políticas públicas. E esta articulação, relacionada a proximidade à população permite grandes possibilidades e potencialidades de atuação. Mas intersetorialidade não é tarefa fácil. No campo da Saúde Mental, não existem consensos sobre vários tópicos: o que é responsabilidade de quem? Os profissionais muitas vezes se inflamam e as discussões chegam a ser explosivas. E cabe lembrar que existem responsabilidades que perpassam pelos profissionais, pelas famílias e usuários atendidos, pelos municípios e serviços e, por fim Estado, cabendo direcionar nessa discussão um olhar referente à responsabilização de cada esfera, onde o Estado vem ficando cada vez mais ileso da garantia de direitos mínimos sociais, nos colocando num grande risco de corresponsabilizar as famílias pela condição na qual se encontram, como consequência de suas escolhas e ações.

Nota-se deste modo, que há um aumento significativo da necessidade de um olhar diferenciado em relação às questões levantadas. A saúde mental está presente em todas as políticas públicas, e deve ser vista como direito do sujeito. É necessário a criação de espaços de escuta e reconhecimento do outro na assistência social, e estas questões ainda são pouco estudadas. Nas bases de dados brasileiras são escassos os trabalhos que citam esse constructo, sua necessidade, aplicação e benefícios. O mesmo acontece na legislação da política de assistência social, que não deixa claro a atuação e atendimento focado na pessoa em sofrimento psíquico. Junto à tudo que já fora levantado, percebe-

se que a Assistência Social nem sempre se vê como potencializadora ao atendimento à Saúde Mental, cabe nos questionar de modo mais profundo e inquisitivo a respeito, precisamos pensar um cuidado em saúde mental que possa ser aplicado na assistência social.

Entende-se que muito trabalho ainda precisa ser feito para esta compreensão, e identificar e aplicar critérios do que seria correto em atendimento à Saúde Mental nos serviços socioassistenciais. Porém, neste estudo pretende-se compreender como está sendo realizada a prática pelos profissionais do âmbito da assistência social em situações que surgem a necessidade de uma atuação voltada à temática. Tendo como objetivos entender como a Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é contemplada na Política de Assistência Social (PNAS), averiguando qual é o cuidado oferecido e quais estratégias são possíveis ser executadas no SUAS.

Com isso, foi indagado: Como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS (Associação dos Municípios do Entre Rios) desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Investigar a percepção que os profissionais da Assistência Social têm sobre às questões relacionados à Saúde Mental, Álcool e outras drogas de usuários atendidos na Rede SUAS dos Municípios do Entre Rios do Estado de Santa Catarina.

b) Averiguar qual são as estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais para lidar com as questões em pauta no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

c) Verificar como o SUAS estabelece relações intersetoriais com a Rede de Atenção Psicossocial e demais serviços do SUS para abordar questões de saúde mental.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE: A NECESSÁRIA INTERLOCUÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL E A ASSISTÊNCIA SOCIAL

A operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política. Trabalhar em rede, nessa concepção territorial significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, Moraes (2004, apud BRASIL, 2009a) destaca que a intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

Assim, Frare (2013) ressalta que compreender a interdisciplinaridade na política de assistência social é compreender que a atuação de diferentes profissionais favorece a identificação multidimensional dos determinantes das questões sociais, contribuindo, em suas especificidades e convergências, para garantir o efetivo acesso aos direitos socioassistenciais da população, por meio de estratégias construídas coletivamente por diferentes profissionais. Na medida em que uma das questões que produz vulnerabilidade psicossocial é a condição de sofrimento psíquico, esta é uma questão enfrentada também nas políticas de assistência social.

Desta forma, ao falar da Saúde Mental na Política de Assistência Social, é necessário que se entenda um pouco da construção da loucura e dos caminhos percorridos, para que se possa compreender a relação direta entre a interdisciplinaridade e

a garantia do “louco” como sujeito de direito dentro da Assistência Social.

Nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local; ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses ou demônios, ou transcendência à natureza humana. O louco era, sobretudo, uma questão de natureza privativa da família. Ainda que tornado uma questão pública com a criação do Hospital Geral (Amarante, 1996).

O modelo asilar/ hospitalocêntrico em psiquiatria emerge como uma resposta a uma das questões sociais postas pela pessoa com transtorno mental, com o surgimento da sociedade moderna, fundamentada no trabalho, no ser da razão e da produção. Tais pessoas figuram no novo contexto como improdutivas e, portanto, são alijadas do convívio social, a partir da apropriação médica da loucura, definida desde então, como “doença mental”, presumindo-se a periculosidade e incapacidade de tais sujeitos, fato que justificará no imaginário social a ideia de que “lugar de doido é no hospício”. Supracitado modelo, sobretudo após a II Guerra Mundial, passa a ser equiparado a um campo de concentração, por ter se constituído em um espaço de violação de direitos humanos, pela ação centrada na massificação da atenção e na mera segregação social. Neste contexto, emergem várias propostas reformistas em saúde mental, com diferentes tradições teóricas, em conjunturas históricas singulares e em vários países do mundo Ocidental, destacando-se a Inglaterra, a França, os Estados Unidos e a Itália (ROSA; MELO, 2009).

Na década de 1970, surge na Itália um movimento paradigmático para o campo psiquiátrico, cujo expoente é Franco Basaglia, que propõe uma nova forma de compreender e lidar com a loucura, conforme nos afirma Rosa (2002, p. 152 apud ROBAINA, 2010): “Entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente, a sua reinscrição no mundo social.”

É a partir desses processos, que ocorre uma mudança na visão do sujeito com transtorno mental, e este, passa a ser incluído na condição de cidadão, ou seja, como sujeitos de direitos. A partir dessa mudança pode-se começar a construir a compreensão da ligação entre a saúde mental e a política de

assistência social. Assim, Rosa e Melo (2009) destacam que em reforço à tendência de reconhecimento da condição de sujeito de direitos da pessoa com transtorno mental, em 17 de dezembro de 1991, a Organização das Nações Unidas divulga o documento que trata da “proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental”.

O movimento brasileiro é influenciado pela experiência italiana, da tradição basagliana, que coloca a enfermidade entre parênteses, evidenciando o sujeito enfermo e seu contexto de vida. Constrói seu objeto sobre a complexidade da “existência-sofrimento” das pessoas com transtornos mentais, articulando-a com suas condições de reprodução social, enfatizando o processo de invenção/produção da saúde. Nesta leitura a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais, não a obstinação terapêutica pela cura ou a reparação, mas a reprodução social, a reinscrição dessas pessoas no mundo social (ROSA; MELO, 2009).

Com estes arcabouços, Moraes (2014) destaca que desenvolveram-se no Brasil várias experiências inovadoras em saúde mental. Em 1989, é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado mineiro Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua substituição por serviços extra-hospitalares. Este projeto impulsionou os debates em torno da construção da cidadania das pessoas com transtornos mentais na década de 90 no país, levando anos para se transformar em uma lei específica. Posteriormente, como recorte da luta é aprovada a Lei 10.216 (Brasil, 2001) que além de assegurar os direitos às pessoas com transtornos mentais também reorientou a atenção à saúde mental no Brasil. E, a Política Nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem desenvolvido ações ancoradas pela Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Fica evidente que a atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (OMS, 2002).

Desse modo, a pessoa com transtorno mental é restituída em sua integralidade e o foco da atenção se amplia para além dos sintomas e dos medicamentos, para as dimensões sociais da vida.

Assim, de acordo com Rosa e Melo (2009), os determinantes sociais do processo saúde-doença ganham ênfase e o social passa a ser uma dimensão que ganha evidência na intervenção de todos os profissionais de saúde mental. E, é nesse sentido que Robaina (2010) destaca que, se a crítica central da Reforma ao modelo psiquiátrico clássico é a redução da loucura a sua dimensão de doença, é imperioso corresponsabilizar as demais políticas sociais nos processos de atenção às pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico.

Segundo as normativas legais da política de assistência social (BRASIL, 2004a), as relações familiares e sociais encontram-se, muitas vezes, fragilizadas em função da situação de vulnerabilidade e exclusão social, tornando-se foco de intervenção e acompanhamento pelos profissionais que compõem esta política pública, no intuito de fortalecer essas relações, viabilizar as necessidades sociais dos que compõem essas relações familiares e incentivar a emancipação social. Essa fragilização, por vezes também pode estar relacionada ao sofrimento psíquico e outros fatores direcionados à saúde mental, como pessoa com transtorno mental, uso/abuso de álcool e outras drogas.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), os serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica deverão se articular com as demais políticas públicas locais, de forma a garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial. Nesse sentido, a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2004a).

Reforçando, Frare (2013) coloca que a política de assistência social tem nas suas bases a concepção de interdisciplinaridade, bem como a intersetorialidade, compreendendo que, sem o diálogo entre os diferentes saberes e entre as diferentes políticas públicas não há como fazer

resistência aos processos de reprodução das desigualdades sociais.

Reforça-se, com o que esta descrito na Norma Operacional Básica do SUAS, em que um de seus princípios organizativos é:

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas; (BRASIL, 2005a, p. 89)

Cabe compreender que a intersetorialidade se refere à articulação entre setores e saberes, para responder, de forma integrada, a um objetivo comum. É uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na vida da população, respondendo com efetividade a problemas sociais complexos. A promoção da articulação intersetorial depende de uma ação deliberada que pressupõe a ideia de conexão, vínculo, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, respeito à diversidade e às particularidades de cada setor. Ela se materializa mediante a criação de espaços de comunicação, do aumento da capacidade de negociação e da disponibilidade em se trabalhar com conflitos. A articulação intersetorial deve envolver escolas, postos de saúde, unidades de formação profissional, representantes da área de infraestrutura, habitação, esporte, lazer

e cultura, dentre outros. Sendo uma importante ferramenta de garantia de direitos (BRASIL, 2004a).

O CRAS, de acordo com as orientações técnicas (BRASIL, 2009a), é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), sendo este o principal serviço de Proteção Social Básica, que tem como premissa a matricialidade sociofamiliar no atendimento socioassistencial, um dos eixos estruturantes do SUAS.

Neste sentido, a matricialidade sociofamiliar passa a ter papel de destaque no âmbito da Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Esta ênfase está ancorada na premissa de que a centralidade da família e a superação da focalização, no âmbito da política de assistência social, repousam no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. Nesse sentido, a formulação da política de assistência social é pautada nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos (BRASIL, 2004a).

Utilizando um conceito da área da saúde, Chiaverini (2011 apud MORAES, 2014) destaca o apoio matricial, como ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Possibilita a discussão para uma ação interdisciplinar, facilita a comunicação e articulação com a rede de saúde, favorece ações intersetoriais, fortalece iniciativas de trabalho articulado com a comunidade, avalia os processos de trabalho da equipe técnica, oportunizando as intervenções humanizadas aos usuários da saúde mental, reconhecendo as diversas complexidades. É possível deste modo, perceber a aproximação do conceito em ambos os setores, na saúde e na assistência social.

Os equipamentos do SUAS, CRAS e CREAS funcionam de forma conjunta, pois se constituem como parte de uma Rede Socioassistencial que oferece serviços visando o atendimento integral às famílias, que se propõe a articular os serviços como saúde, educação, previdência entre outros e indicam a conexão necessária entre eles e destes com programas, projetos governamentais e não governamentais para a integralidade do atendimento e a conseqüente garantia de seus direitos (BRASIL, 2012a).

A operacionalização da política de assistência social em rede acontece com base no território. De acordo com BRASIL

(2005b), constitui um dos caminhos para superar a fragmentação da prática dessa política. Exige uma análise apurada dos condicionantes do contexto sociopolítico que estão na base das vulnerabilidades sociais e, conseqüentemente, do sofrimento humano, assim como, a construção de posturas e práticas que reconheçam o tensionamento existente nas diversas realidades sociais apresentadas.

Este olhar possibilita promover também o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, permitindo o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2004a). Sendo assim, torna-se fundamental o olhar dos técnicos da rede de proteção social básica para as vulnerabilidades advindas de situações de sofrimento psíquico, abuso de drogas e enlouquecimento.

Deste modo, a rede socioassistencial de proteção social básica se diferencia das demais, pois além da oferta de serviços e ações, possui as funções exclusivas de oferta pública do trabalho social com famílias do PAIF e de gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica. Esta última função demanda do CRAS um adequado conhecimento do território, a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial a ele referenciadas e o gerenciamento do acolhimento, inserção, do encaminhamento e acompanhamento dos usuários no SUAS (BRASIL, 2009a).

Salienta a publicação acima, que articulada com a função de gestão territorial e a promoção da articulação intersetorial encontra-se a busca ativa, que é realizada no território de abrangência do CRAS. Estas funções viabilizam o CRAS como unidade efetivadora da referência e contrarreferência do usuário na rede socioassistencial do SUAS. Viabilizam-no também como porta de entrada para os usuários e como unidade de referência para os serviços das demais políticas públicas no seu território de abrangência.

Deste modo, ainda destacado nas Orientações Técnicas do CRAS, a busca ativa refere-se à procura intencional, realizada pela equipe de referência do CRAS, das ocorrências que influenciam o modo de vida da população em determinado

território. Tem como objetivo identificar as situações de vulnerabilidade e risco social, ampliar o conhecimento e a compreensão da realidade social, para além dos estudos e estatísticas. Contribui para o conhecimento da dinâmica do cotidiano das populações (a realidade vivida pela família, sua cultura e valores, as relações que estabelece no território e fora dele); os apoios e recursos existentes e, seus vínculos sociais (BRASIL, 2009a).

E é neste sentido que as famílias devem ser vistas enquanto sujeitos de direitos e protagonistas, sendo acolhidas, esclarecidas e apoiadas em suas demandas. De acordo com as Orientações Técnicas do PAIF (2012a) os profissionais deverão ser facilitadores do trabalho, assumindo uma postura responsável, comprometida com os direitos da população e com o desenvolvimento do território. É preciso compreender que a demanda trazida pelas famílias é resultante de uma multiplicidade de variáveis – contextos de desigualdade, violência, preconceito, desproteção social. Entre estas destacam-se o sofrimento psíquico e os problemas relacionados ao abuso de drogas. Essa compreensão é fundamental para negar a postura que individualiza os problemas vivenciados pelas famílias, estigmatizando-as e negando seu status de “sujeito de direitos”. Assim, o grande objetivo da articulação intersetorial é proporcionar a melhoria das condições de vida das famílias, possibilitando o acesso a serviços, especialmente para os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social. Deve favorecer a troca de experiências e a busca de apoio e de soluções para problemas comuns, de maneira a constituir uma rede de proteção social, englobando também as situações relacionadas à saúde mental, sujeitos que passaram a ser portadores de “direitos”.

3.2 O CAMPO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 garante em seus artigos 203 e 204 (título VIII, da ordem social, capítulo II), a consolidação da assistência social, juntamente com a saúde e a previdência social, na base da seguridade social brasileira (BRASIL, 2004b). Anterior a isso, o domínio da assistência social se encontrava sob a égide da filantropia, que regulava as práticas assistencialistas das igrejas. Tendo a função social de

filantropia caritativa aos excluídos, enquanto o Estado passou a realizar suas primeiras intervenções sociais pautado em uma perspectiva de ‘higienismo’ social e de controle da pobreza, excluindo, ainda mais, os que já se encontravam às margens da sociedade (FRARE, 2013).

Desta forma, conforme acima mencionado, a Assistência Social está inscrita na CF/88, nos artigos 203 e 204:

Art. 203 - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II- o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204 - As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no Art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I- descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II- participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das

ações em todos os níveis
(CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL, 2004. p.
130).

Segundo Guareschi (2009), a Constituição Federal de 1988 é um marco histórico que institui o início da transformação da caridade e ajuda para a noção de direito e cidadania da assistência social, apontando para seu caráter de política pública de proteção social articulada a outras políticas voltadas à garantia de direitos e condições dignas de vida.

De acordo com os autores acima, em 1993, é aprovada a Lei 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). A LOAS delimita a especificidade da assistência social no campo das políticas sociais, exigindo que as provisões assistenciais sejam prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado, cabendo a este a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade.

Em seu artigo 1º, a LOAS descreve que: A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” e reafirma seus objetivos no artigo 2º - “A assistência social tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2005c).

Após a promulgação da LOAS, em 1993, são colocada as bases para a Política Nacional de Assistência Social e sua Norma Operacional Básica. Porém em 2004, por meio de deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social é aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e, em 2005, o Sistema

Único de Assistência Social, como estratégias de consolidação da assistência social como política pública de garantia de direito e de dever do Estado, salienta Frare (2013). A Política Nacional de Assistência Social indica os eixos estruturantes para a sua operacionalização: concepção, territorialidade, financiamento, controle social e participação popular, monitoramento e avaliação, e recursos humanos, enquanto o Sistema Único de Assistência Social estabelece em suas diretrizes a descentralização político-administrativa desta política pública, o atendimento a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e a participação na e da comunidade (BRASIL, 2004a).

Os princípios organizativos do SUAS, de acordo com a NOB/SUAS são: universalidade para quem necessitar, gratuidade, integralidade da proteção social, intersetorialidade e equidade, respeitando as diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais com prioridade aos que estiverem em vulnerabilidade e risco pessoal e social. (BRASIL, 2005a).

De acordo com a PNAS, a proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar. Tem como diretrizes norteadoras a descentralização político-administrativa (federal, estadual e municipal), a territorialização no planejamento e implantação da política, a participação popular na formulação e controle das ações, a primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social e a centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais (BRASIL, 2005d).

A PNAS/2004 organiza as ações da assistência social em dois níveis de proteção: – a proteção social básica e a proteção social especial (de média e alta complexidade). A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por

deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2005d). Ela oferece três serviços: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF; 2) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e 3) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas, os quais são referenciados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social que atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário, além de organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social (BRASIL, 2009b). Convém destacar que é ela o lócus do presente estudo.

O CRAS é responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica e de Assistência Social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Nessa unidade básica da Assistência Social são realizados os seguintes serviços, benefícios, programas e projetos (BRASIL, 2009a):

1. Serviços: socioeducativo-geracionais, intergeracionais e com famílias; sócio-comunitário; reabilitação na comunidade; outros;

2. Benefícios: transferência de renda (bolsa-família e outra); Benefícios de Prestação Continuada - BPC; benefícios eventuais - assistência em espécie ou material; outros;

3. Programas e Projetos: capacitação e promoção da inserção produtiva; promoção da inclusão produtiva para beneficiários do programa Bolsa Família - PBF e do Benefício de Prestação Continuada; projetos e programas de enfrentamento à pobreza; projetos e programas de enfrentamento à fome; grupos de produção e economia solidária; geração de trabalho e renda.

Já a proteção social especial organiza os serviços e programas destinados a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, violência física, psicológica e/ou sexual, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

A proteção social de média complexidade oferece atendimento às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas, cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Oferece os seguintes serviços: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos -

PAEFI; 2) Serviço Especializado em Abordagem Social; 3) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC; 4) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias e 5) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Esses serviços são organizados e coordenados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO-POP) (BRASIL, 2005a).

A assistência social, a partir de sua materialização com a PNAS e o SUAS, passa, portanto, a se constituir como uma política pública de proteção social às pessoas, famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, objetivando garantir a autonomia, a emancipação e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além de prover os mínimos sociais e atender às necessidades básicas dos cidadãos (BRASIL, 2005d).

O principal programa da Proteção Social Básica no SUAS para o atendimento das famílias referenciadas é o Programa de Atenção Integral à Família, desenvolvido nos CRAS, que tem como prerrogativa fortalecer os vínculos familiares e comunitários e prevenir situações de riscos pessoal e social (BRASIL, 2009a).

São competências de atribuições do CRAS, de acordo com o documento “Orientação Técnica para o Centro de Referência de Assistência” (Brasil, 2009a):

Executar serviços de proteção social básica; organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da Política de Assistência Social; atuar com famílias em seu contexto comunitário; ser responsável pelo Programa de Atenção Integral às Famílias – PAIF; prestar informações e orientações para a população de sua área de abrangência; articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania, mantém ativo um serviço de vigilância social; sistematizar e divulgar os

indicadores sociais de sua área de abrangência, em conexão com os outros territórios; mapear e organizar a rede socioassistencial de proteção social básica e promover a inserção das famílias nos serviços de assistência social local; promover o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade de forma a romper com o círculo de reprodução intergeracional de exclusão social e evitar que essas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidade e risco (Brasil, 2009a, p. 25).

As atividades desenvolvidas nos CRAS devem ser principalmente (BRASIL, 2009a):

- Vigilância socioassistencial, que visa à produção e sistematização de informações que possibilitem a construção de indicadores e de índices territorializados das situações de vulnerabilidades e riscos que incidem sobre famílias/pessoas;
- Mapeamento do território, por meio do levantamento das instituições e/ou serviços que existem na localidade;
- Busca ativa ou procura intencional de usuários que necessitam dos serviços do CRAS;
- Acolhida, ação que busca uma escuta empática – no lugar de uma atenção “burocrática” – e a expressão da subjetividade, entendendo essa família a partir da vivência singular e particular de seus membros;
- Encaminhamento para outros espaços e serviços, no sentido de facilitar o acesso das famílias aos benefícios, programas e projetos da política social;
- Visita domiciliar para compreender a realidade do grupo familiar, suas necessidades e potencialidades, fortalecer os vínculos familiares e comunitários;
- Acompanhamento familiar, atividade principal e base de todas as ações do CRAS, que deve acontecer desde a entrada, ou seja, da acolhida do usuário, passando por procedimentos como encaminhamento e inserção em grupos de convivência e serviço socioeducativo;

- Articulação da rede de serviços socioassistenciais, que viabiliza o acesso aos serviços socioassistenciais (por exemplo, Centro de Referência Especializado da Assistência Social), assim como, o acompanhamento e o monitoramento desses serviços;
- Articulação da rede de serviços intersetoriais, que viabiliza o acesso aos serviços setoriais (Saúde, Educação, Saneamento Básico, Habitação);
- Grupos com atividades socioeducativas, que englobam grupos de convivência e fortalecimento de vínculos.

De acordo com a PNAS (BRASIL, 2004a), menciona-se a classificação dos municípios, segundo o porte habitacional, para dimensionar o trabalho a ser realizado, bem como a quantidade de famílias a ser referenciada de acordo com o porte do município, conforme segue abaixo:

Pequeno Porte I (município de até 20.000 hab./5.000 famílias): mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas. Cada CRAS deverá atender até 500 famílias/ano;

Pequeno Porte II (município de 20.001 a 50.000 hab./5.000 a 10.000 famílias): mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas. Cada CRAS deverá atender até 750 famílias/ano;

Médio Porte (município de 50.001 a 100.000 hab./10.000 a 25.000 famílias): mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas. Cada CRAS deverá atender até 1.000 famílias/ano;

Grande Porte (município de 100.001 a 900.000 hab./25.000 a 250.000 famílias): mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas. Cada CRAS deverá atender até 1.000 famílias/ano;

Metrópole (município de mais de 900.000 hab./mais de 250.000 famílias): mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas. Cada CRAS deverá atender até 1.000 famílias/ano.

A Assistência Social passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, política não contratual, que deve prover os mínimos sociais por meio de um conjunto articulado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas. Os objetivos da LOAS estão ligados à proteção da família, da infância, da adolescência, da velhice, da habilitação e reabilitação profissional e a garantia de um salário mínimo mensal a idosos e pessoas portadoras de deficiência, que

comprovem não possuir meios de prover a própria subsistência ou tê-la provida por sua família. No enfrentamento da pobreza, na garantia dos mínimos sociais, no provimento de condições para atender a contingência e a universalização dos direitos sociais pressupõe como fundamental a integração das políticas setoriais (LAJÚS, 2009).

3.3 A SAÚDE MENTAL *versus* VULNERABILIDADE SOCIAL

Ao nos reportar a possíveis situações de Saúde Mental, álcool e outras drogas no cotidiano dos serviços socioassistenciais, precisamos compreender e olhar para questões que abarcam a família de outra maneira. A proteção social básica tem como prerrogativa promover e proteger as famílias em situação de vulnerabilidade social tais como a pobreza e a fragilização dos vínculos, visando o empoderamento e o fortalecimento dos vínculos familiares. Analisar e perceber esse contexto interligado à promoção da saúde mental é importante, na premissa de condições básicas de vida.

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada (BRASIL, 2004a).

Cabe aqui definir o que se compreende por vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social é, muitas vezes, associada diretamente a condições de pobreza e miserabilidade, demonstrada por meio de índices socioeconômicos. Em outra perspectiva, a vulnerabilidade também pode ser olhada a partir da análise do acesso da população a serviços e políticas públicas e à cidadania, olhando não somente para a escassez de recursos, mas,

principalmente, para a potencialidade da população em lidar com os recursos existentes (TOROSSIAN; RIVERO, 2009).

Monteiro (2011) destaca que o conceito de vulnerabilidade social apresenta-se e pode ser entendido por meio de múltiplos condicionantes relacionados a determinadas condições e circunstâncias do cotidiano da vida em sociedade, pois perpassam também as organizações simbólicas relacionadas à raça, orientação sexual, gênero, etnia e que podem ser minimizadas ou revertidas, colocando diversos desafios para o seu enfrentamento.

Deste modo a forma como se compreende a vulnerabilidade social influencia na maneira como olhamos para o movimento da vida e para as relações entre os sujeitos. O olhar sobre a vulnerabilidade pode tanto enfatizar as carências desses sujeitos, contribuindo para uma homogeneização e manutenção deste sujeito em uma posição de risco, como pode construir estratégias de empoderamento dos sujeitos. Ao pensar deste modo, e atuar desta maneira no âmbito social, reflexos significativos são direcionados aos sujeitos vulneráveis, que podem envolver situações relacionadas a saúde mental, de modo a promovê-la, ou não, de acordo com o direcionamento dado ao sujeito em seu contexto social e familiar.

Para Rosa e Melo (2009) a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social. A exclusão social a qual tem sido submetida, historicamente, a pessoa com transtorno mental se traduz no imaginário social na expressão comum de que “lugar de louco é no hospício” e no estigma e preconceito que passou a rondar esse segmento social e seus familiares. Da mesma forma, a questão dos problemas relacionados à dependência de drogas também produz exclusão social e vulnerabiliza os usuários e suas famílias.

Na Proteção Social Básica se encontra o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), cujo espaço físico público atende as famílias para a garantia de atenção integral as mesmas, cumprindo a proteção social básica, que garante o Programa de Atenção Integral à Família - PAIF (BRASIL, 2009a).

No âmbito do PAIF, acompanhar uma família tem o significado de possibilitar a superação das vulnerabilidades, o acesso aos direitos e as seguranças afiançadas pela Política Nacional da Assistência Social e requer a operacionalização de ações de cunho organizativo gerencial, [...] compreendida como atividades contínuas de direção, planejamento, organização, monitoramento e avaliação de todas as atividades previstas para a execução do PAIF, de modo a gerar informações sobre a execução e qualidade dos serviços, possibilitando as [...] readequações necessárias (BRASIL, 2012b, p. 83).

Visando promover o acompanhamento socioassistencial as famílias, fortalecer vínculos e contribuir para o processo de autonomia e emancipação social das famílias, com o intuito de promover o protagonismo, de modo a prevenir e evitar a violação de direitos das famílias, o CRAS fica localizado em áreas de pobreza e vulnerabilidade social.

