



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

DÉBORA RODRIGUES FREIRE

A ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM AS
POLÍTICAS INTERSETORIAIS

UBERLÂNDIA

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

DÉBORA RODRIGUES FREIRE

A ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM AS
POLÍTICAS INTERSETORIAIS

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Atenção em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Alves Fernandes.

UBERLÂNDIA

2018

RESUMO

Este trabalho possui como objetivo de realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a articulação da Rede de Atenção Psicossocial com as políticas intersetoriais bem como refletir criticamente a respeito de sua organização. O trabalho apresentado foi elaborado em três etapas: inicialmente pelo desenvolvimento descritivo e reflexivo sobre o histórico da Política Pública de Saúde e de Saúde Mental do país; posteriormente pela pesquisa bibliográfica que consistiu no levantamento de produções científicas em bases de dados online acerca da temática. Por fim, diante dos resultados obtidos na pesquisa, realizou-se uma análise dos textos encontrados e apresentou-se as considerações finais deste processo a partir de uma reflexão teórico crítica da Rede de Atenção Psicossocial e de suas ações intersetoriais.

PALAVRAS-CHAVES:

Política Pública; Rede de Atenção Psicossocial; Intersetorialidade.

ABSTRACT

This work aims to carry out a bibliographical research on the articulation of the Psychosocial Attention Network with intersectorial policies as well as to reflect critically about its organization. The present work was elaborated in three stages: initially by the descriptive and reflective development on the history of the Public Policy of Health and Mental Health of the country; later by the bibliographical research that consisted in the survey of scientific productions in online databases on the subject. Finally, given the results obtained in the research, an analysis of the found texts was carried out and the final considerations of this process were presented based on a critical theoretical reflection of the Psychosocial Attention Network and its intersectoral actions.

KEY WORDS:

Public Policy; Psychosocial Attention Network; Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é apresentado como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia – UFU na Área de Atenção em Saúde Mental. A Residência Multiprofissional é uma Pós-Graduação lato sensu com atividades teóricas e práticas desenvolvidas nos serviços de saúde da Universidade e da Rede de Atenção à Saúde da região, com a finalidade de capacitar e qualificar profissionais para atuação em sua área específica visando a educação permanente.

A Residência Multiprofissional na Área de Atenção em Saúde Mental da UFU conta com a equipe de residentes composta por Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos e Farmacêutico, além dos preceptores de campo, tutores e coordenadores da área. Durante as atividades práticas, os residentes vivenciam os serviços de nível primário, secundário e terciário da rede de saúde de Uberlândia – MG e região, destacando-se: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Consultório na Rua; Centro de Convivência e Cultura; Serviço de Atendimento Domiciliar; Enfermarias do Hospital de Clínicas da UFU; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e III); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD); Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPS i); e Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas da UFU.

A vivência na Rede de Atenção à Saúde possibilita que os profissionais residentes conheçam o funcionamento dos dispositivos de atenção à Saúde Mental, capacitando-os para a atuação junto aos usuários atendidos. O Ministério da Saúde ressalta que os programas de Residência “(...) formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade.”

O interesse em realizar a pesquisa surgiu mediante à prática vivenciada nos dispositivos citados da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de Uberlândia – MG. Tal vivência propiciou a reflexão sobre os desafios e possibilidades de trabalho das redes de atenção perante ao atendimento dos usuários e seu reconhecimento nos vários dispositivos de saúde, uma vez que estes acessam, por muita das vezes, os serviços primários, secundários e terciários de saúde concomitantemente. Percebeu-se então, a necessidade da ampliação da discussão sobre o acesso à estas redes de saúde bem como sobre a importância da interlocução com as políticas intersetoriais visto que os usuários

apresentam diversas demandas que requerem uma intervenção junto às políticas de Assistência Social, Educação, Habitação, Previdência Social, dentre outras.

A pesquisa “A articulação da Rede de Atenção Psicossocial com as Políticas Intersetoriais” objetiva identificar na literatura materiais que contemplem tal temática e, pretende refletir criticamente sobre a efetividade da articulação com às políticas públicas e análise do seu desempenho frente às expressões da Questão Social através do materialismo histórico.

O desenvolvimento da pesquisa abordará a organização das redes de atenção à saúde mental e sua articulação com as demais políticas, objetos de estudo desta pesquisa, apresentando uma análise do processo social, cultural, econômico e político dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica que incidiram nas políticas públicas atuais voltadas para o atendimento às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool e outras drogas.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de identificar materiais nas bases de dados com relevância sobre o tema.

Na pesquisa bibliográfica o investigador irá levantar o conhecimento disponível na área, identificando as teorias produzidas, analisando-as e avaliando sua contribuição para auxiliar a compreender ou explicar o problema objeto da investigação. O objetivo da pesquisa bibliográfica, portanto, é o de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre um determinado tema ou problema, tornando-se um instrumento indispensável para qualquer tipo de pesquisa. (KÖCHE, 2011, p.122)

DESENVOLVIMENTO

A condição de saúde da sociedade é resultante de sua forma de organização social e política. Dessa forma, vivenciamos a consolidação do sistema capitalista em nossa sociedade, sistema este que tem ideologia pautada na propriedade privada, na exploração do trabalho e na detenção dos meios de produção, e afeta negativamente a classe trabalhadora gerando a Questão Social,

apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, p. 27, 2015).

A Questão Social revela-se como o conjunto de desigualdades sociais resultantes do conflito entre o sistema capitalista vigente que objetiva a acumulação do lucro, e entre, o trabalho expropriado dos trabalhadores. Nesta perspectiva, as expressões da

Questão Social são resultantes do contexto originado por esta relação antagônica manifestadas na sociedade como miséria, desemprego, precarização do trabalho, exclusão social, violência, dentre outros problemas sociais. Estas desigualdades sociais exigem a intervenção do Estado liberal através da criação de políticas públicas para o