Tendo aqui um trabalho que se potencializa na família, é importante o que destaca Gueiros (2002 apud GOULART, 2014): diante desta transferência de responsabilidades da esfera pública, depara-se no cotidiano profissional, com a pressão para que sejam encontradas junto à família respostas para as situações vividas. É, portanto, evidente a necessidade de sua inclusão em programas sociais que disponibilizem condições básicas de cidadania para que ela possa começar a cumprir o papel que lhe é social e legalmente atribuído. Assim, convém analisar a história, a linguagem e os valores da família, sendo necessário compreender suas particularidades e avaliar as suas possibilidades de assumir as responsabilidades que lhe são atribuídas.

E ao relacionar a família com a saúde mental, destaca-se a necessidade de compreender a família como um todo, e levar em consideração a condição atual da família. Neste sentido o autor acima destaca que a família retoma um lugar de destaque na política social. Ela é ao mesmo tempo beneficiária, parceira e pode-se dizer uma ‘miniprestadora’ de serviços de proteção e inclusão social.

De acordo com Rosa (2003, apud GOULART, 2014), a família deve ser vista como ator social que constrói, configura e integra a realidade social por meio de sua expressividade em relação à saúde mental e à dependência ao álcool e outras drogas. Assim, ela estabelece diferentes ligações com o meio social, aqui pensadas enquanto contexto social, econômico e político,

recebendo suas repercussões, que contribuíram para a construção da sua visão de homem e de mundo, para as relações sociais a serem estabelecidas e para seu posicionamento perante as diferentes expressões da questão social.

É importante destacar que a política de assistência social pode, neste contexto, viabilizar espaços de expressão, autonomia e protagonismo na busca de enfrentamento e superação de situações de violação de direitos, identificando o campo de trabalho como lugar de expressão da realidade social e não culpabilizando indivíduos, promove-se cidadania e direito (CFP, 2011).

Neste sentido, Frare (2013) destaca que o CRAS, enquanto equipamento da proteção social básica que tem como um de seus principais focos de atuação o fortalecimento do protagonismo e da autonomia dos usuários, bem como da organização e mobilização comunitária, tem a participação popular como um dos principais eixos estruturantes dos serviços nele desenvolvidos.

Nessa direção, é importante combater a concepção de que as famílias em situação de vulnerabilidade, especialmente em decorrência da pobreza, possuem características “psicossociais negativas” que dificultam o enfrentamento e a superação da pobreza, tais como: “passividade, baixa autoestima, resignação e dependência”. Ao contrário, tais aspectos são adquiridos e não inerentes, ou seja, são as estruturas vigentes, dentre estas destacam-se as práticas assistencialistas e clientelistas, que reforçam estigmas e moldam posturas, de modo a culpabilizar as famílias por sua situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2012b).

É preciso, portanto, olhar o sujeito no contexto social e político no qual está inserido e humanizar as políticas públicas. Os cidadãos devem ser pensados como sujeitos que têm sentimentos, ideologias, valores e modos próprios de interagir com o mundo, constituindo uma subjetividade que se constrói na interação contínua dos indivíduos com os aspectos histórico-culturais e afetivo-relacionais que os cercam. Essa dimensão subjetiva deve ser levada em consideração quando se organizam e executam as políticas públicas. Compreender o papel ativo do indivíduo e a influência das relações sociais, valores e conhecimentos culturais sobre o desenvolvimento humano pode favorecer a construção de uma atuação profissional que seja

transformadora das desigualdades sociais. Ao levar em consideração essa dimensão do desenvolvimento dos sujeitos, contribui-se para a promoção de novos significados ao lugar do sujeito cidadão, autônomo e que deve ter vez e voz no processo de tomada de decisão e de resolução das dificuldades e problemas vivenciados (CREPOP, 2007).

No que diz respeito às diretrizes metodológicas das ações de Proteção Social Básica, seus profissionais são orientados a construir, em conjunto com as famílias, planos de ação que concretizam projetos de vida, a partir de necessidades sociais existentes e expectativas e desejos para o futuro (Brasil, 2005b). Isso implica a necessidade de articular o conhecimento da realidade das famílias com o planejamento do trabalho. É comum a contribuição por meio do trabalho socioeducativo, promovendo a troca de informações e vivências. É bom lembrar que intervir em situações de vulnerabilidades, dentro da Assistência Social, implica diretamente em promover e favorecer o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, oportunizando o empoderamento da pessoa, dos grupos e das comunidades.

Assim, o CREPOP (2007) salienta que a capacidade de enfrentamento das situações da vida é afetada pelas experiências, condições de vida e significados construídos ao longo do processo de desenvolvimento. Alterar o lugar do sujeito nas políticas de Assistência Social, potencializando a sua capacidade de transformação, envolve a construção de novos significados. Para romper com os processos de exclusão, é importante que o sujeito se veja num lugar de poder, de construtor do seu próprio direito e da satisfação de suas necessidades. No entanto, essa mudança de significados envolve também o contexto social que deve ressignificar a compreensão sobre como a vulnerabilidade social é produzida.

Sawaia (2010 apud PEREIRA, 2013) aponta que embora exista uma dimensão objetiva material e social da desigualdade, o sofrimento compõe uma dimensão subjetiva e singular. Por isso, conforme o autor, viver situações de subalternidade e inferiorização implicam em um sofrimento ético político, o que mostra também que deve haver certo cuidado com a ideia de sofrimento enquanto aspecto psicológico originado em uma fragilidade unicamente do indivíduo. O lugar social desvalorizado acaba implicando em sofrimento psíquico na esfera da subjetividade, porém esse sofrimento social só adquire relevância

se desliza para a esfera individual, isto é, através da doença, que abafa o aspecto social e põe em evidência somente o indivíduo doente. A dialética desse processo se revela quando a doença acaba sendo também um meio de afiliação social, já que é através dela que se dá a inclusão em muitos serviços públicos. O que pode se concluir é que, embora o sofrimento seja algo singular e experimentado individualmente, é a permanente articulação com suas origens sociais que permite sua compreensão integral.

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional da Assistencial Social (BRASIL, 2004a), nos coloca a Assistência Social, assim como a saúde, é direito do cidadão, independe de sua contribuição prévia e deve ser provida pela contribuição de toda a sociedade. Ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade. Assim, tem-se como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam também a saúde mental e a família, nas diversas formas de violação de direitos.

3.4 SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Falar de saúde mental, álcool e outras drogas na assistência social, remete a compreender como a mesma é contemplada na Política de Assistência Social. Na Política Nacional de Assistência Social de 2004 (BRASIL, 2004a), o tema drogas e saúde mental está direcionado para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidades sociais. Neste sentido, inicia-se desenhando quem são os usuários da política de assistência social, ou seja, sujeitos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com

perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; *desvantagem pessoal resultante de deficiências*; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; *uso de substâncias psicoativas*; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

Na Lei Orgânica da Assistência Social descreve que a assistência social é um direito do cidadão que provê os mínimos sociais e garante o atendimento das necessidades básicas. A fim de cumprir com esta garantia, entende-se que pensar na saúde mental e nos problemas relacionados à dependência de drogas é entender que são estas situações que produzem exclusão e interferem nos mínimos sociais. Assim, a assistência social cita em seus objetivos a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Becker (2006) destaca que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) prevê a concessão de benefício pecuniário no valor de um salário mínimo mensal às pessoas com deficiência em qualquer idade e aos idosos acima de sessenta e cinco anos que não tem condições de prover-se ou ser mantidas pela família. No caso das pessoas com deficiência, ela deve ter uma deficiência (hereditária, congênita ou adquirida) que a impeça de trabalhar e ter uma vida independente. Este benefício é revogável quando cessar a condição de dependência financeira ou de incapacitação da pessoa, portanto os beneficiários têm que se submeter à revisão a cada dois anos. Este benefício, previsto na Constituição de 1988, foi regulamentado pelo Decreto nº 1 744, de 05/12/1995.

Este benefício tem por objetivo proporcionar condições dignas de vida a idosos e pessoas com deficiências. O BPC, por estar incluso na LOAS, insere-se dentro da política de Seguridade Social não contributiva, sendo o principal - e até mesmo o único - benefício destinado ao doente mental. Para ter direito a este benefício é necessário que o doente mental comprove a incapacidade de trabalhar e, além disso, tenha uma renda familiar inferior a 1/4 do salário mínimo (ROCHA, 2012).

Em meio ao novo contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o SUS assim como o SUAS, criaram dispositivos de cuidado e atenção integral para os usuários de álcool e outras drogas nos quais se trabalha tendo como princípio básico a defesa dos direitos humanos e como diretriz a ampliação da autonomia e da participação social dos usuários (CFP, 2013).

Nesse sentido, Desgasperi (2013) nos coloca que os serviços ofertados podem ser caracterizados como aqueles voltados a ações de caráter preventivo, protetivo e proativo, a serem desenvolvidos nos três níveis de complexidade das demandas: básico, médio e de alta complexidade. Tais serviços são direcionados para o atendimento de situações que indicam risco potencial ou para as situações que já apresentam algum tipo de vulnerabilidade social, em que há o uso e abuso de substâncias psicoativas. Além disso, esses serviços são, também, direcionados a contextos sociais nos quais as drogas estejam presentes na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades, constituindo uma situação de risco.

Entendendo o PAIF como o trabalho social de caráter preventivo, protetivo e proativo com famílias, visando fortalecer sua função protetiva, prevenir a ruptura de vínculos, promover o acesso e usufruto de direitos, e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2012b), é importante compreender que ele se volta as vulnerabilidades que a família está ou poderá estar exposta. Assim, o programa aqui mencionado, se articula também com questões relacionadas ao uso e abuso de substâncias psicoativas, bem como situações de convívio com a doença mental. Assim, vale ressaltar a importância do protagonismo e da autonomia do usuário para o resgate de sua condição de sujeito, conceitos estes presentes na política de assistência social.

Entende-se que a nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário (SCHEFFER; SILVA, 2014). Nesse sentido cabe lembrar que o processo de trabalho da assistência social focaliza também em desvendar a constituição da rede, que é composta pelas relações sociais estabelecidas pelos

sujeitos, torna-se um objetivo essencial, pois através do mapeamento da rede é possível constatar as fragilizações dos vínculos estabelecidos pelos sujeitos e as expressões da questão social que estes vivenciam (MARTINS, 2007 apud DEGASPERI, 2013).

Essa realidade vivenciada pelo sujeito não é somente preconizada na assistência social, de acordo com Scheffer e Silva (2014), os princípios da reforma psiquiátrica remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimentos psíquico, pois as condições de vida de muitos desses sujeitos evidenciam todas as contradições que o modelo de reforma introduz, considerando a realidade sócio-histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros e das grades dos manicômios, encontram-se amarrados às estruturas sociais difíceis de serem quebradas. Estruturas estas decorrentes da realidade histórico-social das famílias, da comunidade, dos serviços públicos, da sociedade estabelecido e regente de todas as relações que se estabelecessem entre as pessoas.

Sobre este último, vale destacar que a Política de Assistência Social tem sido uma das mais requisitadas pela política de saúde na composição de arranjos intersetoriais, tendo em vista sua atuação na perspectiva de clínica ampliada sob a ótica de cuidado ao portador de sofrimento e ao seio coletivo e familiar do qual ele faz parte, a partir das ações realizadas pelos CRAS por meio de intervenções na comunidade. Assegurados ainda, a partir dos desfechos de cunho político e social, o direito ao trabalho, o direito de ir e vir, além de uma capacidade emancipatória que segue o caminho contrário ao modelo manicomial/asilar. Entende-se, portanto, o CRAS como uma estrutura de referência, que atua junto a indivíduos e famílias de modo descentralizado e territorializado, incluído na política de assistência social, baseado nos preceitos éticos do SUS, organizado de forma a dispor de estratégias que envolvam ações socioeducativas e de inclusão produtiva. É neste caso, a partir de ações de inclusão produtiva, que o CRAS contribui junto aos serviços de saúde mental para inclusão social de portadores de sofrimento psíquico (AZEVEDO et al., 2014).

Portanto, de acordo com os autores acima, os CRAS têm objetivo principal de amparar pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ao passo que contribui para formação de vínculos e redes de apoio. Neste sentido, trabalhando de forma

intersetorial as ações do CRAS buscam a possibilidade de emancipação e instituição de portadores de sofrimento psíquico como sujeito de direitos a partir do protagonismo social.

Neste contexto, o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários passam a ser, cada vez mais, os principais provedores de cuidados em saúde mental. Exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (MACEDO, et al, 2011). Assim, a família é forte aliada no suporte ao sujeito em sofrimento psíquico, e mesmo ao usuário de álcool ou outras drogas. Sendo a família designada de tamanha responsabilidade, cabe destacar que a principal articulação de atuação do CRAS, é a família.

Continuando, os autores citados anteriormente, colocam que foi para dar algumas respostas à realidade acima descrita que foram implantados o SUS e o SUAS, os quais, articulados com outras políticas públicas, devem responsabilizar-se pela organização das ações de saúde, pelo acesso a essas ações e pela proteção social em todo o país. Deste modo, a Saúde e a Assistência Social, em conjunto com a Previdência, formam o tripé da seguridade social no Brasil.

Na busca pela garantia e acesso aos direitos fundamentais, conforme elencados na CF de 1988, no Título II, Capítulo I, dispostos no artigo 5º, “[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade [...]” (BRASIL, 2004b).

Neste sentido, pensar em redes intersetoriais é, também, resgatar os princípios de integralidade materializados na Seguridade Social brasileira. Rocha (2012) destaca que é fundamental que o assistente social inserido na política de saúde mental atue na perspectiva de assegurar a Seguridade Social ao doente mental e as redes são formas de assegurar a integralidade desta política para além do BPC. Pensar em Seguridade é pensar num conjunto articulado de direitos e políticas de proteção social que forneçam uma condição mínima de reprodução do sujeito. Parece-nos que é de fundamental importância que ao atuarmos na saúde mental exerçamos o protagonismo na articulação da Seguridade Social como forma de responder de forma integrada às múltiplas expressões da questão social que perpassam o cotidiano do doente mental, e, desta forma, ampliar as possibilidades de uma reabilitação psicossocial.

A política de assistência social é criada justamente para ***romper com concepções estigmatizantes***, incorporando o princípio da diversidade como fator para proteção e autonomia. Seus princípios estão pautados em uma visão emancipatória, a partir do reconhecimento dos direitos de cidadania, fortalecendo capacidades e potencialidades. Essas dimensões ampliam seu escopo de atuação para além dos benefícios financeiros, oferecendo toda uma rede de serviços (PNAS, 2004), sendo também um lugar de travessia para os demais direitos, em estreita articulação com outras políticas públicas (PEREIRA, 2013).

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para investigar como os profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS, foi realizada uma pesquisa de ordem qualitativa, que conforme Minayo (2008) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

A abordagem qualitativa é entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão das concepções e definições de uma determinada situação, tal como as pessoas nos apresentam, e possibilita uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes e crenças. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos em que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, et al. 1994).

Ainda para a autora acima, o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementariedade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ ou “objetivos sociais” apresentam.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, bem como das relações, das representações, crenças, opiniões, e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de sua maneira de viver, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Mesmo já tendo sido utilizadas para estudos de grandes proporções, se adapta melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais a partir da visão de seus autores, de relações e para análise de discursos e também de documentos (MINAYO, 2008).

O presente estudo também irá caracterizar-se como exploratório descritivo. Conforme Gil (1991), este tipo de pesquisa é escolhido quando o tema pesquisado é pouco explorado, envolvendo as experiências das pessoas relacionadas ao problema pesquisado possibilitando o levantamento de hipóteses. Tendo como objetivo principal descrever características de uma população, fenômeno, ou até mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis. As pesquisas descritivas assim como as exploratórias, são os tipos de pesquisas normalmente adotadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com psicólogos e assistentes sociais que atuam nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de alguns municípios vinculados à Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS).

A escolha por essa região se deu em virtude da proximidade da pesquisadora com essa região, e por trabalhar em um dos municípios filiados a presente Associação, facilitando, assim, o acesso aos participantes da pesquisa.

Com o objetivo de criar uma microrregião independente, os Prefeitos de alguns Municípios entre o Rio das Antas e Rio Chapecó, reuniram-se no dia 21 de novembro de 1995 para o estudo do projeto de viabilidade de criação da Microrregião do Entre Rios. Uma vez que a Associação dos Municípios do Oeste - AMOSC, Associação a qual os mesmos pertenciam até então estava com um número expressivo de associados, sendo que a partir de 1997 a Microrregião teria mais sete distritos que se emancipariam, e, ressaltando também a questão geográfica, aproximando-os mais da Associação. Foi a partir dali que decidiram criar a Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS). A Associação foi fundada em dezembro de 1995 e inaugurada no dia doze de janeiro de 1996 (AMERIOS, 2015).

A Associação dos Municípios do Entre Rios - AMERIOS, possui atualmente dezessete municípios filiados: Bom Jesus do Oeste, Caibi, Campo Erê, Cunha Porã, Cunhataí, Flor do Sertão, Iraceminha, Maravilha, Modelo, Palmitos, Riqueza, Romelândia, Saltinho, Santa Terezinha do Progresso, São Miguel da Boa Vista, Saudades e Tigrinhos. Todos de

pequeno porte, sendo Maravilha o município referência, devido a sua localização geográfica e infraestrutura, com população de 22.101 habitantes. Devido ao número considerável de municípios vinculados optou-se por delimitar o universo da pesquisa, e a amostra foi constituída por seis municípios, sendo utilizado como critério de inclusão, aqueles que são limítrofes ao município de atuação da pesquisadora, incluindo a esse universo o presente município. Cabe salientar que cada um destes municípios possui um CRAS em funcionamento.

Somente a proteção social básica foi objeto da pesquisa, que se materializa pelos CRAS, conforme diretrizes da Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social. Os quais são unidades públicas estatais e de base territorial, localizados geralmente nas áreas de maior pobreza e vulnerabilidade social, próximo dessas populações. Assim, o CRAS funciona como porta de entrada para o SUAS, sendo, portanto, a instituição responsável pela viabilização da PSB (BRASIL, 2004a). Essa escolha deu-se pelo fato de que nos serviços, programas e projetos desenvolvidos na proteção social básica, ocorre a necessidade da construção de práticas profissionais a partir de uma perspectiva sociocomunitária, com intervenções com a comunidade referenciada na garantia de direitos coletivos e em uma perspectiva de fortalecimento do protagonismo e participação social.

4.3 PARTICIPANTES

Conforme descrito anteriormente, os participantes desta pesquisa foram psicólogos e assistentes sociais que atuam nos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) de seis municípios vinculados à Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS), totalizando uma amostra de 10 profissionais, 5 psicólogos e 5 assistentes sociais. Cabe destacar que todos os municípios participantes possuem um CRAS, e este é de porte I, o que significa que sua equipe técnica mínima é composta por no mínimo um Assistente Social e preferencialmente um outro profissional de nível superior com formação em Psicologia. Salienta-se que em um município encontrou-se profissional no período de férias e em outro sem essa equipe mínima composta.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para investigar a respeito da atenção, percepção e estratégias frente às situações de Saúde Mental, álcool e outras drogas no cotidiano dos serviços socioassistenciais, foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada, aplicada e áudio-gravada pela pesquisadora.

Conforme Minayo (2008), a entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

A entrevista foi dividida em duas etapas: inicialmente foram apresentados os dados contendo as características do profissional: com relação ao sexo, idade, profissão, ano e formação acadêmica, pós-graduação, tempo de trabalho no serviço, carga horária semanal e vínculo (APÊNDICE A, e posteriormente pela entrevista semiestruturada, norteadas pelas questões que guiaram a busca pela compreensão dos objetivos pretendidos (APÊNDICE B).

As perguntas das entrevistas foram feitas de modo aberto ou em profundidade que, conforme descreve Minayo (2007), o informante é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do investigador buscam dar mais profundidade às reflexões, ou seja, de modo não-diretivo, para possível estudo e análise do conteúdo.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a realização do presente estudo, foi primeiramente entrado em contato com a AMERIOS, e apresentada a proposta de estudo a ser realizada, solicitando autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE C), e posteriormente foi solicitada a colaboração para obter o contato dos gestores e trabalhadores da proteção social básica dos municípios vinculados a presente Associação. Após, foi realizado contato com os CRAS de cada município para explicar o estudo e encaminhar via endereço

eletrônico uma carta da pesquisadora (APÊNDICE D), explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a liberação e espaço para participação da pesquisa. Deste modo, em conversa via telefone, foi agendado encontro, conforme disponibilidade dos participantes, para a realização da entrevista.

As entrevistas foram iniciadas com esclarecimentos da pesquisadora referentes aos objetivos da pesquisa. Seguiu-se com a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com Autorização para Gravação da entrevista (APÊNDICE E) que foi assinado pela pesquisadora e pelos participantes em duas cópias iguais, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora. Após a permissão dos sujeitos da pesquisa para gravação de voz, foram realizadas as entrevistas e questionário de caracterização pessoal.

As entrevistas, posteriormente, foram transcritas e analisadas. Foram asseguradas as condições de sigilo preconizadas pelo Comitê de Ética para pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, os pesquisados foram nomeados e identificados ao longo da pesquisa como AS1, AS2, AS3, AS4 e AS5 e P1, P2, P3, P4 e P5.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo, seguindo os critérios descritos por Ruiz-Olabuénaga (2009), nos quais o texto está sempre implicado a um contexto, ou seja, em um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes ao discurso do sujeito entrevistado e que tem seus desdobramentos na avaliação dos serviços de saúde.

Segundo Ruiz-Olabuénaga (2009), a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar qualquer tipo de documento (gravado, filmado, e/ou observado) em que a redação de um texto é, ao mesmo tempo, uma construção social e política. Em análise de conteúdo em sua vertente qualitativa parte-se de uma série de pressupostos, que tem sentidos simbólicos e que nem sempre está expresso ou pode haver muitos significados.

O trabalho da interpretação do conteúdo é mais importante do que o de associação estatística dos elementos da linguagem, para Ruiz-Olabuénaga (2009) a leitura analítica busca os significados, inferências a partir da perspectiva do autor da cultura em que se insere.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido previamente para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC após a qualificação do mesmo, sobre o número 78418017.8.0000.0121, conforme a resolução 466/2012. Os profissionais que participaram livremente desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com Autorização para Gravação da entrevista (APÊNDICE E).

5 RESULTADOS

Para melhor explanação, a apresentação e discussão dos resultados será em duas partes. A primeira concerne a caracterização da amostra, a segunda às categorias, subcategorias que se construíram a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas e, subseqüentemente, a análise dos elementos e discussão dos resultados propriamente ditos.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para chegar à caracterização da amostra, ou seja, o perfil dos participantes da pesquisa foram solicitados alguns dados no início da entrevista semiestruturadas, através de um questionário denominado de Questionário de Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa (ANEXO A). Nele as seguintes informações estavam presentes: idade, sexo, escolaridade, ano de formação, ocupação, tempo de atuação no CRAS, vínculo funcional, carga horária e experiências profissionais. Além destes dados, que estão sistematizados no quadro a seguir, também se buscou informações a respeito da equipe técnica constituinte de cada CRAS pesquisado.

5.1.1. Dados sociodemográficos dos participantes

Cabe destacar que dos seis municípios que compuseram esta pesquisa, dez (10) profissionais de seis CRAS diferentes formaram a amostra, metade foram psicólogos e a outra metade assistentes sociais; os participantes tinham idade média de 33 anos, variando de 23 a 48 anos, sendo todas do sexo feminino (n=10), o que não causa espanto, já que existe predominância do sexo feminino nas profissões de Psicologia e Serviço Social. Em relação ao vínculo funcional, a grande maioria é concurso público (n=7), ou seja, efetivo na função que desempenha; a carga horária predominante são 40 horas semanais (n=7), com uma média de tempo de trabalho no CRAS de 2,6 anos, com variação de menos de um ano a 6 anos. Em relação às experiências de trabalho anteriores, é notável uma reduzida ocorrência destas na área da assistência social, como é possível se ver no quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa

Profissional	P1	P2	P3	P4	P5	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5
Idade	23	33	25	25	48	40	40	31	33	30
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Formação	Psicologia	Psicologia	Psicologia	Psicologia	Psicologia	Serviço Social	Serviço Social	Serviço Social	Serviço Social	Serviço Social
Ano de Formação	2016	2007	2014	2016	2007	2012	2013	2007	2008	2010
Escolaridade	Ensino Superior	Especialização	Especialização	Ensino Superior	Especialização	Especialização	Especialização	Especialização	Especialização	Especialização
Tempo no CRAS	Até um ano	6 anos	1 ano	1 ano	6 anos	1 ano	1 ano	2 anos	5 anos	3 anos
Vínculo Funcional	P. Seletivo	C. Público	C. Público	P. Seletivo	C. Público	C. Público	Contrato	C. Público	C. Público	C. Público
Carga Horária	20 horas	40 horas	30 horas	20 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas
Experiências Anteriores	Estágio Clínico	Educação	CRAS e Nasf	Psicologia Organizacional	Saúde		Acolhimento Institucional	CREAS APAE	Gestão de Pessoas	Saúde APAE

Em relação à escolaridade, 8 profissionais tem Especialização, porém surge um dado importante, destas apenas 2 são na área da Assistência Social, assim, embora prevista na NOB/SUAS, a capacitação dos quadros profissionais continua sendo um desafio a ser enfrentado, sendo fundamental uma “equipe multidisciplinar básica para serviços e programas, natureza e número de profissionais adequados, plano de carreira, cargos e salários, condições de trabalho necessário a uma atuação qualificada e um sistema de capacitação e educação permanente” (BRASIL, 2008b, p. 32).

Quando nos referimos ao vínculo funcional, em sua trajetória, a assistência social foi acompanhada por uma tradição de frágil institucionalidade e frequente ausência de um corpo técnico concursado, o que dificulta a sedimentação de uma memória técnica setorial, além dos riscos relativos à interveniência do clientelismo político na área (TEIXEIRA, 2010). Porém é notável que existe, na região abrangida no estudo, uma mudança, em que 7 dos profissionais são concursados, cabe observar que o tempo de serviço destes varia de menos de um ano à 6 anos, o que permite uma reflexão acerca desse fato, ou seja, pode fazer parte de uma mudança em que o concurso público se torna uma realidade recente.

O CRAS, enquanto unidade socioassistencial, possui uma equipe de trabalhadores da política de assistência social responsáveis pela implementação do PAIF, de serviços e projetos de proteção social básica. Esse conjunto de trabalhadores é denominado “equipe de referência do CRAS” e sua composição é regulada pela NOB-RH/SUAS. A composição da equipe de referência do CRAS para a prestação de serviços e execução das ações, no âmbito da proteção social básica nos municípios, depende do porte do município e do número de famílias referenciadas do CRAS, assim definida. Em relação à realidade da presente pesquisa, os CRAS foram de Pequeno Porte I, que de acordo com as determinações legais, referenciam até 2500 famílias, e devem ter um quadro de profissionais composto por: 2 técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo e 2 técnicos de nível médio. Apenas 3 CRAS participantes da pesquisa, possuem este quadro de profissionais, conforme as determinações da NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2005a), os outros desempenham suas atividades, sem ter equipe mínima.

5.2. APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE

A partir das informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e de uma análise criteriosa do texto, foi possível a construção de quatro categorias e suas respectivas subcategorias e elementos de análise. A discussão de cada categoria será antecedida por um quadro apresentando a referente categoria, suas subcategorias e seus elementos de análise com a sinalização dos participantes que abordaram tal elemento.

Os dados aqui apresentados e discutidos surgiram da coleta realizada com os dez participantes da pesquisa, através das entrevistas.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CATEGORIA 1: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOB A SAÚDE MENTAL NA SUA ATUAÇÃO

Quadro 2: Apresentação da Categoria 1: Percepção dos profissionais sob a saúde mental na sua atuação

Categoria	Elementos de análise
<p>1. Percepção dos profissionais sob a saúde mental na sua atuação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vivência afirmativa sobre saúde mental no dia-a-dia (P1, P2, P3, P4, P5, AS1, AS3, AS4, AS5) - Chegada dessa demanda trazida pelas próprias famílias ou identificado nas famílias já em acompanhamento (P2, AS3, P3, P5, AS2, P4) - CRAS como Porta de Entrada (AS5, P2, P4) - Demanda de orientação/auxílio (P2, P3, P1) - Encaminhamentos/solicitação de acompanhamento (P2, AS3, AS5, P5, AS4, P3). - Demanda identificada como transtornos mentais/doença (P3, AS3, P5, AS1, P4, P1) - Demanda identificada como álcool e outras drogas (P2, P3, AS3, AS5, P5, AS1, AS2, P4, P1) - Dificuldade de compreensão em relação ao assunto (AS3, AS5, AS4)

Esta categoria, denominada **Percepção dos profissionais sob a saúde mental na sua atuação**, trata de alguns aspectos acerca da percepção que os profissionais da Proteção Social Básica (PSB) têm sobre as questões relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas, do usuário dos CRAS, que de uma forma ou de outra são trazidas no seu cotidiano, considerando, a maneira que eles identificam essa demanda, qual é, e como ela chega, sempre levando em conta a própria percepção, não seguindo nenhuma linha específica para tal definição.

Ao indagar a respeito da existência dessa demanda, possibilita-se a incitação de questionamentos acerca do trabalho social desenvolvido junto ao público da política de assistência social: de que modo os profissionais têm olhado para o sujeito que requisita os serviços e benefícios? Qual é a leitura que os profissionais realizam sobre as demandas trazidas? Como é a percepção acerca das necessidades e implicações de cada sujeito ou família? A partir desses questionamentos, quando abordado a vivência ou não de situações que se relacionam a Saúde Mental (SM), Álcool e outras Drogas (AD) no seu cotidiano, percebe-se uma unanimidade nas respostas, praticamente toda amostra da pesquisa coloca de forma afirmativa o surgimento dessas situações em sua vivência profissional (P1, P2, P3, P4, P5, AS1, AS3, AS4, AS5), conforme é evidente em recortes de algumas falas:

Sim, na verdade bastante, muito do que chega pra nós tem relação com saúde mental (...) P3

Sim, com frequência a gente recebe (...) AS1

Sim, sim vivenciamos. AS2

Sim a gente atende bastante. P4

Sim, vivencio constantemente, por que, infelizmente eu acho que colocaria, porque é uma dificuldade de quase todas as famílias(...) P1

Ao pensar no público da Assistência Social, se questiona também, de quem falamos? Desse modo, cabe destacar que existe a concepção de usuário como cidadão de direitos. A PSB

apresenta como objetivos prevenir situações de risco por meio de potencialidades e aquisições e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Destina-se a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, da privação ou da fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (SILVA, 2014).

Se esta demanda existe e é evidenciada na prática, foi realizada uma reflexão de como é trazida até o dia-a-dia dos CRAS. Peres (2014) coloca que o ser humano é complexo e possui dimensões que se organizam e se desorganizam. As pessoas chegam a cada serviço com toda sua complexidade, no entanto, os serviços possuem certas especialidades e especificidades.

O SUAS apresenta um modelo de gestão descentralizado e participativo no qual as ações desenvolvidas focalizam as famílias tendo no território sua base da organização. Segundo a NOB/SUAS (BRASIL, 2005a) os princípios que regem o SUAS são a matricialidade familiar, a territorialização, a proteção proativa e a integração a Seguridade Social e as políticas sociais e econômicas. Não tem como negar, a centralidade do trabalho da Assistência Social na família. A família, portanto, constitui a instância mais básica em que o sentimento de pertencimento identidade social é desenvolvido e mantido, e são transmitidos os valores e as práticas culturais (CRUZ; GUARESCHI, 2012). Tendo em vista essas informações, percebe-se nas falas que a demanda é trazida em grande parte através das famílias:

(...) vem pais com essa demanda, pedindo apoio, pedindo orientação, pedindo ajuda, o que que eles podem fazer, aonde que eles erraram, então sempre, essa demanda tem. P2

(...) algumas famílias vêm por conta própria, por que sabe que tem psicólogo, ou vem conversar (...) P3

(...) principalmente é trazida pelas famílias assim, além de ser trazida por outros órgãos, a família também aborda isso, essas dificuldades familiares. P4

Chegam, aham chegam, através dos familiares. P5

(...) famílias pedindo ajuda para familiares. ASI

(...) são famílias, a maioria familiares que buscam um suporte através do CRAS como ajuda, então. AS2

É nesse sentido, que a família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social. A Assistência Social a entende como núcleo afetivo vinculado por laços consanguíneos de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero, a família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel nos cuidados, no sustento, na guarda e educação de suas crianças e adolescentes bem como na proteção de seus idosos e pessoas com deficiência. O fortalecimento de possibilidade de convívio educação e proteção social da própria família não restringe as responsabilidades públicas de proteção social para com os indivíduos e a sociedade (Brasil 2005a, p. 17).

Além das questões trazidas pelas próprias famílias, foi identificado através das falas dos profissionais, a necessidade de identificar essas situações, ou seja, por meio dos atendimentos, seja por visita, por livre demanda ou acompanhamentos, traduzir através das conversas o que a família necessita, e quais as necessidades e vulnerabilidades presentes. É nesse sentido que Janczura (2012) define vulnerabilidade como exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam. Portanto, os riscos estão associados, por um lado, com situações próprias do ciclo de vida das pessoas e, por outro, com condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas se desenvolvem. Diante do exposto, os profissionais desenvolvem a habilidade de realizar uma leitura das evidências trazidas no dia-a-dia de trabalho:

(...) muitas vezes vem pessoas aqui que tem em casa alguém que tem algum transtorno que já vai no CAPS (...) P2

(...) a saúde mental eu acho na verdade ela engloba bastante coisas (...) seguidamente tu tá atendendo alguém, quando se trata com psiquiatra, se trata com psiquiatra é por que tem algum transtorno ou tem alguma coisa, então assim, essas situações a gente tem bastante, as vezes é numa busca ativa que

tu identifica, alguém traz situações pra nós, olha fulano não tá bem, tá depressivo, tal e tal. AS5

(...) a gente faz esse acolhimento das famílias, ouve e se preciso a gente encaminha... P4

Muitas vezes, a gente detecta, uma pergunta que a gente pede (...) e a gente vai questionando, e muitas vezes a família traz, (...) é bem dividido, as vezes a pessoa traz e as vezes a gente identifica. Daí a gente tenta dar os encaminhamentos quando as pessoas aceitam ou esclarecer um pouco sobre isso.

PI

São famílias que normalmente elas já passam por acompanhamento com nós aqui no CRAS, por alguma outra vulnerabilidade e durante os atendimentos a gente acaba percebendo que ali existe algo a mais. AS3

Em ambas as situações, trazidas acima pelos profissionais entrevistados, relaciona-se à outro dado também apresentado na pesquisa, em que se refere ao CRAS como porta de entrada, o que significa dizer isso? Está descrito nas diretrizes da Assistência Social, que em seu repertório, adota os CRAS como a “principal porta de entrada para o atendimento social nos diversos territórios” (BRASIL, 2008a, p. 112). Dada sua dinâmica territorial, torna-se uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social. Isso está ligado à gestão territorial da Proteção Social Básica (PSB) que responde ao princípio de descentralização do SUAS e tem como objetivos promover a atuação preventiva, disponibilizar serviços próximos do local de moradia das famílias, racionalizar as ofertas e traduzir o referenciamento dos serviços do CRAS em ação concreta, tornando a principal unidade pública de proteção básica uma referência para a população local e para os serviços setoriais (BRASIL, 2010, p. 59). Complementando, Borysow e Furtado (2013) coloca que a Assistência Social frequentemente é porta de entrada para os serviços públicos e para a rede de saúde mental em particular, quando se trata dessa população.

Pelo fato do CRAS ser a porta de entrada das famílias, isso faz com que elas procurem o CRAS. P2

(...) às vezes as pessoas procuram nós, por que como elas nos conhecem, sabem do nosso trabalho, confiam em nós, elas acabam vindo aqui procurando ajuda por que não sabem pra onde ir. AS3

Aah, por ser um município pequeno tudo se volta pro CRAS, então assim o ponto de referência das famílias é o CRAS. AS5

Na verdade a gente é a porta de entrada, né? (...) Mas, elas trazem de uma forma bem aberta assim, das dificuldades que estão enfrentando, buscam atendimento, a gente faz então esse trabalho, essa primeira abordagem, essa acolhida depois faz o acompanhamento tanto de atendimentos quanto de visitas. P4

Ainda em relação ao CRAS como ‘porta de entrada’, cabe compreender que é significativo que nas Orientações Técnicas Centro de Referência Assistência Social (BRASIL, 2009a) seja enfatizada a questão do território, sendo a territorialização considerada como a concepção de que a centralidade no território é um fator determinante para a compressão das situações de vulnerabilidade e risco social, bem como para seu enfrentamento. Além disso, é destacado que o conceito de território ultrapassa limites espaciais, mas se constitui como espaço humano habitado abrangendo relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade. O CRAS é compreendido, portanto, como a materialização da presença do Estado no território, visto que ao reconhecimento que a mobilização das forças no território e a integração de políticas públicas podem potencializar iniciativas e induzir processos de Desenvolvimento Social (CRUZ; GUARESCHI, 2012).

Alguns profissionais, fizeram referência à uma demanda trazida na intensão e necessidade de orientação e auxílio por parte das famílias ou usuários em si. É nesse sentido que Battistelli e Cruz (2016), nos fala que pensar saúde mental, independente do campo de atuação (saúde, escola, assistência social), é pensar o sujeito integralmente, considerando sua subjetividade,

singularidade e visão de mundo. Assim, compreender que o trabalho social com famílias requer uma escuta qualificada e cuidadosa, buscando entender as reais demandas dos usuários, a fim de identificar os pontos de vulnerabilidade, mas também a existência de recursos disponíveis. A família constrói sua própria história, na qual expressa a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetivos e subjetivos da cultura em que vive.

(...) pra ter orientações aonde seguir (...) e aí as vezes eles vem mesmo pra desabafar por que eles precisam conversar.
P2

Normalmente a gente tenta explicar pro usuário do que se trata, se é uma coisa muito específica de saúde mesmo aí a gente faz um encaminhamento pra saúde, pra psicóloga da saúde.
P3

Considerando o respeito à subjetividade de cada família, Bussula, Oliveira e Volpato (2009) colocam que não se nega a importância que esta tem perante seus membros e, também, à sociedade como um todo, seja qual for a maneira que ela estiver constituída; por isso, é chamada a participar efetivamente do cotidiano de seus membros, participação esta que é um processo constante, pois está relacionada à todos os momentos da vida do indivíduo e também às fragilidades que traz consigo. A perspectiva da desinstitucionalização em Saúde Mental implica incentivar a recuperação da complexidade e o desenvolvimento das diversas dimensões e aptidões da vida humana na sua clientela (VASCONCELOS et al., 2010). Essa realidade, em que a assistência social tende a auxiliar em um suporte domiciliar se mostra presente em algumas falas, em que encaminhamentos são recebidos:

(...) alas psiquiátricas, a gente sempre recebe, é difícil um paciente sair da ala que não tem o acompanhamento... indicação de tratamento a psicoterapia, o acompanhamento social familiar, é bem difícil, é um que outro que não vem, mas a gente vê que a família também precisa ser assistida.
P2

(...) muitos usuários chegam e a gente recebe também muito encaminhamento da própria saúde relacionado a saúde mental.
P3

(...) tem muitos que vem aqui pra nós atender aqui também, encaminhamentos que vem de pessoas que tá saindo de interação. AS4

Nessa pesquisa, observamos uma resposta relevante de forma afirmativa em relação à ocorrência de situações relacionadas à saúde mental e outras drogas no cotidiano dos serviços socioassistenciais, mas de que demanda estamos falando? O esclarecimento ou não dessa questão também surgiu na fala dos profissionais. Durante todo o trabalho não se definiu o que é Saúde Mental e o que ela abrange, e nem é a intenção do estudo.

Com a intenção de fazer uma breve contextualização, utilizamos a definição de saúde proposta pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (OMS, 2001). Caponi (2003), reflete sobre essa definição e afirma que além deste caráter utópico e subjetivo, a definição da OMS permite a utilização do conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso. O conceito de saúde tende a se confundir com o conceito de frequência. Há uma aproximação entre saúde e normalidade e a construção de instrumentos de medição que atribuem parâmetros “científicos” que vão definir este intervalo.

Contribuindo, Bussula, Oliveira e Volpato (2009) destacam que a doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, no entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral, são apresentados pelos indivíduos que adoececem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos. Sendo assim, temos estabelecidos socialmente condutas entendidas como normais e anormais, o que nos permite diferenciar a pessoa com transtorno mental, o que dependerá também da doença e do seu grau de desenvolvimento em que ela se encontra, o que se aplica também ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, e não tendo como finalidade definir saúde mental, fica claro que essa discussão acerca do que é saúde e doença é complexa, e deve ser analisada de forma cautelosa.

Existem diversos estudos sobre o assunto nos dias atuais. Alguns preservam a concepção de que saúde se resume na ausência de doença, como o próprio conceito utilizado anteriormente (BRASIL, 1990). Entretanto, alguns teóricos (NUNES, 1998; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007 apud BREDOW; DRAVANZ, 2010) apontam que o processo de adoecimento envolve outros determinantes além dos biológicos, como fatores sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos.

O que se evidenciou nas respostas dos entrevistados foi uma divisão clara entre saúde mental e alcoolismo e problemas relacionados a outras drogas. Não convém aqui uma discussão mais profunda, mas evidenciou-se uma dificuldade em caracterizar o que é uma demanda em saúde mental, e descrevê-la:

(...) questão de alcoolismo, drogadição... eu não sei como fala exatamente, mas a questão de problemas mentais mesmo, depressão, isso é muito que vem pra cá. AS3

O quadro que nós temos de saúde mental, nós temos desde os que têm algum retardo, ou que tenham alguma deficiência que recebem algum BPC. AS5

(...) o que a gente mais vê é depressão, muitas pessoas depressivas, tomando medicação. P1

Muito relacionado a drogas também, principalmente o abuso de álcool. E o nosso município, uma característica dos jovens tá sendo o abuso de drogas num geral, começam com a maconha e acabam evoluindo, mas tem bastante associado. P3

(...) denúncias de pessoas principalmente com alcoolismo... tem as pessoas com depressão ou com algum outro tipo de transtorno. AS1

(...) normalmente dependentes de alcoolismo, dependente de outros tipos de drogas, também pessoas com depressão, muitos com intenção de suicídio. AS4

(...) situações de negligência e violência contra crianças ou idosos muitas vezes está relacionado ao álcool e outras drogas. AS2

É mais relacionado, assim, à depressão que a gente encontra, tem algumas situações de fobias e outros transtornos, mas é bem casos específicos, mais essa questão relacionada ao álcool mesmo que a gente tem aqui no CRAS. P4

Cabe destacar, que deste estudo participaram profissionais que compõem a equipe técnica do CRAS, Psicólogos e Assistentes Sociais, conforme foi exposto na descrição da amostra anteriormente, mas é importante fazer a ressalva de que em nenhum momento tem-se a intenção de separar os pontos de vistas de acordo com a área de formação, mas sim conforme o cotidiano de serviço, é claro que não há como deixar de perceber algumas questões pontuais, como foi o caso do surgimento de afirmação de dificuldade de compreensão acerca do assunto, por não fazer parte de sua formação:

(...) pra mim especificamente quanto assistente social é bem complicado por que como não é uma realidade minha de trabalho, eu me sinto muitas vezes... eu não me sinto confortável nesses atendimentos, por que eu tenho medo de como agir, como lidar, por que não é minha realidade. AS3

Muitas vezes eu sinto dificuldade porque não é uma área que nós temos a competência, por que eu atuo na política da assistência social e não atuo na saúde diretamente, só alguns casos específicos, então tem-se essa dificuldade, mas na conversa intersetorial que acontece é bem tranquilo. AS4

(...) eu não tenho muito entendimento na questão da doença, se é considerado ou se não é, o que que é, até que grau, até o que que é, mas seguidamente tu tá atendendo alguém. AS5

Essa questão se torna importante, para trazer à tona a intersetorialidade, que no entender de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 26), é uma “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao

desenvolvimento social”. Assim a intersetorialidade surge para desafiar a planejar e executar ações de uma maneira nova. Já levando em consideração a interdisciplinaridade, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mutuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados (VASCONCELOS et al., 2010).

Nesse contexto, estudos revelam uma cisão hegemônica na maneira como a própria comunidade, os profissionais de outras unidades e a própria equipe do CRAS distribuem as demandas entre *psicólogos* e *assistentes sociais*, conduzindo-os aos seus respectivos profissionais. Estabelece-se, de forma dominante, a concepção da psicologia caracterizada como saber da *psique*, ao serviço social ficam direcionadas questões da área *social*, associando-se saúde/doença mentais à psicologia e dificuldades socioeconômicas ao segundo (ANDRADE; ROMAGNOLI, 2010).

Assim, observamos que uma equipe multiprofissional, presente não só nos CRAS, deve se pautar na compreensão de que nenhuma especialidade sozinha será capaz de resolver todas as demandas de quem a procura, pois a realidade é multideterminada, processual e complexa. Para esse objetivo, percebemos a necessidade das práticas se conectarem e refazerem seus campos em um objetivo maior: o do envolvimento dos usuários e o da *devolução*, aos usuários, do saber que lhes foi destituído. As autoras acima colocam ainda, a necessidade de cada profissional reconhecer e expor as suas fragilidades, parcialidades e limites, mas não para impor-se limites, mas sim para trocar informações e aprender com a experiência do outro e refazer a sua identidade profissional e poder ir elaborando novas abordagens. Dessa maneira, muito embora o assistente social não tenha formação com ênfase na Saúde Mental, tem um olhar e uma contribuição singular para a área.

6.2 CATEGORIA 2: ESTRATÉGIAS E MODALIDADES DE ATENÇÃO DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS

Quadro 3: Apresentação Categoria 2: Estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais

Categoria	Subcategorias	Elementos de análise
2 Estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais	Ações e estratégias adotadas no cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> -Escuta/acolhimento (P2, AS5, P4) Encaminhamentos/triang em (o que é do CRAS e o que é da saúde). (P2, P5, AS1, AS4, P4, P1) -Porta de entrada (P2, AS3, P3, AS5, AS1, P4) - Acompanhamento (visita domiciliar, atendimentos, orientações, grupos PAIF, vínculo) (P2, AS3, P3, AS5, P5, AS4, AS2, P4, P1) - Criação ou ter grupos com esse foco (AS4, P4, P1)
	Intersetorialidade, relações estabelecidas com a rede para abordar questões de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho intersetorial e interdisciplinar (P2, AS3, P3, AS5, P5, AS1, AS4, AS2, P1) - Troca entre áreas (AS4, AS2) - Como acontece (P2, AS3, P3, P5, AS1, AS4, P4, P1) - Dificuldades na intersetorialidade (P2, P3, AS1, P4, P1)
	Dificuldades no cotidiano da equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de equipe/Assistencialismo (P1, P4, AS3, AS4, AS5)

A categoria **Estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais**, trata-se de um olhar direcionado a entender quais são as estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais para lidar com as questões relacionadas à saúde mental no âmbito do SUAS, abarcando também as relações intersetoriais. Para tanto, a presente categoria, foi dividida em três subcategorias (ver Quadro-3), a primeira direcionada às ações e estratégias relatadas pelos profissionais, a segunda dando uma maior ênfase e aprofundando a discussão sobre a intersetorialidade e as relações estabelecidas com a rede para abordar o assunto, e por fim um terceiro ícone, que surgiu em meio às conversas com relevante destaque, que aborda as dificuldades presentes no cotidiano das profissionais entrevistadas.

6.2.1 Ações e estratégias adotadas no cotidiano

Pensar sobre a saúde mental na Assistência Social, nos remete a questionar-se como isso acontece, assim volta-se para a compreensão da percepção dos profissionais acerca do seu cotidiano em relação às ações adotadas nesse sentido e como são percebidas. A Proteção Social Básica, ofertada no CRAS, apresenta-se como possibilidade de prevenir: [...] situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situações de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004a, p. 34).

Para sua execução, Gonçalves (2012) destaca que a mesma prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, de acordo com a situação de vulnerabilidade apresentada. Esses serviços e programas são articulados dentro do SUAS e executados pelas três instâncias de governo. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário, sendo responsável direto pela oferta do Programa de Atenção Integral a Família (PAIF), que visa o

acompanhamento das famílias que estão no cadastro social, as chamadas “famílias referenciadas”.

Sendo assim, os serviços socioassistenciais constituem a essência do CRAS, uma vez que materializa suas funções, quais sejam: gestão do território e oferta do PAIF, principal serviço de proteção social básica, que deve ser ofertado obrigatoriamente no CRAS (BRASIL, 2009a, p. 19). Para tanto, aponta-se como ações fundamentais: a realização da busca ativa; visita domiciliar; acompanhamento familiar; articulação da rede socioassistencial; promoção e articulação intersetorial; encaminhamentos; oficinas e grupos socioeducativos, entre outras ações complementares. Tendo em vista, toda a possibilidade de atenção às famílias, busca-se compreender a partir da visão dos profissionais, como acontece o atendimento às situações que se relacionam a saúde mental em seus cotidianos.

Segundo Silva e Oliveira (2015) o trabalho social com famílias requer uma escuta qualificada e cuidadosa, buscando entender as reais demandas dos usuários, a fim de identificar os pontos de vulnerabilidade, mas também a existência de recursos disponíveis. A família constrói sua própria história, na qual expressa a explicação da realidade vivida, com base nos elementos objetivos e subjetivos da cultura em que vive. De acordo com o Caderno de Orientações: Referências Técnicas para Construção do Plano de Acompanhamento Familiar, da Secretaria de Desenvolvimento Social de São Paulo (2013), a NOB-RH destaca que os técnicos que compõem a equipe multidisciplinar devem ter, além dos conhecimentos teóricos, aptidão para executar procedimentos profissionais para *escuta qualificada* individual ou em grupo, que permita a identificação das necessidades, ofertando orientações a indivíduos e famílias. O que vai ao encontro das falas dos profissionais:

(...) a gente acolhe a família, faz o acolhimento da família, faz a escuta, eu e a assistente social, a gente faz a escuta e vê o que a família deseja. P2

(...) aah determinada família tá acontecendo isso, a gente vai e averigua e certifica se é, e dependendo da queixa a gente traça a forma que nós vamos intervir ou vir a trabalhar com essa família ou com o usuário. P5

(...) então esse é basicamente o nosso papel de estar acolhendo essa família, tá trazendo pra cá, verificando o que ela precisa. P4

Eu vejo que pra nós enquanto CRAS, profissionais as técnicas do CRAS nós temos uma facilidade bem maior de trabalhar com as famílias, onde há uma vulnerabilidade é mais fácil, a gente consegue chegar mais fácil, a gente tem uma aceitação melhor pelas famílias e a gente consegue ter um dialogo melhor. AS5

Quando as profissionais falam da acolhida, o Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, Vol. 2 (BRASIL, 2012b) destaca que ela é, na maioria das vezes, o processo de contato inicial de um indivíduo ou família com o PAIF - não raras vezes é o primeiro contato “qualificado” da família com o SUAS. Consiste no processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço, da rede socioassistencial, em especial do CRAS e demais políticas setoriais. A acolhida constitui ação essencial do PAIF, pois é quando ocorre o início do vínculo entre o Serviço e a família. É o momento em que o profissional deve buscar compreender os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelas famílias, buscando também identificar seus recursos e potencialidades e como tais situações se relacionam e ganham significado no território.

Assim, esse primeiro contato, caracteriza-se como primordial, sendo um momento no qual gera o conhecimento das condições de vida, vulnerabilidades e potencialidades das famílias pelos profissionais e do estabelecimento de vínculos entre o Serviço e seus usuários. Percebe-se que a qualidade do vínculo estabelecido está diretamente relacionada com a potencialidade de gerar mudanças nos serviços, bem como com a possibilidade da participação dos usuários nos processos do CRAS. O acolhimento possibilita a equipe pensar e planejar ações atividades e metodologias para trabalhar com as situações e questões apresentadas pelos usuários. É nesse momento que o acolhimento encontra o acompanhamento, e o encaminhamento, pois influencia diretamente o plano de acompanhamento que será

elaborado com cada usuário e com cada família acolhida (CRUZ; GUARESCHI, 2012). O que fica evidenciado pelas falas abaixo:

(...) o nosso contato ele ficou mais próximo com nosso público, a gente percebe que eles não tem medo de vir conversar, eles encontram a gente na rua eles param, eles pedem, não importa se é sábado se é domingo, se eles encontram eles pedem, deu pra perceber que aproximou bastante. Depois que a gente começou os grupos, quando a gente vai fazer visita domiciliar, antes dos grupos eles recebiam nós com um pouco de... a vai saber o que querem aqui, hoje não, a gente chega lá eles já recebem super bem, então isso querendo ou não eles acabam se abrindo mais, eles acabam conversando mais. Às vezes eles não querem falar, mas aí tu vai falando, puxando, puxando, quando vê eles falam. AS3

(...) qualquer atividade que você for fazer com a família, se você não criar o vínculo antes ela não vai receber o atendimento, enfim as orientações, os encaminhamentos enfim, eles precisam ter essa confiança no técnico pra que elas aceitem os encaminhamentos. AS4

A partir desse olhar, ao buscar entender quais são as estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais para lidar com as questões relacionadas à saúde mental no âmbito do SUAS, surge o acompanhamento familiar, cujo, engloba outras questões que será exposto abaixo.

Portanto, percebe-se que no que concerne à assistência social, enquanto programa e política, no atendimento às pessoas com problemas relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas que estejam em situação de vulnerabilidade social é um atendimento que não deve ser de forma individualizada, mas sim realizando acolhimento, trabalhando com as questões sociais e culturais do território, garantindo a proteção dessas pessoas. Logo, a assistência social deve estar no território, conhecer e cadastrar as famílias, assim como os problemas sociais que ali ocorrem, afirma Peres (2014). Partindo do entendimento que é necessário conhecer esses sujeitos a partir de atendimentos.

Assim, atendimento é entendido como: uma **ação imediata** de prestação ou oferta de atenção, com vistas a uma resposta qualificada de uma demanda da família ou do território.

E acompanhamento: **um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada**, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, que pressupõem a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas, de acordo com o Caderno de Orientações Técnicas do PAIF Vol.2 (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento familiar exige, portanto, um olhar singular para as composições bastante heterogêneas de famílias, uma abordagem adequada e não preconceituosa, bem como reconhecer o papel do Estado no fortalecimento destas famílias e na oferta de serviços que ampliem sua capacidade protetiva.

A gente procura fazer ele mensal com as famílias, e também deixamos o espaço aberto pra quando a família precisa, então eu e a assistente social a gente faz o trabalho de orientação, fizemos visitas domiciliares, acompanhamos. P2

(...) além de trabalhar com eles no CRAS, a gente faz visitas domiciliares (...) Orientação, conscientização, mas no domicílio. P5

Então, normalmente é o atendimento social que nós realizamos, (...) mas se não, é o atendimento social, acompanhamento familiar, visita familiar de orientação, de acompanhamento mesmo. AS4

Considerando as falas acima, junto com o acompanhamento familiar mencionado, surge nas entrevistas a necessidade de estar próximo as famílias, orientar e realizar atividades educativas e esclarecedoras. Teixeira (2010) destaca o trabalho de fortalecer os vínculos familiares antes de sua dissolução, trabalhar de forma preventiva para evitar riscos e violação de direitos através dos benefícios, programas e trabalho socioeducativo, que visem à autonomia e ao protagonismo desses sujeitos, como constituintes dos objetivos do trabalho social com famílias e indivíduos e expressam o grau de adesão à política.

Segundo a PNAS (BRASIL, 2004a, p. 35), a intervenção no grupo familiar requer considerar sua “singularidade, sua

vulnerabilidade no contexto social, além de seus recursos simbólicos e afetivos, bem como sua disponibilidade para se transformar e dar conta de suas atribuições”. Nesse sentido quando se fala em orientar, é também olhar para essa orientação técnica.

Ainda considerando Teixeira (2010), o trabalho socioeducativo com grupos de famílias, ou grupos de segmentos atendidos, funciona como espaço de reflexão e troca de experiências, utilizado em muitas situações como recurso, cuja direção do que é discutido e refletido se encaminha, predominantemente, para questões internas às famílias, seus conflitos, como exercer seus papéis, ou utilizado para prestar informações. Portanto, é herdeiro das práticas educativas tradicionais, embora envoltas de discursos modernos dos direitos e cidadania. O que fica evidente nas falas abaixo:

Nós, eu não tenho dificuldade pra conversar, nem pra sentar com a família e fazer um trabalho de psicoeducação como a gente fala, de pegar o conteúdo do que o teu filho tem, do que o teu irmão tem, do que o teu marido tem, e a gente sentar junto e conversar sobre aquilo né, a gente busca fazer isso também quando necessário a equipe técnica, mas isso não acontece com tanta frequência, mas a procura deles é por nós, aqui no CRAS.

P2

(...) pra que possam receber bem, por exemplo, quando é uma situação de alcoolismo que a pessoa vai pra uma internação, pra que possa receber bem esse familiar na volta, pra saber como agir, como falar, o que fazer, então a gente acaba trabalhando mais com a família dele.

AS3

(...) aí a gente começou fazer como se fosse um PAIF individualizado nessas famílias que a gente sabe que é o público alvo do CRAS, aí a gente vai levando orientações (...) tá vendo conhecendo, divulgando, a gente acaba levando revistinha que a gente tem junto de alguma orientação, acaba conhecendo bastante famílias.

P3

É importante, e é importante que o familiar entenda o que é o alcoolismo o que é um problema de saúde mental, e que o familiar consiga ver o doente com doente de fato e não como um

viciado como alguém que não se ajuda, então de repente é aí que entraria o CRAS, com uma atuação de prevenção mesmo. AS1

Tem, tem aqueles que a gente precisa acompanhar a família toda, por que a partir da questão da saúde mental, de algumas situações, se geram alguns conflitos familiares principalmente, então nós acabamos intervindo sim. AS4

Ao pensar no escopo central da pesquisa, no que envolve situações que demandam a intervenção relacionada à saúde mental, álcool e outras drogas, entende-se que as famílias, sobretudo na fase inicial da eclosão do transtorno mental, têm um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para o seu ente enfermo. É importante destacar que nenhum grupo familiar está preparado para ter um membro com transtorno mental em seu meio. Enquanto não são informados para o conhecimento da enfermidade, passa por processos de confronto com a pessoa com transtorno mental. Por exemplo, lidam com o delírio como sendo “besteiras”, “bobagens”. Alguns chegam a querer corrigir a maneira da pessoa com o transtorno mental ver o mundo (via delírios), confrontando-se com o mesmo. No caso de uma depressão é comum os familiares afirmarem que ‘Sugeri pra ela procurar um curso, passear, mas ela não vai. Ela não se ajuda’ (ROSA; MELO, 2009). Sendo fundamental a estratégia aqui pensada pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido que se percebe através das falas, a família como foco das intervenções. Isso não nos surpreende, afinal, o SUAS está pautado pela centralidade na família. A matricialidade familiar desloca a abordagem do indivíduo isolado para o núcleo familiar, ou seja, o foco deixa de ser apenas o indivíduo para ser prioritariamente voltada à atenção a família em suas variadas composições, no sentido de fortalecer o enfrentamento das necessidades sociais, como confirma Gonçalves (2012).

Cabe aqui uma reflexão, de acordo com o que traz o Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, Vol. 1 (BRASIL, 2012a) existe a necessidade de atentar-se para não desencadear ou naturalizar um processo de culpabilização da família, pois a acentuada valorização da família e a idealização do núcleo familiar cooperaram para se pensar erroneamente que (...) se tudo se remete à família, tudo é culpa da família. O trabalho social com famílias deve garantir apoio e proteção às famílias,

promovendo maiores graus de autonomia e empoderamento, negando uma ação moralizadora ou modeladora dos modos de vida e das crenças dos grupos familiares. Nesse sentido quando acima, P2 em seu recorte da fala menciona *sentar com a família*, AS3 destaca que *acaba trabalhando mais com a família*, e ainda AS4 reforça a necessidade de trabalhar com a família dizendo: *a gente precisa acompanhar a família toda*, é possível perceber a ausência de conotação culpabilizante, e sim a percepção de visualizar o contexto em que a necessidade referente à saúde mental se apresenta.

De acordo com Santin e Klafke (2011) a nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial. O que demonstra a necessidade e importância do olhar direcionada a família.

Gomes e Pereira (2005) nos lembram de que não se pode falar de família, mas de famílias, para que se possa tentar contemplar a diversidade de relações que convivem na sociedade. No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa. Pode-se considerar a família um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções. A família é, portanto, uma construção social que varia segundo as épocas, permanecendo, no entanto, aquilo que se chama de “sentimento de família”, que se forma a partir de um emaranhado de emoções e ações pessoais, familiares e culturais, compondo o universo do mundo familiar. Esse universo do mundo familiar é único para cada família, mas circula na sociedade nas interações com o meio social em que vivem. Essa centralidade na família e no trabalho com as famílias fica evidente, e considera também os diferentes arranjos familiares:

(...) depois que a pessoa que procurou um acompanhamento e tá fazendo acompanhamento com a saúde a gente acaba dando um amparo pra família, por que nós temos hoje uma psicóloga só atuando no município na saúde, então ela também não consegue suprir toda a demanda, então o que ela faz, atende o usuário e a gente acaba que atende a família, pra fortalecer eles(...) AS3

A gente sempre busca primeiro sentar em família, com os responsáveis, nem todos tem família, as vezes é só o vô ou é um responsável, quem não tem a gente busca localizar a família de imediato e tanta faz a mediação. AS5

(...) por que daqui a pouco a família tá, não tá sabendo lidar com alguma situação com algum problema. (...) P4

Esse trabalho, até aqui demonstrado a partir das falas, com as famílias, leva em consideração uma leitura das necessidades de cada família e situação. Cabe destacar que a presença do familiar portador de transtorno mental em casa aumenta a responsabilidade dos familiares sobre seu tratamento e produz um forte impacto na família. “Estudos apontam para a importância de os profissionais levarem em consideração o grau de sobrecarga que a existência de um ente portador de transtorno mental, ou dependente químico, representa para a família (VASCONCELOS, 2010, p 253)”.

Salienta-se que esse trabalho com as famílias deve ser desenvolvido através de uma reflexão crítica e da compreensão do contexto sócio-histórico em que está inserido o usuário, visando ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e à democratização dos direitos sociais, por isso o olhar para as situações que envolvem a saúde mental são importantes. Nas palavras de Gramsci (2000 apud SILVA; OLIVEIRA, 2015), uma consciência crítica é a base de uma ação política que busca conquistar a hegemonia. “Fazer falarem” também as famílias, em lugar de estudar apenas os discursos que sobre elas são produzidos pelas diversas instâncias que nelas intervêm. Nisto consiste uma tentativa de agregar uma outra dimensão às análises já produzidas neste campo.

De acordo com o Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, Vol. 2 (BRASIL, 2012b), as famílias devem ser vistas

enquanto sujeitos de direitos e protagonistas, sendo acolhidas, esclarecidas e apoiadas em suas demandas. Os profissionais deverão ser facilitadores do trabalho, assumindo uma postura responsável, comprometida com os direitos da população e com o desenvolvimento do território. É preciso compreender que a demanda trazida pelas famílias é resultante de uma multiplicidade de variáveis – contextos de desigualdade, violência, preconceito, desproteção social. Essa compreensão é fundamental para negar a postura que individualiza os problemas vivenciados pelas famílias, estigmatizando-as e negando seu status de “sujeito de direitos”. É nesse sentido que a fala da profissional P5 se torna importante:

É muito mais difícil, exigem muito mais da gente, exige muito mais paciência, exige muito mais orientação por que o retorno é menor, e uma das coisas é que muitas vezes tá incutido na cultura deles, e isso é difícil de proporcionar uma mudança, tanto de cultura como de hábitos, de rotinas... então essa é uma das grandes dificuldades, e até a própria acomodação.. meu pai era assim, eu sou assim, por que tem que ser diferente com ele... e também a gente não pode, no ponto de vista nosso é errado, mas pra eles é certo... invadir uma privacidade que pra eles tá sendo muito mais gratificante e valioso do que pra nós, pro que nós achamos que tá errado, quem somos nós pra achar isso não é?! P5

As estratégias e intervenções mencionadas pelas entrevistadas, também oportunizaram uma reflexão acerca do PAIF. Na Assistência Social, o governo através da família é bastante evidente, principalmente quando se analisa a chamada matricialidade sociofamiliar, que se refere “à centralidade da família como núcleo fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da Política de Assistência Social” (BRASIL, 2009a, p. 12). Essa centralidade da família aparece como a principal vertente da Política Nacional da Assistência Social (PNAS), que traz como proposta a proteção integral dos indivíduos considerando seu espaço sociofamiliar.

O acompanhamento familiar do PAIF consiste, assim, em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, com a construção de um Plano de

Acompanhamento Familiar que estabelece objetivos a serem alcançados, realização de mediações periódicas, inserção em ações do PAIF, a fim de superar gradativamente as vulnerabilidades vivenciadas, alcançar aquisições e ter acesso a direitos. Objetiva-se, ainda, contribuir para ampliar espaços de participação e diálogo com instituições e para o alcance de maiores graus de autonomia, para a capacidade de vocalização das demandas e necessidades, para o desenho de projetos de vida (BRASIL, 2012b).

Destaca-se, de acordo com o Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, Vol. 1 (BRASIL, 2012a), que o PAIF tem por função “apoiar” as famílias no desempenho de sua função protetiva, num dado território, caso as famílias tenham o desejo de fortalecer sua capacidade protetiva. Logo, o trabalho social com famílias do PAIF não tem como objetivo “obrigá-las” a cumprir tal papel protetivo. Enfatiza-se também que o PAIF tem papel fundamental na compreensão das especificidades dos territórios – suas vulnerabilidades e potencialidades, a partir do diagnóstico territorial, da leitura crítica da situação vivenciada e escuta qualificada no atendimento às famílias e grupos sociais ali residentes, possibilitando, assim, a implementação de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Logo, é a partir do olhar técnico sobre o território que se dá o desenho do trabalho social a ser desenvolvido com famílias do PAIF. Assim, o caminho até aqui traçado pelos profissionais participantes da pesquisa, condizem com a execução do que preconiza o trabalho no CRAS, e é a partir disso que em suas falas ficou claro e evidenciado o PAIF. Interessante a avaliação realizada, em que o trabalho com grupos PAIF estão sendo realizados, sendo que essa organização não se focaliza especificamente sobre Saúde Mental, álcool e outras drogas, porém de certo modo, essa temática é percebida presente:

Nós temos grupos de PAIF, então depois que a gente começou a conversar com esses grupos, à dialogar (...) AS3

Relacionada a saúde mental específico não, mas a gente acaba trabalhando bastante nos grupos de PAIF (...) P3

O que a gente trabalha assim, a gente tem os grupos de idosos, que tem o Mexa-se, tem o Conviver, que são atividades

voltadas pro idoso, nós temos do Bolsa Família, que a gente trabalha as dificuldades, as vulnerabilidades que tem, que a gente percebe, a gente trabalha em forma de palestra educativas, orientações, e a grande parte nossa é visita mesmo. P5

Atendimento em grupo, oficinas, a gente também faz trabalhos de conscientização com os adolescentes, com os pais, então com as famílias num geral, então nosso trabalho CRAS é prevenção, então a gente busca de todas as formas. AS2

(...) faz um trabalho psicossocial relacionado à isso, principalmente nos grupos nos grupos que a gente atende; essas questões relacionadas a saúde mental, principalmente o papel da mulher, o empoderamento da figura feminina no SUAS e relacionado a álcool e drogas também a gente atende bastante.

P4

Então a gente tem, a gente tá fazendo um grupo que é chamado de Mais Mulher, ele tá sendo agora um encontro mensal (...) E nesses encontros a gente aborda muito essa questão do cuidado pessoal, como a gente faz pras mulheres tirarem um tempo pra elas, pra elas olharem pra elas (...) Pensar no sentimento, nas emoções como é que estão, se tem alguma coisa que não está bem digerido, eu sempre faço uma associação com alimentos pra elas entenderem, por que tem muitas pessoas com dificuldades de até mesmo de alfabetização, essas coisas assim, então eu tento trazer os exemplos mais simples, mas que as pessoas tomem o cuidado, por que no território delas mesmo tem esses equipamentos, muitas vezes no posto de saúde que essas pessoas possam participar de um grupo ou coisa assim, que existe talvez não no espaço delas mas que existe em outros locais da cidade que pode procurar, bem como a questão social, que é de vizinhos, que essa questão de saúde emocional também né, saúde mental está envolvida nas relações com um todo, então principalmente nesse grupo a gente tá tentando colocar pras essas mulheres, que a gente sabe que muitas delas dependem de um marido, então tem uma questão de submissão, que elas trazem como um sofrimento muito grande as vezes essa questão. Então a gente tenta ir trabalhando mesmo pra voltar o olhar pra elas. P1

Outra questão observada nos grupos é o benefício alcançado em termos de saúde mental, pois ao compartilharem suas dificuldades, atenuam-se os níveis de ansiedade e tensão. O exercício da escuta propicia o fortalecimento dessas famílias, especialmente das mulheres participantes, potencializando suas qualidades e recursos pessoais. Nesse sentido Vasconcelos et al. (2010, p. 257), coloca que:

“A troca de experiências é uma valiosa ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas visto que a identificação com outros que passam ou passaram por situações semelhantes diminui ou elimina a sensação de isolamento e abandono existente entre muitos familiares. Nesse sentido o respeito pela singularidade de cada um valorizando as particularidades de cada experiência foi um passo fundamental como também a ênfase nas relações interpessoais na família.”

Assim, o que fora exposto vai ao encontro da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que diz que o PAIF tem a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009b).

Cabe destacar que o trabalho com grupos implica várias modalidades de trabalho em grupos e de acompanhamentos, Teixeira (2010) coloca que estes vão desde os grupos socioeducativos para a família e seus representantes, até núcleos socioeducativos, com espaço de escuta, de acolhimento, da fala, de reflexão, discussões, aprendizagem; grupos lúdicos, de socialização, de convivência com crianças, adolescentes, jovens e idosos que demandam oficinas de reflexões, reuniões, palestras, campanhas socioeducativas, dentre outros. Apesar da padronização das ações, dos procedimentos e serviços para cada tipo de grupo, verifica-se a potencialidade do trabalho social nos CRAS, em especial com grupos, como antídoto a sua transformação em serviço cartorial, de cadastramento, recadastramento, acesso a benefícios, mas de oferta de serviços

de suporte à família, que envolva a família e seus representantes com serviços de orientação, informação, conscientização sobre direitos, modos de acessá-los e garanti-los, e reflexão sobre suas dificuldades cotidianas. Nesse sentido, cabe a colocação dos profissionais P5 e AS4, que se refere à grupos direcionados a saúde mental, um em execução e outro em construção, tudo isso construído a partir de uma demanda evidenciada:

O de saúde mental é uma vez por mês, a gente faz atividades recreativas, higiênicas, educativas, e trabalha com a família também, dependendo assim da situação, das queixas trazidas por eles ou da necessidade a gente faz grupos com a família, trabalhar também a família. P5

(...) agora nós estamos organizando um grupo, pra ter um grupo de apoio, principalmente pra essas pessoas que vem da internação em relação ao alcoolismo... Vai ser um grupo intersetorial. Então ele vai ser um grupo intersetorial, a principio ele vai ocorrer aqui no CRAS, mas vai ser acompanhado tanto pela psicóloga da saúde, quando pela assistente social da gestão que também atende média e alta complexidade e o suporte aqui do CRAS. AS4

Isso nos faz pensar no sujeito para além de alguém a ser normalizado e institucionalizado pela política de assistência social, “sujeitos apropriados ao Estado” e definidos somente pela vulnerabilidade e pobreza, mas vistos como sujeitos nos quais também existe vida, contradições, passividades e resistências. Ou seja, que diferentes olhares possam ser lançados, capazes de ir para além de condições de carência e impossibilidades ou de uma via única de mudança imposta pelos profissionais, mas que se interessem pelas formas de resistência e de produção de potência de vida, que, felizmente, também já se fazem presentes na assistência social como se observa nos sentidos aqui produzidos.

Portanto, pensar saúde mental, independente do campo de atuação (saúde, escola, assistência social), é pensar o sujeito integralmente, considerando sua subjetividade, singularidade e visão de mundo. Essa evidência nos remete ao fato de que constituir linhas de cuidado requer trabalho contínuo que atravessa os níveis de complexidade de atenção, seja na saúde, na assistência social e demais políticas públicas; sem esquecer os

demais sistemas de garantia de direitos (Ministério da Saúde, 2013).

A partir desse viés, nos faz pensar os encaminhamentos realizados e pensados, também como estratégias realizadas pelas profissionais, bem como o olhar minucioso, no sentido de direcionar cada sujeito em sua especificidade. Peres (2014) coloca que o ser humano é complexo e possui dimensões que se organizam e se desorganizam. As pessoas chegam a cada serviço com toda sua complexidade, no entanto, os serviços possuem certas especialidades e especificidades que não dão respaldo a algumas dimensões da pessoa, fragmentando-a. Quando dois serviços se conversam, amplia-se o olhar e percepção que se tem sobre a pessoa e o contexto, podendo a intervenção ser mais assertiva. E se cada serviço possuir seus próprios paradigmas para pensar, planejar e intervir, eles serão antagônicos e complementares, e não contraditórios. Esse olhar fica evidente nas colocações abaixo:

(...) quando a família coloca a situação, quando é de alguém que já faz uso de medicação, que já tem algum tipo de transtorno, às vezes a família vem aqui só pra desabafar, às vezes vem aqui pedir como é que poderia fazer o encaminhamento para uma nova internação, as vezes vem pedir auxílio pra pagar consulta, que não é aqui e a gente acaba encaminhando na saúde, mas a gente faz uma escuta qualificada, dá uma atenção especial pro usuário. P2

(...) os encaminhamentos assim, quando vem a queixa, nós fizemos a visita, ou nós prestamos o atendimento, depende da situação que vem, se nós percebermos que é caso de nós encaminharmos pro posto de saúde, que seja encaminhado pra uma avaliação médica ou psiquiátrica enfim, a gente faz esses encaminhamentos. P5

De repente a gente tenha mais facilidade de acesso às famílias, quando tu consegue estabelecer um vínculo mais próximo, nós enquanto CRAS temos essa facilidade e outra acho que a gente conhece mais o contexto familiar, então quando a gente faz os encaminhamentos lá pro SUS por exemplo a gente consegue dar mais informações do que o próprio paciente do que o próprio familiar consegue dar, por que a gente conhece a

estrutura toda familiar, muitas vezes né, não é em todas as situações... é mais nesse sentido. ASI

Dependendo, assim, se o verificado que existe a necessidade do acompanhamento psicológico daí nós encaminhamos, se não existe só o acompanhamento familiar e social mesmo. AS4

A gente também faz essa contra referência, com a saúde, então a gente sempre tem o pessoal da saúde, sempre faz os encaminhamentos quando necessário, quando não é cabível ao CRAS fazer esses trabalhos, principalmente na área da psicologia, que a gente faz esses encaminhamentos. P4

Teixeria (2010) coloca que a partir do olhar profissional, é possível definir as ações que serão desenvolvidas nos territórios; planejar o envolvimento da rede socioassistencial; reorganizar o trabalho; reconhecer as necessidades apresentadas pelas famílias que podem configurar-se como demandas de trabalho para as equipes de referência; identificar a complexidade das demandas que são apresentadas às equipes de referência e articular os atendimentos. Ou seja, conforme P2, os encaminhamentos também devem ser compreendidos e dados dentro da rede socioassistencial:

Eles saem da ala, saem da internação e eles vem aqui, daí a gente direciona, pra participar dos grupos de PAIF quando são beneficiários do BPC ou do BF, ou quando é acompanhamento familiar social, ou quando tem acompanhamento individual a gente encaminha pra unidade básica. P2

Além disso, faz-se necessário esclarecimento quanto aos procedimentos que serão realizados, perguntado se “concorda” com o planejamento e quanto aos encaminhamentos realizados. A noção de sujeito que implica também a de singularidade, impedindo que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada, não se tomando o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra (BATTISTELLI; CRUZ, 2016).

A família precisa ser atendida e acolhida, se necessário encaminhada para outras instâncias. Muitas vezes, esta já é

acompanhada por outro serviço (CRAS, UBS, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV -, escola), e para acolher a demanda da família é importante mapear aqueles que já acolheram “o caso”, para que o sujeito e sua família não precisem repetir incansavelmente sua história. Assim, é importante ficar claro na relação com a família os encaminhamentos que serão dados, e também aquilo que já foi realizado, conforme as profissionais AS3 e P1 é prática do cotidiano de trabalho:

(...) tenta conversar muito com o usuário, com a família, explicar muito o encaminhamento que a gente vai fazer e o quanto é importante que a família esteja junto nesse processo e a gente encaminha então, pra psicóloga da saúde. AS3

A gente tenta esclarecer, quando a gente percebe também, quando a gente percebe a questão de depressão, (...) a gente tenta mostrar os equipamentos que o município tem, pra que a pessoa as vezes também não fique fechada assim, vou usar a expressão entre aspas, no mundinho dela. P1

Essa questão vai ao encontro do que Gonçalves (2012) coloca, no sentido de que para cuidar é preciso estar disponível ao outro, e não só do sujeito objeto do cuidado. O outro trabalhador, serviço, a outra política pública. O quanto nos deixamos afetar por aquilo que atravessa o ato de cuidar, vai dizer da qualidade das relações que estabelecemos. Constituir linhas de cuidado requer um trabalho atento e intenso de composição: entre trabalhadores de um mesmo serviço, entre políticas públicas, entre diferentes serviços. Um trabalho que vai para além de um encaminhamento ou uma reunião de discussão de caso. Encaminhar é um exercício permanente de composição. Ficou claro o porquê do encaminhamento? A mãe sabe como funciona o outro serviço? Por que ela e seu filho foram parar em outro médico? Em outro atendimento? E o profissional que recebe o caso? Sabe do que se trata? Um encaminhamento implicado, calcado na responsabilidade de quem encaminha e de quem recebe o encaminhamento.

O autor acima, ainda destaca ser importante colocar, que essa lógica, nos remete a necessidade de ter claro que dado a complexidade dos problemas sociais e seu enfrentamento, faz-se

necessário que exista de fato uma aproximação entre as diversas políticas públicas, uma vez que, não cabe a assistência social isolada dar conta de questões de natureza multidimensionais, portanto, suas demandas acabam atravessando o escopo das demais políticas setoriais, por isso que se diz que a política de assistência social é transversal as outras políticas.

E não esquecer também, que apesar do encaminhamento ser considerado uma ação dos serviços do CRAS, a ação profissional não pode se reduzir a um encaminhamento, ou então, a ação não pode se encerrar num encaminhamento. Pelo contrário, os/as profissionais do SUAS muito bem sabem que um “simples” encaminhamento pode ser o desencadeante de um longo processo de acompanhamento familiar na perspectiva da garantia dos direitos; no caso, principalmente ao direito à saúde. O acompanhamento assim flui a partir do vínculo Inicial estabelecido e os encaminhamentos implicam uma continuidade, ou seja, usuário encaminhado seja para atendimento em outras políticas públicas outro nível da proteção social do SUAS, mas segue vinculado e referenciado ao CRAS (CRUZ; GUARESCHI, 2012).

6.2.2 Intersetorialidade, relações estabelecidas com a rede para abordar questões de saúde mental

Esta subcategoria vem em direção a um dos objetivos da pesquisa, que diz respeito a compreender como acontece a relação entre SUAS e SUS e demais rede de atenção psicossocial. Nesse sentido ela acaba sendo abordada dentro de uma perspectiva maior, que é a de como se construí a atenção a questões relacionadas a saúde mental, álcool e outras drogas.

Pensar na intersetorialidade, nos remete a perceber que a ação intersetorial é um dos objetivos e princípios básicos para a efetivação da PNAS e mais precisamente do SUAS, através das modalidades de proteção social afiançadas pelo sistema. Gonçalves (2012) atenta, que nelas está bem definida a perspectiva de integração tanto interna como externa entre setores. Todos os seus programas, projetos e serviços são pensados nessa perspectiva no sentido de garantir que o usuário seja visto em sua integralidade. A articulação intersetorial, deve ser concretizada dentro da própria política de Assistência Social, com a integração de programas, benefícios e serviços de

prestação continuada; e com a articulação com as políticas que compõe a Seguridade e as demais políticas setoriais.

Continuando, o autor acima, coloca que a intersetorialidade passa a ser destacada no âmbito da Política de Assistência Social, pois enquanto atravessa e integra saberes e conhecimentos de várias políticas setoriais, tem se constituído como elemento importante para o alcance de resultados efetivos no âmbito da gestão das políticas sociais. Sua prática inovadora de aglutinação de experiências constitui um fator inovador no campo da gestão social, que permite a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito social, em prol de um objetivo comum. Tendo em vista a importância da intersetorialidade, ao questionar os profissionais a respeito de sua presença em suas práticas, a grande maioria a trouxe de forma afirmativa:

Acontece, graças a Deus, acontece(...)com a unidade básica de saúde é tranquilo. P2

Então, além das reuniões que a gente faz, a gente vai conversa, liga, eles vêm aqui, é bem bacana. A gente tem assim, um diálogo bem tranquilo, bem aberto pra quando a gente precisa encaminhar ou tirar dúvidas. AS3

Sim, pra nós lá a gente tem uma facilidade de... entre as redes, tanto conselho como a saúde e a escola também, por que em algumas situações tu precisa, então escola saúde social a gente consegue ter um bom trabalho, quando necessário. AS5

Funciona, mas pode melhorar... P5

(...) acredito que a gente tem um bom diálogo, até essas reuniões de equipe que a gente tem, que começou esse ano, a gente consegue levar direto pros profissionais os problemas que a gente tem. AS1

Tranquila, bem tranquila. Com os técnicos que nós temos que atuam no município, tanto no CRAS como na gestão e na saúde, a conversa entre os técnicos é bem tranquila. AS4

Segundo Campos, a intersetorialidade nada mais é do que um processo de construção compartilhada, em que os diversos

setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (2004, p. 747).

Neste sentido, o conceito da intersetorialidade aqui é entendido como uma atitude técnica embasada por programas de ações das políticas públicas. Por isso, cabe ressaltar a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que envolvem a realidade. É como se o sujeito deixasse de ser um sujeito solitário, para ser um sujeito-social, com inserção cultural, participante de uma sociedade. Contudo o fortalecimento de uma rede intersetorial de serviços, programas e projetos que possa apoiá-lo é fundamental para o alcance na efetividade do atendimento a essa população (GONÇALVES, 2012).

Seguindo essa lógica, Junqueira; Injosa e Komatsu (2014, p.36) definem intersetorialidade como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social”. Para o autor a prática intersetorial constitui uma nova lógica para a gestão de políticas sociais, pois permite se bem aplicada, a superação da fragmentação entre as políticas e consequentemente uma melhor qualidade de vida para os sujeitos usuários.

Pinheiro (2007) relaciona o conceito de intersetorialidade, no campo das políticas públicas, à ideia de interdisciplinaridade das ciências humanas. Para esta autora a intersetorialidade representa o diálogo entre saberes, poderes, vontades e sujeitos de setores sociais diversos para enfrentar problemas complexos.

Inojosa (2001), afirma que intersetorialidade, é uma expressão, no campo das políticas públicas e das organizações, derivada da transdisciplinaridade, cujas raízes se encontram na teoria da complexidade. Essa teoria visa a compreensão da diversidade, visando superar a fragmentação do conhecimento e das clausuras setoriais que não dão conta de enxergar a diversidade.

Dentro da lógica intersetorial, é que surge a presença e a consciência da troca de experiências e saberes entre as diferentes áreas no próprio espaço do CRAS, essa necessidade vai ao

encontro do que Junqueira (2000) destaca ao colocar que nas redes os objetivos são definidos coletivamente e cada setor/instituição compromete-se a superar de forma integrada os problemas sociais. Para tanto, é importante que se respeite a autonomia e o saber de cada serviço.

(...) a gente senta, nós a equipe técnica pra conversar, buscar estratégias de orientação. P2

Mas eu, enquanto assistente social, corro pro colo da psicóloga, por que eu particularmente nunca tive nada, nenhuma especialização nessa área, então, assim, é uma área que eu não me sinto segura pra atuar. AS3

Entender como acontece as ações intersetoriais passa a ser interessante e rico para a atuação profissional e desenvolvimento das ações voltadas a Saúde Mental. É nesse sentido que é importante também, a articulação com as demais políticas públicas e sociais locais, contribuindo com o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando prevenir a ocorrência de violação de direitos e rupturas de vínculos. Nas palavras de Couto et al. (2012, p. 61):

A intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades da população. Envolve a agregação de diferentes políticas sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador das redes municipais.

Tomar consciência disso nos remete que, a intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social é embasada no pertencimento de ambas à chamada Seguridade Social

(MONNERATI; SOUZA, 2011). Ela propõe um diálogo entre as políticas públicas da Previdência Social, Saúde e Assistência Social; mas, cada área se desenvolve de maneira isolada. Porém, as relações entre as diretrizes do SUS e do SUAS são notórias destacando a centralidade das ações na família, e a necessidade de compreender que a construção da intersectorialidade passa, sobretudo, pela assimilação da complexidade dos problemas sociais que não depende exclusivamente de uma única ação, mas que perpassa diversos setores. Essa necessidade se faz presente nas falas, quando os profissionais trazem que a intersectorialidade acontece através de trocas por meio de reuniões entre diversos setores dos municípios:

Nós temos reunião que a gente faz mensal com a rede pra troca de casos, então a gente faz nós o CRAS, a média e alta, secretaria, a saúde, o fórum, conselho tutelar, e nessas reuniões que a gente faz mensais a gente leva os casos que naquele período a gente considera de maior importância pra discutir junto com a rede e ver o que cada um pode fazer... AS3

A gente costuma encaminhar, e a gente faz reuniões de rede com a saúde, aí vem a Assistente Social da saúde, com a psicóloga da saúde também, tem o pessoal do Conselho Tutelar, o pessoal do fórum, que é a Assistente Social forense e o oficialato da infância, nessas reuniões a gente também consegue planejar como a gente vai atender essas famílias e quando é questão de saúde a gente consegue passar de forma mais fácil (...) P3

(...) e uma coisa que a gente tem feito uma vez ao mês é reunir CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Serviço de Acolhimento, a gente se reúne todo mundo e discute casos, que muitos casos estão ligados ali nesses equipamentos ou vem vindo de anos. P1

(...) até as reuniões de equipe que a gente tem, que começou esse ano, a gente consegue levar direto pros profissionais os problemas que a gente tem. ASI

A intersectorialidade tem importância fundamental enquanto possibilidade de se dialogar sobre as dificuldades

identificadas no território de ação. Com a articulação intersetorial podem-se discutir casos, vê-los de forma mais complexa e não linearmente, além de identificar uma possível solução de forma mais rápida, pois todos são corresponsáveis e interdependentes, **finalizando-se com a lógica do encaminhamento**. Assim, a intersetorialidade propicia a reestruturação e reunião de vários saberes e setores, propiciando um olhar menos falho (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Portanto, quando dois ou mais serviços conseguem conversar, há troca de referências, paradigmas e conhecimentos sobre determinada pessoa ou território. Só a troca entre os serviços já produz efeitos, visto que provoca mudanças no serviço e na sua forma de trabalho. A relação, pactuação e ação entre dois serviços para determinado fim mais que duplica os efeitos, uma vez que o todo é mais que a soma das partes.

Em meio à descrição de como a intersetorialidade acontece, é perceptível que ela ainda é um instrumento em construção, e que sua prática necessita de algumas estratégias para que de fato seja garantida, nesse sentido alguns profissionais, trouxeram a necessidade de documentar o conteúdo das reuniões e encaminhamentos realizados, como forma de garantia de que de fato as ações fossem concretizadas:

Aí a gente faz essas reuniões, mas, ao mesmo tempo, a gente encaminha por ofício, faz tudo pra ter uma seguridade de que à foi feito, além dos registros normais, mas a gente pega protocolo mesmo do encaminhamento pra ter essa segurança.

P3

*Na verdade, assim, o que foi adotado já a muito tempo, foi se trabalhar em rede. Então assim, no início essa rede ela se trabalhava mais verbal, mas se percebeu que ficava muito no diz que diz que, ai mas eu te passei, mas não foi repassado, depois assim no decorrer do tempo, foi abordado, tanto que hoje funciona mais a rede por que é através de encaminhamentos escritos, aí tem a referência e a contra-referência, então assim, você encaminha e já coloca num período de 15 dias, 10 dias, 20 dias, dependendo da situação o retorno, e esse retorno também tem que ser por escrito. E tem melhorado, por que assim, aah fulano não tá surtindo efeito, tá sendo feito? **P5***

Então a gente faz primeiro a acolhida, faz a escuta, faz a verificação da necessidade e verificando faz o encaminhamento por escrito direto pro profissional né, então lá ele avalia, então como nós temos convênio com o CAPS também, ele avalia se é necessário incluir no CAPS ou não. AS4

Chamou-nos a atenção que apenas a profissional AS2, fez referência à intersetorialidade como uma característica da AS, no sentido dela situar-se em um lugar de potência, principalmente por conta da articulação das diferentes políticas públicas. Estando próxima as populações e as questões sociais que se apresentam nestas, pode fortalecer os passos e movimentos realizados na própria comunidade articulando os demais setores naqueles pontos em que se concentram as maiores fragilidades (CRUZ; GUARESCHI, 2012).

A gente busca trabalhar em conjunto. Hoje, então, principalmente a assistência social tem essa característica de política descentralizada, então né, em conjunto com outros setores, não só da política pública aqui mas lá fora onde a gente possa levar essa conscientização pras pessoas num geral a trabalharem nesse sentido. Por que não se pode assim, nós aqui num grupo fechado, por exemplo assim, nós aqui da política pública trabalhar essa situação de vulnerabilidade ou até do que a droga ou o que a dependência causa enquanto as pessoas lá fora as vezes não fazem isso, então a gente precisa fazer um trabalho conjunto, precisa ter. AS2

A intersetorialidade tem sido destacada como fator importante para a qualidade de vida da população, onde a busca pela melhoria da qualidade de vida da população passaria pela exigência de ações integradas e articuladas entre as políticas setoriais. A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não

se esgota no âmbito de uma única política (GONÇALVES, 2012).

Pensar no SUAS esforçando-se na busca pela intersetorialidade, é entender que ele assume uma tarefa delicada e desafiadora de invocar as demais políticas a assumirem seu papel intersectorial diante dos problemas sociais. Mas construir essa não é uma prerrogativa apenas desse sistema, é uma tarefa inerente a todos aqueles que de fato vislumbram uma melhor qualidade de vida para a população usuária de seus serviços. É nesse sentido que a construção intersectorial implica necessariamente em diferenças e conflitos e, outro desafio que se faz presente nessa lógica é a de gerenciar as tensões existentes entre os próprios profissionais de formação diferentes. Muitas vezes esses profissionais não chegam a um consenso e passam a executar seus trabalhos de forma diferente, a partir de seus próprios entendimentos (ALMEIDA, 2010).

Assim, a intersetorialidade, é posta como um dos desafios da articulação pública. As participantes narram que a intersetorialidade é fundamental, necessária e acontece, contudo, em alguns momentos existem obstáculos; a falta de conhecimento e entendimento do que cada secretaria, do que cada programa, serviço, ou órgão pode fazer e desempenhar; a dificuldade de dialogar com o SUS, pensando que sai da articulação de dentro dos serviços socioassistenciais e cruza com outra política pública.

Claro, a gente tem uma dificuldade um pouco maior com o CAPS, (...) por que o nosso CAPS ele é regionalizado, ele não é aqui, ele é em outro município, então a gente tem uma dificuldade um pouco maior, mas a gente consegue também. P2

E aí é bem difícil, por que a gente sabe que teria que ser quase um trabalho em conjunto, por que, muitas vezes, se é uma questão mesmo de adoecimento psíquico da pessoa, a gente não vai conseguir fazer maravilhas no ambiente familiar enquanto a pessoa ainda estiver doente (...) P3

É, na verdade, essa relação ela não é tão fácil assim, a gente busca fazer esse trabalho mas a gente faz mais essa relação com a rede do SUAS mesmo, com CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, com a Assistência Social, com a Secretaria, então a gente faz esse trabalho assim, não tem tanto essa

abertura de fazer com o SUS. Então assim, sempre que precisa a gente aciona, entra em contato telefônico, mas a gente não costuma fazer reuniões, não costuma trocar assim casos, mais bem específico assim, encaminhamentos que cabem a eles estar fazendo, mas essas trocas pouco realizadas. P4

(...) a saúde não tá participando, que é uma coisa que a gente sente bastante dificuldade pela limitação de profissionais e uma coisa que a gente sente bastante dificuldade é não ter esse retorno da saúde, a gente encaminha uma pessoa e muitas vezes a gente não tem esse retorno, então as vezes quando a gente faz uma visita a gente verifica, aah você tá indo, tá te ajudando? P1

É, isso, isso acontece, ainda acontece, por mais que não é tão, com tanta frequência como era antigamente quando não se tinha o entendimento do que era o CRAS, do que era saúde, do que era educação, que achavam que o CRAS poderia fazer o trabalho de todo mundo, hoje que tudo isso tá bem organizadinho, é diferente né, é beem diferente, mas ainda as vezes acontece, não isso aqui é saúde, eu não vou botar a mão ou isso aqui é social CRAS eu não vou colocar a mão, as vezes acontece algumas coisinhas relacionadas a isso ainda. AS2

Como foi mencionado anteriormente, a intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social é embasada no pertencimento de ambas à chamada Seguridade Social, porém, Borysow e Furtado (2013) colocam que cada área se desenvolve de maneira isolada. Ao investirem em seu próprio fortalecimento, esses setores acabam competindo entre si. O que pode dar sentido ao que o profissional P4 menciona, o surgimento de conflitos em relação à certas situações serem ou não de determinada área ou setor. Sem dúvida, a intersetorialidade, para se efetivar, precisa de uma ação conjunta mantida por objetivos comuns ou resultados esperados entre as instituições e setores. Não é fácil conseguir unir organizações distintas, com suas especificidades e suas categorias profissionais.

Nesse sentido, os autores anteriores, salientam que o desafio é fazer convergir os olhares e práticas para a construção de algo novo, de modo a poder dar uma direção às diferentes intervenções que, guardando sua especificidade, não sejam conflitantes entre si, permitam alguma coerência no trabalho da

equipe e tornem viável uma ação conjunta. Não é ‘todo mundo fazendo a mesma coisa’ nem ‘cada um faz uma coisa diferente’.

A intersectorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário (SCHEFFER; SILVA, 2014). Pensando além, a partir do que os profissionais trazem, é evidente que em poucas falas fica clara a rede de atenção psicossocial nos municípios participantes, isso ocorre porque poucos possuem serviços destinados a SM e AD, algumas profissionais trazem dificuldades nesse sentido.

(...) também ligando pra psicóloga pra ver se o paciente tá indo, troca informações com o CAPS pra ver se ele tá frequentando o CAPS quando é sugerido. P2

Olha é bem... é bem delicado pensar assim como é que isso acontece. Por que esbara na demanda e não ter como atender essa demanda, aí a gente fica.. eu sinto as vezes que a gente acaba remando contra a corrente, por que a gente faz os encaminhamentos necessários pra rede, pra fazer funcionar, mas aí por exemplo não tem CAPS que vai atender uma pessoa com um transtorno ou coisa assim, e a psicóloga não vai dar conta.

P5

Tem, diz que tem. Ano passado eu sei que tinha um grupo, mas ele não acontecia mensalmente, também, era mais pausado. E aqui não tem isso, e é um município consideravelmente maior que não tá dando conta dessa demanda, e aí enquanto os grupos não funcionarem é claro que o psicólogo não vai conseguir dar conta, e aí a gente também fica sem ter como lidar com essas situações. P3

Amarante (2007) coloca que estamos falando do princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-

se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. Não foi o foco da pesquisa compreender essa articulação, mas chama a atenção os profissionais terem mencionado pouco a rede de atenção a saúde mental nos seus municípios, pensando o cuidado focalizado na atenção à família e a intersetorialidade principalmente ligada a saúde, sem perceber a rede em sua totalidade.

Pensar na intersetorialidade, nos faz ir ao encontro do que Cruz e Guareschi (2012, p. 158) destacam, em que “a ação intersetorial é um processo de aprendizagem que demanda investimentos na formação dos profissionais e na organização dos serviços no sentido de ampliar a capacidade de acolher escutar orientar atender”. A intersetorialidade desafia as organizações a planejar e executar suas ações de uma maneira nova, observando a rede de relações possíveis a cada contato com os usuários, cujas demandas e necessidades não são pautadas pela noção de setorialidade ou intersetorialidade (JUNQUEIRA, 2004).

Cabe destacar, que apesar da PNAS ter em seu embasamento a intersetorialidade com forte presença, não cabe unicamente a ela o desenvolvimento de ações voltadas ao enfrentamento às situações de vulnerabilidade e risco social. A articulação e o desenvolvimento de ações complementares com as demais políticas públicas são primordiais para o trabalho de acompanhamento e atendimento familiar. Desta forma, a eficácia de um instrumental dependerá da integração entre as demais políticas públicas, sendo também aplicado as demandas trazidas em relação a SM.

6.2.3 Dificuldades no cotidiano da equipe

Esta é uma subcategoria que não necessariamente faz parte dos objetivos propostos pela pesquisa, porém ela se torna notória nas falas das participantes do estudo. E pode relacionar-se diretamente à atuação destes profissionais, afinal as dificuldades influenciam diretamente na execução do trabalho. Cabe também colocar que as informações contidas aqui nessa categoria foram ao encontro dos dados expostos na caracterização da amostra, conforme será discutido logo abaixo.

Silva (2014) destaca que a PNAS é uma política bem formulada nos documentos, porém, encontra desafios e fragilidades na sua execução, o que dificulta o trabalho. O reconhecimento legal em 1993 com a aprovação da LOAS não foi suficiente. Reconhecer o direito a ser atendido com padrões de qualidade e na perspectiva de sujeitos históricos tem exigido desvendar a realidade de uma sociedade que na sua raiz tem vínculos fortes com o patrimonialismo clientelista, características que ainda hoje podem ser observadas no trato com as mais diversas expressões da questão social. Conforme evidencia-se nas falas:

(...) nas cartilhas enfim nas tipificações é tudo, funciona direitinho, mas a gente não consegue nem garantir equipe que dirá fazer funcionar a documentação, por que fazer funcionar tudo se for parar pra analisar a gente precisa de equipe. AS3

Algo que se volte mais pra realidade... ah se fala em garantia de direitos, tá garantia de direitos?! mas é meio vago, esses direitos não estão sendo garantidos. AS5

Também é destacada na fala dos profissionais a precarização das condições de trabalho pelo fato de não se ter equipe mínima atuando:

(...) por que fazer funcionar tudo, se for parar pra analisar, a gente precisa de equipe. AS3

Então, eu acho que no papel os documentos são ok, só que a gente precisa de equipe pra fazer esses documentos funcionarem e isso é uma briga (...) P4

Eu tenho PAIF individual, justamente por que nós não temos a equipe técnica, então como tem situações que eu não consigo dar conta sozinha. AS4

(...) fragiliza por que o CRAS não dá conta de tudo, a gente não dá conta de acompanhar todas as famílias como nós precisaríamos, que também é o que quebra um pouco. PI

Ao analisar a inserção profissional no SUAS, Romagnoli (2016) afirma que ao mesmo tempo que este amplia o mercado do assistente social e do psicólogo, precariza as condições deste trabalho que se efetua subordinado a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação de tarefas. Cruz e Guareschi (2012) destacam que tem se observado um número insuficiente de profissionais evidenciado pela composição incompleta das equipes.

Cada CRAS possui uma equipe técnica de referência composta por técnicos de nível médio e superior; dentre eles assistentes sociais e psicólogos. Sua composição é regulamentada pela NOB-RH/SUAS e depende do número de famílias referenciadas a cada unidade (BRASIL 2009a).

Ainda em relação às dificuldades, surge a questão clientelista, Fiorati et al. (2014) descreve um modelo de representação clientelista democrática: (1) partidos (ou candidatos) competem pelo voto com base na sua capacidade e credibilidade de entregar bens e serviços diretamente aos eleitores; (2) os eleitores votam com base nas suas avaliações acerca daquela capacidade e credibilidade; e (3) uma vez no governo, o partido (ou candidato) vencedor usa recursos públicos para entregar os bens e serviços prometidos, de forma seletiva, privilegiando os eleitores que o apoiaram.

(...) os prefeitos não veem a assistência social como uma política pública de direito eles veem como voto, então na cabeça de alguns, não generalizando, mas a maioria deles vê a assistência social como entrega de cesta básica pra garantir voto, quando na verdade vai muito além disso (...) Então é complicado, nas cartilhas, nas documentações esta tudo muito bonitinho, mas falta muita fiscalização do Estado. AS3

Contudo, abalar e transformar essa herança assistencialista e clientelista, deslocando a condição de necessitado ou carente para a condição de portador de direitos sociais, não se resume somente à alteração dos documentos que embasam as ações de combate à exclusão social, envolve uma transformação mais intensa, na prática e luta pelos direitos e execução desta política pública.

Em relação à fala acima, o profissional AS3 menciona a atuação do Estado, que vem ao encontro do que Santos e Santos (2010) falam, que a descentralização político-administrativa abrange um novo direcionamento entre os entes federativos em que há uma transferência do governo federal para os demais entes de algumas atribuições e competências, o que pode contribuir para o fortalecimento do poder local. Porém há que se ressaltar que a descentralização não pode ser compreendida como municipalização, pois se corre o risco de mais uma vez vincular a assistência social a lógica da “prefeiturização”, reforçando assim o clientelismo e o apadrinhamento.

Nesse sentido, a PNAS e o SUAS garantem conquistas, mas por si só não garantem direitos e tampouco asseguram a promoção social. Romagnoli (2016) destaca que esses direitos são construídos na experiência concreta dos coletivos que integram as conexões das equipes com os usuários e entre os profissionais, agenciamento sempre em movimento. No CRAS, a execução das ações dos programas é de responsabilidade dos profissionais de nível superior que compõem a sua equipe técnica. Angústias, indagações, desestabilizações, endurecimentos, invenções, precarizações acometem as equipes em suas atuações, desvelando fissuras entre o que existe formalmente na PNAS instituída pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o que ocorre na prática profissional das equipes do CRAS.

Esse é um pequeno recorte de uma temática que denota, a partir do seu aparecimento no presente estudo, a necessidade de ser aprofundada, o que da abertura para a possibilidade de estudo.

6.3. CATEGORIA 3: VULNERABILIDADE SOCIAL *VERSUS* SAÚDE MENTAL

Quadro 4: Apresentação Categoria 3: Vulnerabilidade *versus* Saúde Mental

Categoria	Elementos de análise
<p>1. Vulnerabilidade <i>versus</i> Saúde Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde Mental relacionada à vulnerabilidade (P2, P3, P5, P4, P1, AS4) - Situações de vulnerabilidade como agravantes (P2, AS3, P3, AS5, P5, AS2, P4, P1) - Situação de vulnerabilidade como fator de risco álcool e outras drogas (AS3, AS1, AS2, P4, P1) - Preconceito (P2)

Vulnerabilidade Social *versus* Saúde Mental, é uma categoria que trata de alguns aspectos que se referem à relação entre a Saúde Mental e situações de vulnerabilidade social, através da percepção dos profissionais da PSB, que acabam sendo evidenciadas no cotidianos de seu trabalho. É necessário iniciar essa discussão, fazendo um pequeno percurso que irá interligar vulnerabilidade e saúde mental.

Não há como se reportar a possíveis situações de Saúde Mental, álcool e outras drogas no cotidiano dos serviços socioassistenciais, sem compreender e olhar para questões que abarcam a família. A proteção social básica tem como prerrogativa promover e proteger as famílias em situação de vulnerabilidade social tais como a pobreza e a fragilização dos vínculos, visando o empoderamento e o fortalecimento dos vínculos familiares. Assim, percebe-se que existe uma interligação entre todo esse contexto e à promoção da saúde mental, podendo esta ser entendida como premissa de condições básicas de vida.

A partir daí, como está descrito na Política de Assistência Social, a segurança da vivência familiar e do convívio comunitário recebem atenção especial, fortalecendo, preservando e estimulando estes vínculos familiares e comunitários. Para isso, conforme já foi visto, dois níveis de proteção são garantidos no SUAS: proteção social básica e proteção social especial. Dentro da proteção social básica, o objetivo é prevenir as situações de vulnerabilidades e riscos, por meio do desenvolvimento das potencialidades e aquisições. Esse serviço é executado, organizado e coordenado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), por intermédio do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) (BRASIL, 2007).

As relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas, de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza”, reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida. Problematizar esta questão a partir deste eixo demonstra indicar uma possível direção para boas praticas nesse sentido.

Destaca-se que na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o público usuário é definido como “cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos” (BRASIL, 2004a). O termo vulnerabilidade é utilizado reiteradas vezes no documento, sendo que, desde sua publicação, vários outros documentos foram elaborados com o intuito de auxiliar na implementação e consolidação da assistência social como política pública e direito social. Em todas as normativas que orientam a ação dos profissionais no campo socioassistencial, a expressão “vulnerabilidade social” está presente. Contudo, sua origem é anterior à PNAS.

A palavra vulnerável deriva do latim *vulnerabilis*, que significa causar lesão, provocar dano. Vulnerabilidade tem, portanto, uma conotação negativa, relacionando-se com a ideia de perdas. Tendo em vista as definições de vulnerabilidade utilizadas na área da saúde, pode-se dizer que o termo se refere a pessoas que apresentam alterações tanto no sentido de alguma situação de ‘normalidade’ física quanto de seu ciclo de vida ou condição social, gerando uma compreensão de que pertencem a grupos ‘deficitários’ ou que, de algum modo, sofreram prejuízos (SILVA, 2014).

No campo das políticas de assistência social, é possível perceber outras concepções sobre vulnerabilidade social. Primeiramente, há uma concentração de estudos em torno do fenômeno da pobreza, os quais propõem abordar as diversas modalidades de desvantagem social, como esclarece a definição proposta por Gonçalves (2012). De acordo com essa definição, a vulnerabilidade social se refere à situação na qual os recursos e habilidades de um determinado grupo são insuficientes e/ou inadequados para manejar as ofertas sociais, as quais possibilitariam ascender a maiores níveis de bem-estar ou reduzir a probabilidade de deterioração das condições de vida dos atores sociais.

Destaca-se que as análises de vulnerabilidade social não são mapeamentos lineares, que se reduzam à pobreza como fator explicativo, mas se constituem como análises multifacetadas, que consideram diferentes elementos. Dessa maneira, a vulnerabilidade social se configura mediante a análise dos seguintes aspectos: (1) posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que possibilitem o desenvolvimento ou a mobilidade social dos sujeitos; (2) organização das políticas relativas ao Estado, vinculadas à inclusão de forma geral e, mais estreitamente, à inserção no mercado de trabalho e condições de acesso às políticas; (3) os modos pelos quais os indivíduos, grupos ou famílias organizam-se no sentido de responder aos diferentes desafios ou adversidades sociais, ocupando determinadas posições nos jogos de poder (SILVA, 2014).

Castel (2010 apud BORYSOW; FURTADO, 2013) define a vulnerabilidade como uma zona instável que se relaciona à precariedade do trabalho e ao enfraquecimento dos apoios e vínculos sociais. É relacionada não apenas a populações miseráveis, mas também a pessoas com limitações de qualquer ordem. Seria uma fase intermediária entre a integração social e a invalidação social ou a desfiliação, quando as relações do indivíduo se tornam insuficientes frente a sua inscrição familiar e social, tornando-o desprotegido. A exclusão social, que geralmente traz em seu conceito a ideia de margem, é entendida pelo autor como um processo que acontece no seio da sociedade, na relação direta entre as pessoas, numa sociabilidade perversa.

Coloca-se aqui também, a definição de vulnerabilidade social tecida pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009b), que a concebe como

“decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade”. Ou seja, não somente associada à pobreza econômica, mas correlacionada a uma multiplicidade de fatores, constituindo hoje um novo conceito, alcançando planos políticos, morais e espirituais, através da desigualdade de acesso aos direitos, de informações, de poder, de possibilidades e oportunidades, situações de risco e empobrecimento das redes sociais, discriminação por questões de etnia, cultura e gênero, dentre outros. A vivência dessas precariedades se origina em dinâmicas sócio-históricas discriminatórias, resultado dos jogos de poder da sociedade, relacionadas aos processos de produção e reprodução de desigualdades sociais e da violação de direitos. Em última instância, a consequência da vulnerabilidade social para os usuários da assistência social é a convivência permanente com uma série de violação de direitos que, embora garantidos constitucionalmente, estão ainda longe de serem realmente assegurados na “vida vivida”.

Esse percurso feito até aqui, se torna necessário a fim de compreender que existem várias definições para vulnerabilidade, sendo este complexo e passível de problematização. Aqui se opta pela definição acima, tendo em vista ressaltar que é um conceito que vai além da pobreza econômica, sendo que a vivência de condições de vulnerabilidade atravessa permanentemente a vida das famílias usuárias do CRAS.

E, é nesse sentido que quando Gama, Campos e Ferrer (2014) mostram a vulnerabilidade como multidimensional, faz todo sentido, pois implica em mudanças ao longo do tempo e tem caráter relacional. As pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis com relação à determinada situação e num certo ponto do tempo e espaço. É importante destacar o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade. Assim, pode-se relacionar à vulnerabilidade a fragilização de vínculos afetivos, tanto os relacionais como os de pertencimento, decorrentes também das discriminações etárias, étnicas, de gêneros ou por deficiências, dentre outras, que aumentam a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco.

Desta forma, deve-se ter consciência de que quando emerge uma pessoa com transtorno mental as famílias são demandadas primeiramente a enfrentar a nova situação, tendo que ao mesmo tempo compreender a própria enfermidade, a dinâmica

dos serviços de saúde mental e manejar seus próprios sentimentos e recursos, não é algo simples (ROSA; MELO, 2009). Portanto, quando os profissionais trazem que existe uma relação entre a saúde mental, álcool e outras drogas e a vulnerabilidade essa questão fica clara:

(...) a pessoa pode, quando ela tá sofrendo quando ela apresentou da depressão, do alcoolismo, estando presente essa situação ela está no numa situação vulnerável, então ela também está numa situação de certa forma de risco. AS4

Então eu acredito que sim, a vulnerabilidade tem uma ligação com a saúde mental, por que muitas vezes essa saúde mental também são esses conflitos familiares, muitas vezes desequilíbrios, violências, então tá diretamente relacionado com o nosso fortalecimento de vínculos né, que dificulta muitas vezes, essa vulnerabilidade trás a saúde mental, a saúde mental trás a vulnerabilidade, acho que não tem como separar. P1

(...) eu acredito que a vulnerabilidade favorece o processo de adoecimento, mas, bom se bem que o adoecimento mental se caracteriza por si só como uma vulnerabilidade. P3

Mas a gente vê bastante a ligação entre, a saúde mental tem muito a ver com a família que vive em situação de vulnerabilidade, isso a gente vê bastante. P2

Quando se fala em conflitos familiares, tende-se a entender que estes fazem parte do viver, que proporciona ou não um espaço que promove o bem estar. Levando em consideração situações em que surgem questões de saúde mental, álcool e outras drogas, conflitos podem surgir.

Rosa e Melo (2009) destacam ainda, que enquanto a família não toma conhecimento da enfermidade, passa por processos de confronto com a pessoa com transtorno mental. Por exemplo, lidam com o delírio como sendo “besteiras”, “bobagens”. Alguns chegam a querer corrigir a maneira da pessoa com o transtorno mental ver o mundo (via delírios), confrontando-se com o mesmo. No caso de uma depressão é comum os familiares afirmarem que “Sugeri pra ela procurar um curso, passear, mas ela não vai. Ela não se ajuda”. É difícil para o

familiar, entender que a depressão atinge o centro volitivo da pessoa, não sendo expressão da “preguiça” ou má vontade. O retrato dessas trajetórias facilita a avaliação do grupo familiar e mostra a importância de inclusão das famílias nos projetos terapêuticos e pedagógicos dos serviços de saúde e assistência.

Cabe destacar que devido ao preconceito ainda existente na sociedade contra portadores de transtorno mental e ao pouco conhecimento sobre a doença mental há uma tendência dos familiares a se isolarem do ambiente social afastando-se de amigos e de outros familiares (VASCONCELOS et al., 2010).

Ainda em relação as falas trazidas, o autor acima coloca que o transtorno mental tende a sobrecarregar emocionalmente a família. É como o sujeito padecer de uma discriminação social que é extensível a sua família. Contraditoriamente a família por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia.

Cabe colocar que essa contextualização não se intenciona em penalizar as famílias, mas sim contribuir para novos olhares, que é o que surge com as falas anteriores, quando compreende-se a saúde mental como situação que pode potencializar situações de vulnerabilidade. De acordo com Melman (2001) as famílias, sobretudo na fase inicial da eclosão do transtorno mental, têm um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para o seu ente enfermo, desde que seus recursos emocionais, temporal e econômico sejam bem direcionados pelos trabalhadores e serviços de saúde mental. É importante destacar que nenhum grupo familiar está preparado para ter um membro com transtorno mental em seu meio. O que vem de encontro com a fala:

(...) a maioria que procuram nós pra conversar sobre isso elas vivem em uma situação de vulnerabilidade, são famílias que, pouco assistidas... que buscam a gente aaah.. Pra ter essa troca, pra ter essa conversa, pra ter esse, como é que eu vou te dizer, eu digo assim que elas veem por que aqui a gente acolhe elas e deixa elas a vontade. P2

Além do sofrimento óbvio devido aos transtornos mentais, existe um ônus oculto de estigma e discriminação enfrentado.

Tanto em países de baixa como de alta renda, a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotípias, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação. Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade. Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais. Grande parte disso continua sem registro e, com isso, esse ônus permanece sem quantificação (Organização Mundial de Saúde, 2002, p. 7).

Scheffer e Silva (2014) enfatizam que emocionalmente, nem sempre nos é visível os sintomas, mas eles existem e muito prejudicam a dinâmica familiar, são as frustrações e angústias geradas pela sensação de fracasso, o sentimento de culpa por se responsabilizar ou não encontrar as causas que provocaram a doença, as brigas e revoltas resultantes do constrangimento de se ter um portador de transtorno mental na família e também quando o sujeito é acometido pelo transtorno em determinada fase da vida, sendo que anteriormente existe uma história a ser relembra constantemente, sendo preciso enfrentar diariamente a sensação de perda. Por isso, não raramente, percebe-se principalmente no membro que se apresenta como cuidador, as consequências resultantes do preconceito, despreparo e desinformação, que se manifestam no isolamento, distanciamento de amigos e familiares, enfim, compromete-se as relações sociais, muitas vezes por opção do indivíduo que prefere evitar possíveis situações e/ou comentários vexatórios que venham a ocorrer. Essa questão é evidente na fala a seguir:

(...) vejo até um certo preconceito com a pessoa que tem algum problema, alguma questão relacionada a saúde mental. Aah.... preconceito no sentido assim, desde a questão de você tá na rua a gente vê que a pessoa é olhada com olhos diferentes, ela é, como eu posso te explicar, ela é vista de uma maneira diferente, parece que as pessoas enxergam na testa delas assim um: aah eu sou, eu tenho um problema mental, são rotulados os loucos. Aah o fulano é louco, mas o que que é louco pra ti? Não é que ele é louco, ele tem um problema que tá sendo tratado, ele é um pouquinho diferente do que a gente, mas ele é um ser humano

*normal, então eu, isso deixa a gente até meio, meio, entristecido.
Mas acontece, a gente vê na sociedade esses rótulos, esses
preconceitos. P2*

É necessário lembrar que a proteção social básica apresenta como objetivos prevenir situações de risco por meio de potencialidades e aquisições e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Destina-se a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza da privação ou da fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (BRASIL, 2005a). E de acordo com Silva (2014) os usuários dos serviços de atenção à saúde mental apresentam formas de vulnerabilidade que têm implicações no acesso a outras políticas sociais, que são: A primeira é “material”, pois a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi e continua a ser composta de sujeitos em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho. A segunda é “cultural”: o “louco” é (ainda) reconhecido como sujeito “estigmatizado”. Ainda é visto como “um outro ameaçador” que comete atos violentos, sua fala é “incoerente”, “alienada”, sendo muitas vezes considerado perigoso para a sociedade.

Entretanto, é necessário ressaltar que pobreza, desemprego, estigma e preconceito, apesar de terem relação e, muitas vezes, terem implicações uns nos outros, têm suas diferenças e especificidades. A pobreza, que surge com frequência no discurso das entrevistadas como expressão da questão social, refere-se principalmente à falta de recursos materiais e financeiros, o que vincula esse usuário com transtorno mental e sua família a uma classe social mais vulnerável economicamente. Essa questão tem relação com o desemprego, na medida em que este é um dos principais geradores dessa pobreza, mas é expressão de uma situação maior, que no caso da pessoa com transtorno mental tem também relação com o estigma e preconceito que permeia aquele sujeito, historicamente considerado louco, perigoso e incapaz para ingressar no mercado de trabalho. Esses fatores têm repercussão no núcleo familiar do usuário, que já se encontra em uma situação de limitações e sobrecarga familiar, devido ao cuidado ao ente com transtorno mental (BUSSULA; OLIVEIRA; VOLPATO, 2009).

Em toda família coexistem tendências para saúde e para doença, o diferencial depende de como a família enfrenta as situações de crise, como se relacionam afetivamente e como se comunicam entre seus componentes. É na família que se encontra o aporte afetivo e porque não dizer, muitas vezes, aporte material necessário para o desenvolvimento dos membros envolvidos nesta dinâmica. Com a mudança da forma de avaliar e tratar o usuário, a partir da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser vista como parte do processo de cuidar e acaba tendo que assumir o papel de cuidador, mesmo não estando preparada para essa novidade. Em toda a instituição familiar prevalece a ideia de que os descendentes devem ser saudáveis, preparados para assumir papéis sociais, como trabalhar por exemplo. Porém, algumas vezes esses papéis são frustrados em decorrência de cuidar de um filho portador de doença mental, visto como diferente (TROMBETTA; RAMOS; MISIAK, 2015).

Tendo em vista a realidade descrita, surge também uma percepção de que situações de vulnerabilidades podem ser agravantes a casos em que esteja presente demanda referente à saúde mental, álcool e outras drogas. É importante também colocar que nesse sentido a vulnerabilidade também pode ser representada como dificuldades conforme Janczura (2012) apresenta, vulnerabilidade como exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam. Portanto, os riscos estão associados, por um lado, com situações próprias do ciclo de vida das pessoas e, por outro, com condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas se desenvolvem. As falas abaixo fazem essa reflexão:

E muitas vezes essa questão de vulnerabilidade que ainda no mundo de hoje tem famílias que não tem uma informação que pra ela seja acessível, que pra aquela família dentro daquela realidade,(...) PI

Eu não vejo que a questão de vulnerabilidade ela afete na questão de saúde mental, que ela venha agrava o quadro de saúde mental talvez sim. AS5

As vulnerabilidades que a gente recebe e percebe nos nosso usuários, eles tão sempre muito acompanhados de um

processo psicológico não bem resolvido, uma situação deee.. sei lá falta de regulação emocional ou alguma coisa assim, que poderia se, que se fosse trabalhado ia ser o suficiente pra talvez eles ter um pouquinho mais de resiliência pra lidar com algumas situações que eles enfrentam, então eu acho que sim, tem essa relação com certeza. P3

Hoje a saúde mental assim é, por que a pessoa acha que tem que ter alguma coisa para estar doente mentalmente, mas as situações cotidianas que a gente enfrenta eu te diria que sim, então, essas situações de vulnerabilidade que a gente percebe é por que as pessoas de alguma forma elas adoeceram, por situações que vivenciaram, traumas mal resolvidos, problemas internos e elas não conseguiram resolver. AS2

Olha claro que a questão da vulnerabilidade facilita um monte, por que dá acesso, as pessoas por exemplo, com falta de condições financeiras acaba se afundando muito mais do que propriamente uma família que não vivencia tanta vulnerabilidade. AS3

(...) eu vejo muito que o ambiente onde a pessoa vive, ele pode tá desencadeando alguma coisa... tá então se tu vive num ambiente desestruturado, num ambiente onde existe mais essa vulnerabilidade eu acredito que a chance de desenvolver é maior, né eu penso assim. P2

Deste modo, a forma como se compreende a vulnerabilidade social influencia na maneira como olhamos para o movimento da vida e para as relações entre os sujeitos. O olhar sobre a vulnerabilidade pode tanto enfatizar as carências desses sujeitos, contribuindo para uma homogeneização e manutenção deste sujeito em uma posição de risco, como pode construir estratégias de empoderamento dos sujeitos. Ao pensar deste modo, e atuar desta maneira no âmbito social, reflexos significativos são direcionados aos sujeitos vulneráveis, que podem envolver situações relacionadas a saúde mental, álcool e outras drogas, de modo a promovê-la, ou não, de acordo com o direcionamento dado ao sujeito em seu contexto social e familiar.

A situação da vulnerabilidade geralmente tem ao fundo a experiência da invisibilidade social, que é o sentimento de não ser

reconhecido, não ser percebido como sujeito pelos outros. Uma das formas mais efetivas de invisibilidade social é tratar o outro através de um estigma, rótulo ou preconceito, pois a pessoa concreta some no véu do conceito que lhe é aplicado. Não ser visto significa não participar, não fazer parte, estar fora, tornar-se “estranho” aos outros e a si mesmo, sendo a fonte de experiências de sofrimento psicossocial e da constituição de estratégias de sobrevivência relacionadas à violência e a comportamentos desadaptados socialmente (SCHNEIDER ET AL., 2016).

Em sociedades baseadas em economia de mercado, Carneiro e Veiga (2004 apud JANKZURA, 2012) entendem que a pobreza representa a primeira aproximação da maior exposição a riscos, principalmente em contextos em que famílias pobres não contam com uma rede pública de proteção social (acesso a bens e serviços básicos que viabilizem melhores oportunidades para enfrentar as adversidades). A ausência de recursos materiais alimentará outras fragilidades: baixa escolarização, condições precárias de saúde e de nutrição, moradias precárias em locais ambientalmente degradados e condições sanitárias inadequadas (necessidades insatisfeitas). Famílias e pessoas em tais condições de vida disporão de um repertório mais reduzido para enfrentar as adversidades, o que, é denominado privação de capacidades. É nesse sentido que, é evidente uma ligação da vulnerabilidade à aproximação ao uso e abuso de álcool e outras drogas:

(...) vulnerabilidade tanto pensando, muitas vezes em condições financeiras, que muitas vezes se torna algum abuso de álcool, drogas ou até mesmo questões depressivas, tudo por uma questão financeira. P1

(...) percebe que a vulnerabilidade ela tá bastante ligada assim com essa questão da saúde mental, por que afeta as pessoas que estão em situação vulnerável, então ela tem mais tendência a daqui a pouco fazer uso de álcool, fazer uso de droga né, não que outra pessoa também não tenha mas pela situação que ela tá vivenciando naquele momento se ela não tem um amparo não tem um suporte pra ela entrar nessa situação fica mais fácil. P4

Alguns foram recorrer como uma fuga na bebida, outros na prostituição, enfim uma série de fatores negativos que influencia sim, diretamente, a vulnerabilidade. AS2

Acredito eu que em algumas situações, se tu for falar por exemplo depressão, não, eu acho que é indiferente da vulnerabilidade econômica e social, mas já por outro lado alcoolismo eu já acredito que sim, que pelo acesso a tipos de bebidas (...) ASI

(...) nas famílias mais vulneráveis a gente percebe bastante problema de drogadição, alcoolismo ou então excesso de medicação. AS3

Magalhães e outros (2013), colocam que os indivíduos e as famílias em situação de vulnerabilidade social não só possuem um baixo nível de renda, mas também uma série de indicadores desfavoráveis – como baixa escolaridade e qualificação profissional; limitado acesso a informações; maior dificuldade de acesso a serviços básicos; piores condições de habitação e saneamento; e maiores gastos proporcionais com alimentação e saúde, dentre outros –, somando um conjunto de fatores que se inter-relacionam e reforçam a desigualdade existente na sociedade. Ou seja, tais famílias possuem múltiplas necessidades e poderiam se beneficiar de um conjunto de abordagens e ações sociais. E essas necessidades, muitas vezes abrem portas para outros riscos presentes na sociedade, entre eles, como fora trazido pelas falas acima, o uso de substâncias psicoativas.

Quando se pensa no que está descrito na política da Assistência Social, ela define que entre seus beneficiários destacam-se, além da família, cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; desvantagem a pessoal resultante de deficiência; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem

representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004a, p. 33). Portanto, todas essas situações elencadas podem ter correlação a saúde mental, álcool e outras drogas, seja pela fragilização de vínculos, pelos conflitos, pela falta de informação ou dificuldade de lidar com a situação em si, o que podem sim, ser consideradas situações de vulnerabilidade, ou agravantes de uma condição.

Assim, a aproximação entre vulnerabilidade social e saúde/doença mental deve ser trabalhada com elementos que extrapolem o discurso técnico-científico tradicional incorporando outros saberes ligados aos sujeitos que são afetados pelo sofrimento. O papel do profissional técnico teria que ser repensado, saindo do lugar tradicional que é de imposição de uma certa lógica para transformar-se numa espécie de mediador entre comunidade e recursos da sociedade no processo de construção da saúde (GAMA, CAMPOS, FERRER, 2014).

Neste sentido, torna-se necessário rever o enfoque do tratamento, mudando-o do isolamento para o acolhimento das dificuldades, do silenciamento para a escuta ativa dos temores e das expectativas da pessoa em sofrimento mental e da sua família, através do fortalecimento de laços afetivos fragilizados e comprometidos por questões relacionadas a conflitos e dificuldades cotidianas muitas vezes anteriores ao surgimento do transtorno mental, que pode constituir-se em sobrecarga para a família, já que além de suas cargas, esta passa a compartilhar o preconceito e estigma frente ao sofrimento mental e fazem ver um horizonte de coexistência que permite ao familiar que cuida identificar-se com a pessoa em sofrimento mental, a tal ponto que passam a sentir hostilidade e ressentido para com os que agem com discriminação e preconceito conforme salientam Carvalho, Sena e Souza (2013).

6.4 CATEGORIA 4: SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Quadro 5: Apresentação da Categoria 4: Saúde Mental, álcool e outras drogas na Assistência Social

Categoria	Elementos de análise
<p>1 Saúde Mental, álcool e outras drogas na Assistência Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contemplação da saúde mental na Lei/diretrizes/orientações técnicas da Assistência Social (P2, AS3, P3, AS5, P5, AS4, AS2, P4, P1) - Necessidade de Revisão, deixar a desejar, revisão do próprio pensar (P2, AS3, P3, AS1, AS4, AS2, P1) - BPC (P2, AS1) - Saúde Mental como parte da atuação do CRAS (P2, P3, P5, AS4, AS2, P1) - Saúde Mental como não sendo parte da atuação do CRAS -(AS3, P4)

Nesta categoria será abordada a **Saúde Mental, álcool e outras drogas na Assistência social**, de maneira que se faz uma análise a partir da política pública da Assistência Social e da percepção dos profissionais em relação à essa questão em sua atuação. Assim, surgem alguns elementos de análises, pontuados como: a questão da temática ser contemplada ou não dentro das leis e diretrizes técnicas da Assistência Social; na necessidade de revisão, e revisão não somente das normativas e documentos oficiais, assim como do pensar e fazer profissional; e principalmente a saúde mental como parte da atuação do CRAS ou não. Esse caminho se faz importante para compreender a análise e reflexão que é feita pelos profissionais participantes.

Cabe colocar que o objetivo é buscar reconhecer o lugar da questão da SM e AD dentro da política pública de Assistência Social. Ou seja, à luz da política de Assistência Social, do seu marco legal, princípios e diretrizes, serviços e ações e da literatura da área, nos questionamos se os profissionais no seu dia-a-dia do trabalho percebem a questão? Nesse capítulo será percorrido um caminho por entre as percepções trazidas pelos

profissionais e o conteúdo presente na constituição da AS como política pública.

Quando se fala na AS, deve-se lembrar que ao compor o campo da Seguridade Social brasileira a PNAS define-se como política de proteção social articulada a outras políticas do campo social voltada a garantia de direitos de condições dignas de vida, configurando-se como possibilidade de reconhecimento público dá legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo (BRASIL, 2004a) tarefa desafiadora, ainda em construção na sociedade brasileira. Deste modo, pensar na SM dentro deste apanhado não é tarefa simples, pois engloba várias situações. Quando se fez esse questionamento, alguns profissionais ficaram pensativos, buscando fazer uma análise e revisitação a todo o emaranhado de leis, tipificações e orientações técnicas já vistas, e alguns não percebem a SM mental nesse contexto:

(...) mas agora eu não vou saber te dizer se tem uma lei específica dentro da assistência que fale da saúde mental. P2

Não, na verdade não, não fala isso (...) P5

Então em diretrizes, em lei, concreto, papel escrito, não. P1

Cabe pensar o início, quando se fala em AS, por muito tempo predominaram as práticas emergenciais e paliativas, que ainda refletem hoje como um caminho assistencialista, isso perdurou por décadas até o marco Constitucional de 1988, quando tem início o processo de construção de uma nova matriz para a assistência social brasileira, quando pela primeira vez na história desse país, há o reconhecimento de que o Estado deve assumir a responsabilidade em relação à assistência social não de forma complementar, mas como agente principal. É a partir de então que a assistência social passa ao status de política pública garantidora de direitos sociais após um longo caminho de reivindicação de profissionais e intelectuais (GONÇALVES, 2012).

A autora acima continua colocando que a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, torna-se política de proteção social ao ser incluída na Seguridade Social pela

Constituição Federal (CF) em vigência no país desde 1988, em seu capítulo II, artigos 194 a 204, estando relacionada às outras políticas de seguridade, passando a ter legitimidade e reconhecimento público. Passa a ser política não contributiva, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender as contingências sociais e a universalização dos direitos sociais.

O sistema de Seguridade Social expresso na Constituição da República vai englobar a saúde, a previdência e a assistência social, incorporando-as a lógica da proteção social. De acordo com a nova vertente que se instaura na CF de 1988, a assistência social passa a adquirir um novo contorno no panorama de atenção à pobreza no país, como política social que visa proporcionar meios de acesso a direitos sociais àqueles que não o podem fazê-lo sozinhos, sendo uma política destinada a quem dela necessitar. A inserção da assistência social como um dos tripés da Seguridade Social aponta também para o seu caráter de política de proteção social que articulada a outras políticas do campo social tem a primazia de garantir direitos e condições dignas de vida, sob a responsabilidade do Estado (YASBEK, 2008).

Mesmo sendo incorporada pela Carta Magna de 1988, a assistência social, assim como as demais políticas, necessitou de lei complementar no sentido de regulamentá-la no plano legal. A regulamentação da assistência social em seus parâmetros constitucionais se deu em 7 de dezembro de 1993 por meio da sanção da lei 8.742 conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Posterior a isso, surge a construção e aprovação da Política Nacional de Assistência Social em 2004, seguida da deliberação da Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB/SUAS) aprovada pela resolução n. 130 do CNAS em 2005. Esses dois instrumentos vieram orientar uma nova gestão para a assistência na perspectiva de materializar as diretrizes estabelecidas na Lei Orgânica. Propõe consolidar o modelo inserido pela CF de 1988, rompendo com ações fragmentadas, focalizadas e emergenciais que marcaram a trajetória dessa política no Brasil, colocam Oliveira e Heckert (2013). Posteriormente à isso surge em 2009 a Tipificação Nacional de

Serviços Socioassistenciais, para normatizar o trabalho com as famílias no âmbito da proteção social.

A partir disso, já conhecemos do que se fala, e de quais marcos a AS se norteia para sua atuação. Cabe destacar que juntamente com a percepção de que não existe contemplação, alguns profissionais a percebem contemplada de forma sutil, no sentido de que quando se fala em bem-estar se fala em saúde mental. É interessante fazer uma pontuação aqui, a AS se constitui no Tripé da Seguridade Social, que engloba saúde, previdência e assistência social, é claro que quando se questiona sobre saúde mental, álcool e outras drogas, ocorre uma ponte com a saúde.

*Eu acho que quando se trata assim... **de bem-estar**, da qualidade de vida a gente tá falando (...) AS4*

*Mas que eu acho que a saúde está envolvida, mesmo que seja de maneira sutil, mesmo que não seja de forma tão específica, eu acho que as cartilhas pelo menos falam sobre o **bem-estar** do ser humano, do sujeito, e aí a gente pode entender que existe a saúde, só que, penso que deveria ser mais claro. P3*

A saúde mental, pouco. Eu acredito que algumas coisas sim (...) AS5

Sim... mas não que ela seja falada diretamente (...) é meio como se fosse proibido falar sobre saúde mental em alguma coisa que esteja relacionado a assistência social. PI

A assistência social, como visto acima, percorreu um caminho longo até consolidar-se como política pública, e ainda está em processo de consolidação, pois apesar de seu caminho vir sendo construído desde a Constituição Federal de 1988, se firmou como lei em um passado não tão distante. Há quem a resuma, como política social de transferência de renda e de proteção social como combate à pobreza e à desigualdade social, mas vai muito além.

Neste sentido, a PNAS/2004 marca sua especificidade como política social, configurando a responsabilidade do Estado como garantidor do cumprimento dos direitos previstos na LOAS

e também, com a adoção dos princípios e diretrizes dessa lei, objetivando:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e ou especial para as famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem;
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rurais;
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (MDS/PNAS, 2004a p. 33).

Em relação ao campo da pesquisa, os serviços da Proteção Social Básica devem ser oferecidos pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), que atuam “com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário” (BRASIL, 2004a, p. 35). Nesse sentido, é responsável pela oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). O PAIF é realizado através do trabalho social com as famílias. Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, tem a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir com a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2009b).

No modo de atuação dos CRAS, estão previstos serviços que visam prevenir situações de risco e vulnerabilidade social, além da produção de autonomia junto a esses atores. Ações voltadas para a garantia de direitos sociais estão assim dispostos na carta de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2004b, p. 14). O fato de esses direitos estarem inscritos na Constituição Brasileira não é uma coincidência e tão pouco uma generosidade,

mas um dos resultados das muitas lutas empreendidas em torno da questão dos direitos sociais em nosso país.

Partindo de um viés analítico diferente, isso vem ao encontro das falas dos profissionais P1 e AS4, que trazem em seu olhar uma percepção clara da presença da SM no âmbito da AS, por meio da vulnerabilidade e vínculos familiares, o que nos deixa evidente uma percepção que situações que envolvem saúde mental, álcool e outras drogas, englobam mais do que saúde propriamente dita:

Sim, eu vejo que sim. Por que assim, o atendimento da assistência social vai atender todas as famílias que estiverem em alguma situação de vulnerabilidade social, econômica, pessoal, enfim, então eu entendendo como a questão saúde mental sendo situação de vulnerabilidade, claro é contemplado. AS4

Eu acho que de certa forma ela é falada, mas é um falada quando, eu pelo menos percebo, quando fala: fortalecer vínculos, isso pra mim parece, opa isso já é saúde mental, fortalecer vínculos (...) P1

É nesse sentido que a colocação acima vai ao encontro do que está descrito na PNAS (BRASIL, 2004a, p.33) “destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos”. Complementando, tendo como objetivo “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. Está voltado à população que vive em situação de vulnerabilidade decorrente da pobreza, privação de renda, de serviços públicos ou, com os vínculos afetivos fragilizados (BRASIL, 2004a, p. 33).

Lembrando que o CRAS é uma unidade do Suas que oferece serviços socioassistenciais de caráter protetivo, preventivo e proativo a fim de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, ampliando o acesso dos usuários aos direitos de cidadania. O CRAS é a única unidade de proteção básica que oferece o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cujo objetivo é o fortalecimento dos vínculos e a democratização dos direitos, contribuindo para a melhoria da

qualidade de vida dos usuários, como foi mencionado anteriormente (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Especificando um pouco mais, e clarificando essa ligação, o PAIF consiste no trabalho social com famílias em benefício da promoção de suas potencialidades, identificando as necessidades e vulnerabilidades vivenciadas. Os usuários do PAIF são famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do acesso precário ou do não acesso aos serviços públicos, **da fragilização de vínculos sociais e de pertencimento (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras)**. Dentre os objetivos do programa, destacam-se: o fortalecimento da função protetiva da família; a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários; a promoção do acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais; **e o apoio a famílias com indivíduos que necessitam de cuidados**, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares. Desse modo, contribui para o protagonismo e autonomia dos usuários e a superação das vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2009a).

Levando ainda em consideração as Orientações Técnicas do CRAS (BRASIL, 2009a) a atuação no âmbito familiar, deve desenvolver: Aumento do sentimento de pertença entre os membros das famílias; Promoção e proteção mútua entre os membros das famílias; Redução de preconceitos, discriminações e estigmas entre os membros das famílias; Desenvolvimento de padrões não violentos de resolução de conflitos; Melhoria da convivência intergeracional; Promoção e fortalecimento de redes de apoio. E no âmbito territorial, o aumento da capacidade de organização, participação e atuação das famílias nos territórios, por meio do desenvolvimento de ações que possibilitem: Fortalecimento do protagonismo e da autonomia dos membros das famílias; Desenvolvimento da participação social; Vínculos comunitários e de solidariedade fortalecidos; Aumento do conhecimento sobre direitos; Aumento do exercício dos direitos pelos membros das famílias.

Assim, seguindo as orientações acima, resumidamente, o PAIF, no âmbito familiar, busca fortalecer a proteção mútua da família e prevenir a ruptura de seus laços, a partir de ações que possibilitem o reconhecimento das especificidades e da condição de sujeito de direitos de todos os integrantes das famílias. Já no âmbito territorial, pretende aumentar a capacidade de mobilização

social das famílias, por meio de ações que incentivem a participação política, o protagonismo, a autonomia e o reconhecimento e o acesso a direitos.

É evidente, a centralidade da família como núcleo social fundamental para ações e serviços socioassistenciais, as Orientações Técnicas do CRAS (BRASIL, 2009a) destacam que o SUAS, elege a **matricialidade sociofamiliar** como uma de suas bases estruturantes. Esta se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social. A família, segundo a PNAS, é o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou dependência econômica.

Deste modo, organiza toda a rede socioassistencial para o apoio às famílias, a fim de assegurar a toda a população o direito à convivência familiar, seguindo o pressuposto de que para a família prevenir, proteger e manter seus membros é necessária a ação efetiva do poder público. Assim, a partir do exposto nas falas das profissionais, entende-se que quando é trazido isso pelas orientações técnicas, uma família que tenha um ente com algum tipo de transtorno mental ou dependência química, pode necessitar de auxílio, caso esteja apresentando dificuldades. Não é fazer o papel de CAPS, não é atuar no sentido de dar conta de uma demanda do SUS, é compreender a família em sua complexidade.

Aprofundando um pouco mais, segundo a LOAS (BRASIL, 2005c) em seu artigo 2º, a Assistência Social tem como objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

a) **a proteção à família**, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

d) **a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária**; e

e) a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à **pessoa com deficiência** e ao idoso que comprovem não possuir

meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

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

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

Entre seus beneficiários destacam-se, além da família, cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco, tais como: **Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade**, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; **desvantagem pessoal resultante de deficiência**; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; **uso de substâncias psicoativas**; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004^a, grifo nosso).

Assim, em relação à saúde mental, álcool e outras drogas a própria PNAS indica que o uso de substâncias é uma situação de vulnerabilidade, e a presença de algo que interfira na vivência familiar também se caracteriza como vulnerabilidade, quando conceitua o usuário da política, conforme apontado anteriormente. E aí se chega a algo que, não é exclusivo da assistência social, mas é próprio dela: a vulnerabilidade. A assistência social é a política pública que está, desde os seus princípios até os serviços, pensada e formatada para atuar com e nas situações de vulnerabilidade. O seu público-alvo são pessoas e/ou grupos que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco. É na proteção social básica da assistência social que se deve prevenir as situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos.

É evidente a referência a pessoa com deficiência, levando em consideração as diferenças, divergências e polêmicas presentes na discussão entre deficiência e doença mental, a PNAS parece corroborar: Diferentemente dos censos realizados

anteriormente, o Censo Demográfico de 2000 elaborou um levantamento mais detalhado dos universos das pessoas com deficiência, introduzindo graus diversos de severidade das deficiências, incluindo na análise pessoas com alguma dificuldade, grande dificuldade e incapacidade de ouvir, enxergar e andar, bem como as pessoas com **limitações mentais** e físicas. Considerando as deficiências em geral, sua incidência está mais associada aos ciclos de vida, enquanto as incapacidades, **as doenças mentais**, paraplegias e as mutilações estão mais relacionadas aos problemas de nascença, acidentes e violência urbana, mais prevalente entre homens jovens (BRASIL, 2004a).

Ou seja, o texto acima não fala especificamente, mas enquadra as doenças mentais como tipos de deficiência, com origem e explicações diferentes, mas que podem resultar em impedimentos de longo prazo.

Ao que se refere à percepção dos profissionais, esteve presente a relação do Benefício de Prestação Continuada com a saúde mental:

(...) a maioria dos, dos, das pessoas que tem algum problema de saúde mental, recebem um benefício de prestação continuada da assistência social, um BPC, e são assistidos nos grupos dos beneficiários do BPC, então de certa forma eu acredito que isso deve ser cada vez mais incluso, mais incluído.

P2

Acho que, fazendo um apanhado aqui, acredito que o BPC, que só essa, que é o Benefício de Prestação Continuada que tem esse amparo, mas de restante não. ASI

Em relação ao BPC a PNAS indica ser a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2011).

Para requerer o BPC, Santos (2011) explica que a pessoa idosa ou portadora de deficiência deve procurar um dos postos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), preencher o formulário de solicitação do benefício e de declaração de renda dos membros da família, que não pode ultrapassar 1/4 de renda familiar *per capita*, comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para avaliar os critérios de renda. A pessoa deficiente será encaminhada para uma avaliação médico pericial, em que os médicos peritos do INSS verificam, entre outras coisas, a aptidão para a atividade laboral, níveis de dificuldades visuais, auditivas, de locomoção e fala. A pessoa beneficiada passa por uma revisão a cada dois anos e, nessa revisão, a situação social e níveis de vulnerabilidade são também avaliados por meio da avaliação social e visita domiciliar.

Interessante destacar, que apesar do BPC estar em evidência na PNAS, poucos profissionais o mencionaram. Ele ainda veio questionado, o que talvez vá ao encontro do seu tímido destaque na pesquisa, afinal ele é pouco consistente a dar conta dessa demanda, no que se refere à todos os critérios acima descritos para se enquadrar como beneficiário:

E isso não da conta, até por que ele vai ter todos os critérios para você poder beneficiado, não da conta não. Muitas famílias ultrapassam a renda e as vezes por questão mínima de 10 15 reais e precisariam desse recurso financeiro até pro próprio tratamento. Então acho que a Assistência deixa muito a desejar no auxílio principalmente financeiro pra saúde mental.

ASI

Nesse sentido Santos (2011), coloca que um dos critérios de elegibilidade para acesso ao BPC diz respeito à incapacidade para o trabalho. E esse critério é uma das grandes controvérsias para concessão do BPC, uma vez que determinar o que seja incapacidade para o trabalho não é uma tarefa simples, o que acaba por restringir o acesso de pessoas deficientes ao direito social. Além disso, determinadas deficiências não são totalmente incapacitantes para o trabalho; no entanto, a experiência da deficiência e a restrição de habilidades resultante dela fazem com que as pessoas deficientes tenham desvantagens no mercado de trabalho por ele ser pouco adaptado às características dos

deficientes, impedindo a promoção da autonomia e independência financeira e social dessas pessoas.

As famílias dos beneficiários do BPC também devem ter acesso prioritário ao PAIF, com vistas a ampliar as formas de proteção social do SUAS a estas famílias. O acompanhamento familiar do PAIF constitui, em muitos casos, a possibilidade de se definir estratégias para superar barreiras e preconceitos (com a família e comunidade) e de assegurar a inclusão social, bem como a inserção das pessoas em situação de isolamento nos serviços do SUAS e de outras políticas públicas, explica as Orientações Técnicas sobre o PAIF (BRASIL, 2012a).

Assim, a questão na assistência social aparece de forma transversal, caracterizada como situação de vulnerabilidade e risco, tendo em vista o caminho traçado até aqui e tudo que fora pontuado nas leis e diretrizes, bem como nas orientações técnicas. Pensar assim, nos leva ao encontro da análise feita pelos profissionais, em que colocam que é necessário rever o que está colocado:

Eu acho que isso precisa ser muito revisto, precisa ser ampliado, por que quando se fala em saúde mental até nós pensamos e nos remetemos a unidade básica de saúde, então eu acho que isso precisa ser muito revisto, precisa ser estudado e deve ser contemplado sim dentro da assistência(...) P2

(...) mas ainda tem... muito a se pensar, se estudar e se melhorar. AS5

E eu acho que é uma das coisas que deveria ser muito mais divulgada, muito mais falado... e se trabalhado muito mais isso, por que eu acho que é o trabalho muito gratificante e o mais difícil de se lidar. P5

Santos (2011), coloca que a eficácia no combate à pobreza e à desigualdade socioeconômica depende da compreensão da pobreza não somente como baixo nível de renda, mas como privação de capacidades básicas. Ou seja, a privação de renda se configura em situação de desvantagem social em sentido absoluto, mas determinadas desvantagens como a idade, doenças ou certas deficiências reduzem o potencial de um indivíduo transformar renda em capacidades para alcançar uma vida que ele

considera com valor. Para Santos, as políticas públicas são mecanismos para responder às demandas sociais, amparados em princípios éticos e de justiça social, e têm, nesse sentido, função fundamental para beneficiar os indivíduos que têm o potencial reduzido para transformar suas capacidades em funcionalidades.

Pensar em constituir linhas de cuidado requer trabalho contínuo que atravessa os níveis de complexidade de atenção, seja na saúde, na assistência social e demais políticas públicas (Brasil, 2013). Neste sentido, o cuidado pode ser entendido como uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro, colocam Battistelli e Cruz (2016).

Portanto, será que conseguimos pensar a saúde mental para além do paradigma da doença? Torna-se imperioso pensar o cuidado enquanto construção de redes de afeto, laços sociais. Pensar diferente faz todo sentido para alguns profissionais, em que trazem a necessidade de ser visto e contemplado de forma diferente:

Eu acho que deveria ser muito mais, claro a gente não pode dizer que não é contemplada, mas eu acho que poderia ser muito mais, ser vista diferente, eu acho que se fosse, se tivesse um olhar diferenciado ajudaria muito mais os usuários, eu acho que poderia melhorar muito. E fazer acontecer, por que não adianta estar num documento enquanto na realidade não acontece. AS3

Acho que tem muito ainda, acho que tá se engatinhando, eu acho que as pessoas começam agora quebrar muitos tabus e perceberem que o ser humano é, e está susceptível a adoecer mentalmente e se ele não for trabalhado, ele não for cuidado, automaticamente tudo vai acabar adoecendo. AS2

Deste modo, quando lembramos que a proteção social básica apresenta como objetivos prevenir situações de risco por meio de potencialidades e aquisições e fortalecer os vínculos familiares e comunitários, e destina-se a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza da privação ou da fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social (SILVA, 2014). Talvez nos vem a necessidade de tratar o cidadão de direito a partir de suas

especificidades, levando em conta as suas demandas, e tendo consciência que a AS perpassa por uma relação muito mais ampla, e abarca questões que não se direcionam à um problema de forma isolada, mas que considera toda a complexidade do sujeito e sua família, sendo ela o lócus da atuação. Assim, Golçalves (2012) coloca que todos os seus programas, projetos e serviços são pensados nessa perspectiva no sentido de garantir que o usuário seja visto em sua integralidade.

A partir disso, surge o processo de interpretação, ou seja, tendo em vista que é contemplada, porém de modo sutil, conta muito com a visão crítica de cada profissional, conforme a fala de P1 e P3:

*Eu acho que é falado sim, mas tipo a saúde mental muito longe do que tá escrito. Nós enquanto, pelo menos eu vejo, enquanto profissional eu vejo, quando eu citei esse exemplo de quando fala fortalecer vínculos, que esta relacionado a saúde mental, mas não que aborde diretamente esse assunto... então compete ao profissional perceber, e a gente já sabe profissionais e profissionais trabalham de formas diferentes e veem o mundo de forma diferente... Então eu acho que poderia sim ter em algum momento a questão de saúde mental abordada. **P1***

*Acho que vai muito da interpretação dos profissionais que estão inseridos nesse ambiente. **P3***

Azevedo e outros (2014) lembram que o CRAS é uma estrutura de referência, que atua junto a indivíduos e famílias de modo descentralizado e territorializado. Sabendo que os CRAS têm objetivo principal de amparar pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ao passo que contribui para formação de vínculos e redes de apoio, cabe assim, a cada profissional, realizar um olhar para o que representa risco e vulnerabilidade em cada família.

Nesse mesmo sentido, alguns profissionais abordam a questão da necessidade de romper com algumas crenças e preconceitos:

*(...) a gente ainda se depara com muitas crenças relacionadas com saúde mental que só atrapalham o nosso trabalho, e aí atrapalha muito a vida dos usuários também. **P3***

Que hoje se tem muito preconceito ainda também, mesmo na questão da saúde, então precisa ser desmistificado isso. AS4

Quando se fala em crenças preconceituosas, não é estranho pensar que essa realidade se faz presente em situação que abarcam SM álcool e outras drogas. No momento em que os profissionais trazem essa questão, lembramo-nos que o trabalho com o PAIF, busca fortalecer a função protetiva de cada um dos membros da família e dela como conjunto, ao desenvolver ações com a finalidade de identificar e combater ideias preconceituosas, estigmatizantes e discriminatórias. Desta forma, pretende auxiliar cada membro do grupo familiar a reconhecer e respeitar as especificidades e particularidades de cada um dos seus componentes, em especial: aquelas em decorrência do ciclo de vida, orientação sexual, questão de gênero, da incidência de algum tipo de deficiência, doença mental, dependência química, entre outras peculiaridades inerentes à diversidade humana (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista toda percepção constituída até agora, evidencia-se a saúde mental como parte da atuação profissional nos CRAS, assim, também busca-se compreender como ela é percebida no cotidiano, esse foi um dos questionamentos realizados para os profissionais. A grande maioria colocou essa realidade de forma afirmativa, levando em consideração a interpretação até aqui realizada e o que é preconizado no SUAS.

Nesse sentido Battistelli e Cruz (2016), colocam que pensar saúde mental, independente do campo de atuação (saúde, escola, assistência social), é pensar o sujeito integralmente, considerando sua subjetividade, singularidade e visão de mundo. Assim, o princípio de centralidade na família no atendimento socioassistencial, nos leva a indagar-se continuamente quando surgem situações de saúde mental nos atendimentos do CRAS. O quê fazer? Encaminhar? Para onde? É possível continuar acompanhando?

Nas falas de alguns profissionais (P2 e P5), eles evidenciam a saúde mental como algo demandado por outros setores, assim, pensando na intersetorialidade na saúde mental, ela coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso

fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário (Severo e Dimenstein, 2011).

Serviços de Saúde Mental tendem a medicar oferecer psicoterapias e reabilitação imediata, mas serviços residenciais trabalho serviços sociais pessoais tais como acompanhamento terapêutico e assistência domiciliar de longo prazo todos tendem a ser responsabilidade dos órgãos de assistência social (VASCONCELOS et al., 2010). O processo de saída dos usuários do Hospital Psiquiátrico e o conseqüente aumento de sua convivência junto à comunidade e a família levou a da área de saúde mental buscar alternativas.

É tanto que hoje quando tem um usuário com problemas relacionados a saúde mental que vai pra ala psiquiátrica, que precisa de uma internação, 90% dos casos vem com encaminhamento pro CRAS pra estar fazendo o acompanhamento da família. P2

Eu acredito que faz parte sim... não 100% por que tem a parte da saúde, mas a gente nem tem como não atender. P5

É nesse sentido que, apesar do encaminhamento ser considerado uma ação dos serviços do CRAS, a ação profissional não pode se reduzir a um encaminhamento, ou então, a ação não pode se encerrar num encaminhamento. Pelo contrário, os/as profissionais do SUAS muito bem sabem que um “simples” encaminhamento pode ser o desencadeante de um longo processo de acompanhamento familiar na perspectiva da garantia dos direitos; no caso, principalmente ao direito à saúde.

Essa articulação acontece, principalmente, conforme Rocha (2012) se passa a reconhecer a dimensão social dos sujeitos, isto é, a reforma psiquiátrica reconhece a questão social como um dos determinantes do sofrimento mental, que deve ser levado em conta na reabilitação dos indivíduos. As condições de vida dos doentes mentais passam a ser um elemento de reabilitação, pois parte-se do pressuposto que, se as relações sociais destes indivíduos são caracterizadas por violações de direitos, se seu ambiente de vivência cotidiana é marcado por expressões da questão social, tais como insalubridade, dificuldade do provimento de alimentação e medicação, dentre outros,

certamente o processo de reabilitação psicológica destes sujeitos encontrará sérios limites.

Quando falamos no trabalho social com as famílias, através do PAIF, estas famílias são atendidas em sua integralidade. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009b) coloca que esse trabalho é baseado no respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, aos valores, crenças e identidades das famílias. Fundamenta-se no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violência, preconceito, de discriminação e de estigmatização nas relações familiares.

(...) as famílias necessitam ser ouvidas, necessitam estar num grupo de PAIF pra poder conversar, pra poder desabafar, pra ter esse espaço delas, principalmente se elas são beneficiárias do BPC. Eu acredito que sim, que dentro do CRAS a gente pode tá fazendo, direcionado a parte social. P2

Faz, por que ele não deixa de ser um trabalho familiar, e aonde que nós nos deparamos com pessoas, com a família toda doente, então eu não vejo que não faça parte, eu vejo que faz sim.

Não tem como negar... não, até por que se não, qual seria o problema das famílias... então assim, querendo ou não grande parte da nossa população tem algum problema, alguma doença mental. P5

A Tipificação mencionada acima, enfatiza a realização de ações com famílias que possuem pessoas que precisam de cuidado, com foco na troca de informações sobre questões relativas à primeira infância, à adolescência, à juventude, ao envelhecimento e deficiências, a fim de promover espaços para a troca de experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades. O que vem de encontro com as falas dos profissionais. Tais ações têm como finalidade contribuir para “cuidar de quem cuida”. O objetivo é oferecer às famílias, que possuem membros que necessitam de cuidados, espaços de socialização das experiências vividas, de elaboração de meios de enfrentamento de dificuldades e de reconhecimento de potencialidades, de modo a preservar e fortalecer o convívio familiar e social. Tais ações também devem ter por foco a troca de informações sobre as formas de cuidar de pessoas

dependentes, bem como a formação, identificação e potencialização de redes de apoio às famílias que vivenciam essa experiência.

Vale destacar que as famílias, possuem modos diferenciados de vivenciar o cuidado (alguns até bastante conflituosos) e de se adaptar aos processos de cuidar. Então a Tipificação mencionada anteriormente, destaca que nesses contextos é importante que o trabalho social com famílias do PAIF incentive a troca de experiências das famílias e desenvolva ações a partir das especificidades vivenciadas de apoio, em especial com vistas ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É necessário levar em consideração a importância da família em relação a saúde mental, e o PAIF passa a ser uma ferramenta que é crucial. Rosa e Melo (2009) contribui dizendo que quando emerge uma pessoa com transtorno mental as famílias são demandadas primeiramente a enfrentar a nova situação, tendo que ao mesmo tempo compreender a própria enfermidade, a dinâmica dos serviços de saúde mental e manejar seus próprios sentimentos e recursos. Frequentemente o familiar cuidador se isola no plano doméstico para cuidar, porque não tem preparo mínimo para cuidar e não consegue manejar a pressão social e o estigma que também o atinge.

Então nós enquanto CRAS tem que sim estar apoiando, e a saúde mental faz parte sim, por que vem, essas famílias precisam da gente também, elas não têm só o doente mental, tem toda uma família, tem todo um contexto ao redor disso tudo. P2

E a gente lida muito... P3

Acaba fazendo. Eu penso assim, a assistência social, tem subsidio pra atuar e vem a somar pra essa atuação (...) que ele tem esse olhar também. AS4

Sobre este último, vale destacar que a Política de Assistência Social tem sido uma das mais requisitadas pela política de saúde na composição de arranjos intersetoriais, tendo em vista sua atuação na perspectiva de clínica ampliada sob a ótica de cuidado ao portador de sofrimento e ao seio coletivo e familiar do qual ele faz parte, a partir das ações realizadas pelos CRAS por meio de intervenções na comunidade. Assegurados

ainda, a partir dos desfechos de cunho político e social, o direito ao trabalho, o direito de ir e vir, além de uma capacidade emancipatória que segue o caminho contrário ao modelo manicomial/asilar (AZEVEDO et al., 2014).

Nas falas, os profissionais também trazem as dificuldades das famílias, estresse e conflitos como geradores de adoecimento, ou mesmo potencializadores, conforme as falas mais adiante de P5, AS4 e P1. Nesse sentido, o Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF Vol. 1 (BRASIL, 2012a) dirige o olhar às ações que possam possibilitar a **diminuição do estresse**, inerente ao processo de cuidar, contribuindo para o reconhecimento de que o cuidador também precisa de cuidados. E que “cuidar do cuidador” contribui para a melhoria da atenção prestada aos membros dependentes, fortalece a proteção mútua entre os membros das famílias e contribui para o reconhecimento de direitos e o desenvolvimento integral do grupo familiar. É por isso que novamente, coloca-se que o PAIF foi concebido a partir do reconhecimento que as vulnerabilidades e riscos sociais, que atingem as famílias, extrapolam a dimensão econômica, exigindo intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar.

(...) ou tu trabalha um conflito familiar, a pessoa já esta depressiva, voltou a ter um bom relacionamento, melhorou o ânimo, humor tudo, e a convivência familiar, é o nosso trabalho, pode não ser específico, o que é saúde mental, mas eu acho que falando em saúde, é física, mental e psicológica, emocional de uma forma generalizada. P5

(...) precisa ser conversado, por que a demanda vem aumentando, a questão saúde mental, pelo estresse, pelas condições que as pessoas estão expostas, de pressão, de cobrança. AS4

(...) muitos conflitos familiares, falta de comunicação, essas coisas assim que acabam gerando adoecimentos físicos, uma somatização que não é falado, as pessoas não percebem como normal por que aceitam isso como um tratamento, aah saúde mental construída diariamente. P1

As falas acima, nada mais fazem do que garantir o que esta descrito pelo PAIF, como o conjunto de procedimentos efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis. Tal objetivo materializa-se a partir do desenvolvimento de ações de caráter “preventivo, protetivo e proativo”, reconhecendo as famílias e seus membros como sujeitos de direitos e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no seu território de vivência, conforme destacado no Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF Vol. 2 (BRASIL, 2012b).

Considerando que, necessitam de atenção prioritária pelo PAIF as famílias com integrante(s) com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, pois a dependência química está ligada às causas de vivências de vulnerabilidade e violação de direitos no âmbito familiar. E o PAIF deve atentar, também, para o atendimento das famílias com idosos e pessoas com deficiência com vínculos familiares fragilizados, sem acesso a serviços de cuidado e apoio, com reduzida capacidade de autonomia, sem condições de autossustentabilidade e outras situações que apontem a vivência de vulnerabilidade social (BRASIL, 2012b).

Seguindo com o descrito no Caderno de Orientações, o atendimento destas famílias pelo PAIF é essencial, pois estes grupos familiares podem experimentar sentimentos dolorosos e conflitantes, como medo e frustração no que concerne às possibilidades de cuidado e bem-estar que podem oferecer às pessoas com deficiência, podendo requerer a dedicação integral ou ocasionar situações de isolamento de todo o grupo familiar. Isto pode reforçar os padrões de superproteção, fazendo com que a deficiência seja superdimensionada em detrimento das capacidades e aptidões da pessoa com deficiência. O que nos

remete também a fala do profissional que enfatiza o trabalho relacionado ao fortalecimento de vínculos:

A gente trabalha com essa questão de fortalecer vínculos familiares, que tá tão presente, se os vínculos estão frágeis como é que a gente fica? E vem dá onde esses vínculos frágeis? Vem disso, vem de uma desestabilização, a gente não está bem, e se você não está bem o teu emocional não tá bem. P5

Nas Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (BRASIL, 2012a), evidencia-se a preocupação de explorar o conceito de vulnerabilidade e as relações com o risco. O documento se apoia em autores que reconhecem que o conceito é complexo, sendo a vulnerabilidade uma condição relacionada à inserção e estabilidade no mercado de trabalho, à fragilidade de suas relações sociais e à regularidade e qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras modalidades de proteção social. O risco é tido, assim, como decorrente da não prevenção das situações de vulnerabilidade social. Nesse sentido um profissional relacionou a saúde mental com a inserção do sujeito no mercado de trabalho:

Mas quando tu pega assim, por exemplo, uma pessoa desanimada, ou quando tu consegue inserir ela no mercado de trabalho, querendo ou não nós trabalhamos. P5

Segundo afirma Teixeira (2010), a desigualdade proveniente da estrutura econômica continua sendo a primeira razão da pobreza. Desigualdades de renda, de acesso, de meios, de oportunidades, de informação constituem suas várias expressões. O surgimento de termos como exclusão, vulnerabilidade e risco social implica considerar também aspectos subjetivos, relativos às condições de vida dos indivíduos, como a desvalorização social, a perda da identidade, falência de laços comunitários, sociais e familiares, em que a tônica do problema é dada pelo empobrecimento das relações sociais e das redes de solidariedade. Assim, é destacada a importância e a necessidade de olhar o sujeito como um todo, em todas suas dimensões. Nesse sentido que cabe a fala de AS2:

(...) então se nós não cuidarmos como um todo, não adianta eu te dar comida se eu não cuidar um pouco dessa tua questão mental, da saúde... por que as vezes o trabalhador ele se machuca, tá com um pé machucado um braço machucado, isso então uma semana, um mês né, mas e quando ele tá com o coração dele machucado, quando ele tá com a saúde mental dele abalada, ou enfim frágil, como é que vou conseguir inserir ele no mercado de trabalho, como é que vou conseguir dar um suporte pra ele, então é todo um trabalho né, por isso eu acho que ainda se engatinha. AS2

Por fim, essa compreensão ampliada em torno do conceito de família, reconhecendo como legítimas outras formas de relações, está em consonância com a proposta do SUAS. Para realizar o trabalho social com famílias de forma a atender os pressupostos da Política Nacional de Assistência Social, é indispensável que se ultrapasse o conceito da família “ideal”, assumindo a família “real”: lugar de cuidados, afetos, e também de conflitos, diferenças e dificuldades. Nessa direção, é importante compreender que a família é uma instituição social que não pode ser vista como estática, definitiva e fechada. Ao contrário, é uma construção a partir de critérios e contextos históricos, sociais, econômicos e culturais específicos. Ou seja, uma complexa e emaranhada rede de relações, situadas em contextos com múltiplas variáveis adversas, mas também com possibilidades e potencialidades, rompendo assim com posturas individualistas ou familiaristas que as estigmatizam e culpabilizam (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que o equipamento que está inserido em áreas de interesse social, atuando dentro dos territórios e que é porta de entrada da política de assistência social e das demais políticas, na medida em que trabalha com a garantia de acesso a direitos, é o CRAS. A ação das equipes dos CRAS pode ser determinante para a atenção as pessoas que fazem uso e/ou abuso de álcool e outras drogas.

Também é necessário colocar que essa questão de trabalhar a saúde mental, álcool e outras drogas na AS, tem como plano principal a família. O trabalho social com famílias, no âmbito da assistência social, é “Conjunto de procedimentos efetuados com a finalidade de contribuir para a convivência, para o reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na

vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do seu reconhecimento como sujeito de direitos”, conforme o Caderno de Orientação Técnicas sobre o PAIF, vol. 2 (BRASIL, 2012b).

Cabe destacar que dentro desta perspectiva, duas profissionais P8 e P4, não consideram em seus cotidianos a SM, nesse sentido se volta ao que fora discutido inicialmente, que tudo depende da interpretação de cada profissional. E apesar da conotação negativa, nas próprias falas se percebe que existe saúde mental inculcida, ou seja, talvez não entenda como de fato realizador do atendimento, porém essa realidade chega de alguma maneira no dia a dia:

Olha pra te ser bem sincera eu não vejo isso. Porque pelo menos aqui no CRAS a gente encaminha (...), então eu tenho um pouco de dificuldade de visualizar essa questão. AS3

Eu acredito que é muito novo, então pouco se fala sobre a saúde mental dentro da assistência, se fala mais do trabalho amplo, de trabalhar mais essa questão da vulnerabilidade, das potencialidades, das fragilidades, pouco se fala dessa questão.

P4

É possível perceber através das falas, um viés relacionado à intersetorialidade, para a efetivação da Assistência Social como política pública é imprescindível a integração e a articulação à seguridade pelas demais políticas sociais. Além disso, podemos pensar que o usuário, que se insere na Política de Assistência Social, provavelmente é um usuário ou será ou já foi um usuário de outra política pública. Nesse caso, é fundamental a intersetorialidade, também, pela necessidade e pela demanda que surgem através do próprio usuário assistido pelas políticas públicas (MOTTA; SCARPARO, 2013). Assim, a própria articulação com outras políticas públicas, faz parte da garantia de direitos, e garantir direito de atendimento também é uma forma de atender saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo e dos dados analisados, algumas considerações finais se fazem relevantes e necessárias.

Quando se fala da percepção dos profissionais sobre a saúde mental na sua atuação, é direcionado um olhar para a prática cotidiana que, muitas vezes, não é realizado. A partir disso possibilitou-se a incitação de questionamentos acerca do trabalho social desenvolvido junto ao público da política de assistência social: de que modo os profissionais têm olhado para o sujeito que requisita os serviços e benefícios? Qual é a leitura que os profissionais realizam sobre as demandas trazidas? Como é a percepção acerca das necessidades e implicações de cada sujeito ou família? Questionamentos esses, ricos e fundamentais para a prática. Ao chegar na vivência ou não de situações que se relacionam a Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no seu cotidiano, fica evidente a afirmação do surgimento dessas situações em sua vivência profissional.

A partir desses questionamentos iniciais, foi possível pensar como essa demanda é trazida, e é perceptível a proximidade dos profissionais de referência do CRAS as necessidades das famílias, afinal é da proximidade com as famílias que estas trazem suas demandas e particularidades. Nesse sentido, é conclusivo, a necessidade de um olhar criterioso para isso, a fim de poder fazer uma leitura do que cada sujeito/família traz. Considerando, também, as diferenças e características de cada profissional, sendo importante e necessário a identificação por parte deles das demandas trazidas.

Diante disso, as estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais, parte do olhar direcionado a entender quais são as ações a serem tomadas para lidar com as questões relacionadas à saúde mental no âmbito do SUAS. Foi possível perceber que a percepção da saúde mental, surge a partir da evidência de sintomas e doenças, deixando de pensar na integralidade do sujeito. É evidente que essa atenção se materializa a partir do PAIF. Para tanto, destaca-se como ações fundamentais: a realização da busca ativa; visita domiciliar; acompanhamento familiar; articulação da rede socioassistencial; promoção e articulação intersetorial; encaminhamentos; oficinas e grupos socioeducativos, entre outras ações complementares.

Fica nítido a centralidade na família, em que o trabalho realizado vem a partir da visão que pode não se ter o contato diretamente com o sujeito que possui a demanda em SM, mas com sua família. Percebe-se, assim, que tais ações têm como finalidade contribuir para “cuidar de quem cuida”. O objetivo é oferecer às famílias, que possuem membros que necessitam de cuidados, espaços de socialização das experiências vividas, de elaboração de meios de enfrentamento de dificuldades e de reconhecimento de potencialidades, de modo a preservar e fortalecer o convívio familiar e social. Tais ações também têm por foco a troca de informações. Constata-se que o atendimento destas famílias pelo PAIF é essencial, pois estes grupos familiares podem experimentar sentimentos dolorosos e conflitantes.

Cabe aqui, pensar a questão da centralidade na família. Na Assistência Social, o modelo através da família é bastante evidente, principalmente, quando se analisa a chamada matricialidade sociofamiliar, que se refere “à centralidade da família como núcleo fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de Assistência Social” (BRASIL, 2009a, p. 12). Essa centralidade da família aparece como a principal vertente da Política Nacional da Assistência Social (PNAS), que traz como proposta a proteção integral dos indivíduos considerando seu espaço sociofamiliar. Ela merece bastante atenção – pois pode representar substituição da ação pública pela priorização do espaço familiar. É uma crítica, que a partir da representatividade que ficou evidente no estudo, em relação ao foco nas famílias, elas não devem ser culpabilizadas e responsabilizadas por um dever que é do Estado, o de garantir direitos mínimos de existência para qualquer cidadão.

Fica constatada, a importância da intersetorialidade para dar garantia a demanda referente a SM, pensando que o trabalho com as famílias deve ser complementar ao trabalho de outra política pública, direcionada ao sujeito com alguma demanda de Saúde Mental Álcool e outras drogas. Pensar na intersetorialidade, nos remete a perceber que a ação intersetorial é um dos objetivos e princípios básicos para a efetivação da PNAS. O SUAS ao pleitear a busca pela intersetorialidade em seu escopo assume uma tarefa delicada e desafiadora de invocar as demais políticas a assumirem seu papel intersetorial diante dos problemas sociais. Mas construir essa não é uma prerrogativa apenas desse sistema, é uma tarefa inerente a todos aqueles que de fato

vislumbram uma melhor qualidade de vida para a população usuária de seus serviços. A partir do estudo realizado, foi possível perceber que a intersetorialidade está presente no cotidiano de trabalho, porém ainda em processo de construção. É consciente a importância da mesma, mas também a dificuldade de realizá-la de fato, afinal trabalhar intersetorialmente vai além do encaminhamento, parte de um envolvimento maior, em que se pensa e age em conjunto em prol do indivíduo.

No que tange a reflexão acerca da intersetorialidade, evidenciou-se um fator importante, que foi pouco mencionada no presente estudo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que nos deixa um questionamento importante acerca da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que é no que se refere à como a população está sendo assistida além da Assistência Social.

Apesar da reflexão realizada com os participantes da pesquisa, e de atuarem com demandas de saúde mental em suas práticas, ao parar e analisar se nas diretrizes, leis e normativas que compõem a Assistência Social de alguma forma é contemplada, a maioria não tem clareza disso, a percebem de forma sutil, salientando a necessidade e importância de rever essa questão.

Nesse sentido, se pensa que a presença de situações relacionadas a saúde mental, álcool e outras drogas se configura como uma situação de vulnerabilidade e risco, sim, desta maneira é evidente que Assistência Social tem uma tarefa a cumprir. Seja na atuação nos territórios, de forma mais ampla, coletiva e preventiva; seja na atenção as pessoas que fazem uso e/ou abuso de AD ou que tenham algum transtorno mental e suas famílias. E aí se chega a algo que, não é exclusivo da assistência social, mas é próprio dela: a vulnerabilidade. A assistência social é a política pública que está, desde os seus princípios até os serviços, pensada e formatada para atuar com e nas situações de vulnerabilidade. O seu público-alvo são pessoas e/ou grupos que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco. É na proteção social básica da assistência social que se deve prevenir as situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos.

Portanto, os resultados deste estudo evidenciam a importância da construção de práticas voltadas ao olhar do sujeito como um todo, inserido na família e sociedade. Constituir linhas de cuidado requer trabalho contínuo que atravessa os níveis de

complexidade de atenção, seja na saúde, na assistência social e demais políticas públicas; as demandas relacionadas a saúde mental, álcool e outras drogas não tem fronteiras delimitadas por uma determinada política pública, é uma demanda que exige atenção de todos os equipamentos e instrumentos de cuidado. Se apresenta como uma demanda que atravessa os diversos saberes, o que nos chama a atenção, quando profissionais do Serviço Social, trazem a insegurança relacionada ao tema, e o entendem como área destinada aos psicólogos. Cabe aqui uma observação, seria interessante ser abordado o assunto na graduação, tanto para se falar de saúde mental além da esfera do SUS, como política pública, quanto na graduação de Serviço Social, tendo como possibilidade a inserção de disciplina voltada a saúde mental e atenção psicossocial.

E nos remete à uma reflexão final referente à necessidade de traçar um caminho, afinal não existe nada explicitado no que tange o atendimento a essa demanda específica. Quem sabe, a partir da percepção de que a saúde mental, álcool e outras drogas, de fato é uma realidade presente no cotidiano da proteção social básica, abre caminho para o estudo pensado em criar orientações e normativas que garantam esse atendimento de forma clara, de modo que seria enriquecedor, tanto para os sujeitos quanto para os profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. L. T. **Educação e Infância na Cidade:** dimensões instituintes da experiência de intersectorialidade em Niterói. 2014. 387 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói/Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/pos_educacao/joomla/images/stories/Teses/ney%20luiz%20teixeira%20de%20almeida.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018

AMARANTE. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERIOS (Maravilha) (Comp.). **Histórico da Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS)**. 2015. Disponível em: <<http://www.amerios.org.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/6274>> Acesso em: 05 maio 2017.

ANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/File/12173/8639Risco%20ou%20vulnerabilidade%20social>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

ANDRADE, Laura Freire de; ROMAGNOLIS, Roberta Carvalho. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicol. cienc. prof.** [online]. v.30, n.3, p.604-619, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000300012&script=sci_abstract>. Acesso em: 25 out. 2017.

AZEVEDO, Elisângela Braga de et al. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, v. 4, n. 3, p.612-623, 19 nov. 2014. Universidade Federal de Santa Maria. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13562>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BATTISTELLI, Bruna Moraes; CRUZ, Lilian Rodrigues. Saúde Mental na infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas. **Rev. Polis Psique**[online]. v. 6, n.3, p. 187-205, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S238-152X2016000300011>. Acesso em: 25 out. 2017.

BECKER, Carin Fabiana Gisela. **(Re) pensando a intervenção do serviço social no programa de atenção sócio assistencial — PASA no atendimento às famílias com deficiente/dependentes**. 2006. 112 f. TCC (Graduação)- Curso de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:

<mobile.repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118843>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7384>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.33-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**: Lei 8.080/90 de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 38. ed. São Paulo: Saraiva, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social – **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**, Brasília: MDS, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Guia de Orientação nº 1** (1ª Versão). Brasília: MDS, 2005b.

_____. **Lei orgânica de assistência social – LOAS** (1993). 5. ed. Brasília: MDS/CNAS, 2005c.

_____. Política nacional de assistência social – PNAS/2004. **Resolução n. 145/2004**. Brasília: MDS/CNAS, 2005d.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **CRAS, um lugar de (re)fazer histórias**. v. 1. Brasília: MDS, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **SUAS: Configurando os eixos de mudança**. Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. *Capacita Suas* v.1. Brasília: MDS, 2008a.

_____. SUAS: configurando os eixos da mudança. In: *Capacita Suas*. v. 1. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: MDS, 2008b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência de Assistência Social – CRAS**. Brasília: MDS, 2009a.

_____. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. **Resolução n. 109/2009**. Brasília: MDS/CNAS, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. **Orientações técnicas: CRAS que temos, o CRAS que queremos**. MDS, Brasília, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF- Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF**. v. 1. Brasília: MDS, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF- Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e**

Atendimento Integral à Família - PAIF. v. 2. Brasília: MDS, 2012b.

_____. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.** Brasília, 2013.

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida Lacerda; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. O trabalho do assistente social junto aos portadores de transtorno mental e sua respectiva família. **Etic - Encontro de iniciação científica**, [s.l.] v. 5, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/2169>>. Acesso em: 25 out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 84, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000103&pid=S0101-6628201100030000600005&lng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CAPONI, Sandra. Saúde como abertura ao risco. In Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, Patrícia Anjos Lima de; SENA, Edite Lago da Silva; SOUZA, Viviane dos Santos. O empowerment como estratégia de cuidado à família de pessoas em sofrimento mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.13, p.87-103, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1761>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP) **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS** / Conselho Federal de Psicologia (CFP). -- Brasília, CFP, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas**

Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o sistema único de assistência social (SUAS) – informações para gestoras e gestores.** Brasília, 2011. 32 p. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/1286_crepopcfp-documento-para-gestores-da-assistencia-social-suas-2>. Acesso em: 15 mar. 2017.

COUTO, Berenice. Rojas. et al. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil:** uma realidade em movimento. 4 ed., São Paulo: Cortez. 2014.

CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neuza (Orgs.). **O psicólogo e as políticas públicas de Assistência Social.** Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

DEGASPERI, Nílive. **“Drogas, políticas sociais e serviço social”.** 2013. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/123164/326705.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

DUARTE, Robson de Jesus; DIAS, Diego Alonso Soares. A intersetorialidade entre o CAPS e o CRAS no município de Esmeraldas: um relato de experiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n.10, p.237-240, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2365>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

FIORATI, Regina Célia et al. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1458-1470, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000401458&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 dez. 2017.

FRARE, Eluane. **Atuação do psicólogo na política de assistência social na região da Foz do Rio Itajaí do Estado de Santa Catarina.** 2013. 172 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_666dcf6fccb533a88de39e3d58e8900a>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v.17, n.1, p.69-84, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-47142014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 3ª edição, 1991.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 6ªed.São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.10, n.2, p.357-363, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GONÇALVES, Elinalda José. **Sistema Único de Assistência Social: o desafio da intersetorialidade na PNAS.** 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/7220/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

GOULART, Daniela Cristina Soares. **Redes de apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas:** uma interface com as

políticas públicas intersetoriais. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/124077>>. Acesso em: 10 abr. 2017

GUARESCHI, Neuza (Orgs.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

INOSOJA, Rose. Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

INOJOSA, Rose. Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Rev. De administração pública**, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698/6271>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde & Sociedade** [online], v.13, n. 1, p. 25-36, jan/abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2018.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates; INOJOSA, Rose. Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. 1997. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. A Política Pública de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Cadernos do CEOM**, Chapecó, v. 22, n. 30, . 165-178, 2009. Disponível em:

<<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rcc/article/view/456>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

MACEDO, João Paulo et al. O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 479-489, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300015>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MAGALHAES, Kelly Alves et al. A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no programa Bolsa Família. **Saúde soc.** São Paulo, v. 22, n.1, p.57-72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100007&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 28 nov. 2017.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social, Teoria Método e Criatividade**, Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis - RJ. : Ed.Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em: 20 jan. 2018.

MONNERAT, Giselle. Lavinias.; SOUZA, Rosemary. Gonçalves. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan/jun, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005>. Acesso em: 16 out. 2017.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MORAES, Jorge Fernando Borges de. **Apoio matricial entre a rede de atenção psicossocial e a rede de ensino**: avaliação de uma experiência em construção. 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial., Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/130933/332238.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

MOTTA, Roberta Fin; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. A psicologia na assistência social: transitar, travessia. **Psicol. Soc.**[online]. v.25, n.1, p.230-239, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822013000100025&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2018.

OLIVEIRA, Clever Manolo Coimbra; HECKERT, Ana Lúcia Coelho. Os centros de referência de assistência social e as artes de governar. **Fractal, Rev. Psicol.** [online], v.25, n.1, p.145-160, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidar sim, excluir não**: livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Recuperado de URL:

<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>.

PAULA, Kelly. Aandressa; PALHA, Pedro. Fredemir; PROTTI, Simone. Teresinha. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros dos núcleos de saúde da família do Distrito Oeste – Ribeirão preto. **Interface – comunicação, saúde, educação** [online], v. 8, n. 15, p.331-348, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 out. 2017.

PEREIRA, Vinicius Tonollier. **A psicologia no mundo da vida: representações sociais sobre os(as) usuários(as) do CRAS**. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/72768>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PERES, Girlane Mayara. **Processo de implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas: o desafio da articulação de uma rede intersetorial**. 2014. 234 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/128743>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

PINHEIRO, R. C. **Controle social do Programa Bolsa Família: uma experiência de transversalidade e intersetorialidade em um programa público brasileiro**. XX concurso del CLAD sobre reforma del Estado y Modernización de la Adiministración Pfblica, Caracas, 2007.

ROCHA, Tatiana Schlobach. **A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais: limites,**

desafios e possibilidades. 2012. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras, Rio das Ostras, 2012. Disponível em: <<http://www.puro.uff.br/tcc/2012-1/tatiana-completo.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. Inserções do Assistente Social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. VII-VIII, n. 7-8, p.75-106, dez. 2009. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46153>. Acesso em: 02 abr. 2017.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.102, p. 339-351, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008>. Acesso em: 02 abr. 2017.

RUIZ-OLABUÉNAGA. José Ignacio Ruiz. **Metodología de la Investigación Cualitativa**, 4. Ed. Universidad de Deusto Bilbao, 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicologia e Sociedade** [online]. vol.28, n.1, p.151-161, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000100151&script=sci_abstract>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANTIN, Gisele; KLAFFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**[online]. n.34, p. 146-160, jan/jul.2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782011000100009>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.16, supl.1, p.787-796, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SANTOS, Josiane. Soares; SANTOS, Débora. Rodrigues. Configurações contemporâneas da assistência social no Brasil: avanços jurídico-políticos e retrocessos neoliberais. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2 p. 104-130, jul-dez/2010. Disponível em: <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1875>> . Acesso em: 25 jan. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. **Caderno de Orientações: Referências Técnicas para Construção do Plano de Acompanhamento Familiar**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/407.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2017.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.** n.118, p.366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282014000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, p.68-80, 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4036>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SILVA, Chris Giselle Pegas Pereira da; OLIVEIRA, Antônio Carlos de. Estado, sociedade civil e políticas sociais: o Serviço Social no Cras em ação. **Revista em Pauta**, [s.l.], v. 13, n. 36, p.250-268, 23 fev. 2016. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:
<file:///C:/Users/Miche/Downloads/21071-69662-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SILVA, Chris Giselle Pegas Pereira da; OLIVEIRA, Antônio Carlos de. Estado, sociedade civil e políticas sociais: o Serviço Social no Cras em ação. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 36, p. 250 – 268, 2º Semestre de 2015. Disponível em:
<file:///C:/Users/Miche/Downloads/21071-69662-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

SILVA, Marta Borba. **Assistência Social e seus usuários: entre rebeldia e o conformismo**. São Paulo: Cortez, 2014.

TEIXEIRA, Solange Maria. Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 286 - 297, ago./dez. 2010. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/Article/7032>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

TROMBETTA, Ana Paula; RAMOS, Flávia Regina Souza; MISIAK, Marcele.

Familiares de pessoas com transtorno mental: expectativas sobre a doença. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.16, p.62-71, 2015. Disponível em:
<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/File/2449/4327>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

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

YASBEK, M.C. **Estado e políticas sociais**. In: Estudos de Política e Teoria Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Praia Vermelha, nº 18. Primeiro semestre, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dados que caracterizam os profissionais e sua atuação no CRAS

1. Idade:
 2. Sexo: M F

3. Graduação: Psicologia Serviço Social

4. Ano de término da graduação: _____

5. Nível de Escolaridade:
 - Ensino Superior Completo
 - Especialização
 - Mestrado
 - Doutorado

6. Se realizou pós-graduação (Especialização, Mestrado e/ou Doutorado), descreva em quais áreas:

7. Vínculo Funcional:
 - Efetivo [Concurso Público]
 - Comissionado
 - Terceirizado
 - Contrato Temporário
 - Outro. Especifique: _____

8. Tempo em exercício no CRAS:
 - Até um ano 1 ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos mais de 10 anos

9. Descreva suas experiências profissionais anteriores à atuação no CRAS e, caso atualmente, também trabalhe em outro campo de atuação profissional, também o descreva:

10. Carga horária de trabalho semanal no CRAS:

20 horas 30 horas 40 horas

11. O CRAS em que você atua possui trabalhador técnico de nível médio:

sim não

Se sim, em que

funções _____

12. Descreva a composição da equipe técnica do CRAS em que você atua:

13. O CRAS em que você atua possui trabalhador com função específica de coordenação:

) sim. Especifique a formação: _____

não

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1- Você vivencia/atende situações relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas no âmbito do CRAS?
- 2- Quais as demandas trazidas pelas famílias relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas?
- 3- Quais estratégias de atenção, ações e encaminhamentos realizados pela equipe técnica do CRAS em relação às situações relacionadas ao tema?
- 4- Como o SUAS dialoga com a Rede de Atenção Psicossocial e o SUS para abordar estas questões de saúde mental?

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa “*SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais*”, sob responsabilidade da Prof^ª. Dra. Daniela Ribeiro Schneider e da mestrandia Micheli Carla Bortolotti, e, como responsável legal pela instituição, autorizo a execução das entrevistas com os profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS que aceitarem o convite de participação, e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares.

Nome do Responsável

Legal: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

APÊNDICE D – CARTA DA PESQUISADORA AOS GESTORES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Caros(as) Gestores(as) Municipais da Política de Assistência Social,

Meu nome é Micheli C. Bortolotti e sou mestranda do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste programa, venho desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “*SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais*”, sob a orientação da Professora Dr. Daniela Ribeiro Schneider.

A pesquisa tem como recorte Assistentes Sociais e Psicólogos que atuam no equipamento público da proteção social básica, ou seja, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de seis municípios vinculados à Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS).

Esta pesquisa tem como principal objetivo investigar como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS.

Para dar conta do objetivo da pesquisa, será realizada entrevista semiestruturada com os(as) profissionais(as) que atuam nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) dos municípios vinculados à Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS), em local e horário que se adequar melhor a disponibilidade do profissional.

Para tanto, solicitamos o apoio dos(as) gestores(as) da política de assistência social destes municípios na liberação dos(as) psicólogos(as) e assistentes sociais que atuam nos CRAS, a fim de que possam participar da presente pesquisa

Ressaltamos que a participação desses sujeitos na pesquisa é voluntária e estará condicionada ao consentimento dos próprios sujeitos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética.

Após análise dos dados e defesa da dissertação de Mestrado, os resultados da pesquisa serão disponibilizados e apresentados para os(as) trabalhadores(as) e gestores(as) da política de assistência social.

Atenciosamente,

Micheli Carla Bortolotti
Florianópolis/SC
(49) 988442752
michelibortolotti@hotmail.com

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título “*SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais*”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Micheli Carla Bortolotti do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Daniela Ribeiro Schneider.

A pesquisa tem como objetivo investigar como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Álcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre a atenção às situações de Saúde Mental, álcool e outras drogas no âmbito da assistência social e contribuir com subsídios para as políticas públicas na região mencionada. Aos profissionais entrevistados para esta pesquisa entendemos que o risco é mínimo, ficando restrito a algum tipo de constrangimento moral, intelectual ou cultural, desconforto, cansaço ou aborrecimento ao realizar a entrevista e em relação à gravação de áudio. Caso você identifique que exista a necessidade, todo o auxílio psicológico será disponibilizado.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de se pensar a atenção à saúde mental também na política de assistência social, bem como pelas dificuldades e tensões encontradas pelos profissionais neste sentido. É esperado que esta pesquisa contribua para a construção da prática relacionada a saúde mental também no Sistema Único de Assistência Social, especialmente na proteção social básica.

Durante a pesquisa você deverá responder um questionário sobre dados de caracterização de seu perfil profissional e participará de uma entrevista semiestruturada em um horário, dia e local mais convenientes para você. Ressaltando que você não é obrigado a responder a todas as perguntas do questionário e entrevista, podendo desistir do estudo, caso queira.

A entrevista será gravada para facilitar a análise dos dados. As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, suas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, e também subsidiar construção de possíveis ferramentas de trabalho, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2018 na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, participar da apresentação.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Se você se recusar a participar, não terá prejuízo nenhum na sua relação com a pesquisadora ou com qualquer outra instituição ou seu representante que esteja envolvida com esta pesquisa.

A participação na pesquisa não terá compensação financeira, sendo que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso

você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Duas vias deste documento serão rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores responsáveis. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (49) 98844-2752, email michelibortolotti@hotmail.com, endereço profissional Rua Dona Paulina, 780– Centro/Iraceminha/SC - 8989100. Também pelo email da professora orientadora: danischneiderpsi@gmail.com. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e email cep.propesq@contato.ufsc.br.

Obrigada por sua colaboração e por merecer a sua confiança.

Eu, _____, RG, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham a gravação da entrevista para fins de pesquisa científica. Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, desde que seja preservada minha identidade.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

_____ Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider
 Pesquisadora MPSM/Mestrado/UFSC Orientadora MPSM

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais.

Pesquisador: Daniela Ribeiro Schneider

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78418017.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.376.979

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "SAÚDE MENTAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA: uma perspectiva a partir do cotidiano dos profissionais", apresenta uma abordagem qualitativa, classificada como exploratória descritiva com base nos seus objetivos, utilizando entrevista semiestruturada para coleta de dados e posterior análise com base na análise de conteúdo tendo a pretensão de compreender como está sendo realizada a prática pelos profissionais do âmbito da assistência social em situações que surgem a necessidade de uma atuação voltada a temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como profissionais inseridos na Proteção Social Básica da Política Nacional da Assistência Social em municípios da AMERIOS desenvolvem a atenção às situações de Saúde Mental, Alcool e outras drogas no cotidiano dos CRAS.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a percepção que os profissionais da Assistência Social têm sobre as questões relacionados a saúde mental, álcool e outras drogas de usuários atendidos na Rede SUAS dos Municípios do Entre Rios do Estado de Santa Catarina.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.375.979

b) Averiguar qual são as estratégias e modalidades de atenção desenvolvidas pelos profissionais para lidar com as questões em pauta no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

c) Verificar como o SUAS estabelece relações intersetoriais com a Rede de Atenção Psicossocial e demais serviços do SUS para abordar questões de saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para esta pesquisa entendemos que o risco é mínimo, ficando restrito a algum tipo de constrangimento moral, intelectual ou cultural, desconforto, cansaço ou aborrecimento ao realizar a entrevista e em relação a gravação de áudio. Caso identificado a necessidade, auxílio psicológico será disponibilizado. A quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido.

Benefícios:

Como benefício, poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre a atenção às situações de Saúde Mental, álcool e outras drogas no âmbito da assistência social e contribuir com subsídios para as políticas públicas na região mencionada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtido os dados conclusivos, poderá contribuir para a produção de novos conhecimentos sobre a temática proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta inadequações ou impedimentos a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro:	Trindade CEP: 88.040-400
UF:	SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone:	(48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.376.979

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P RCUETO_990558.pdf	02/10/2017 18:28:55		Aceito
Outros	Instrumentos_de_pesquisa.pdf	02/10/2017 18:28:29	Michell Carla Bortolotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/09/2017 22:03:50	Michell Carla Bortolotti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	20/09/2017 22:02:42	Michell Carla Bortolotti	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/09/2017 22:01:51	Michell Carla Bortolotti	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/09/2017 22:01:17	Michell Carla Bortolotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/09/2017 21:55:11	Michell Carla Bortolotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/09/2017 21:54:40	Michell Carla Bortolotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Novembro de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br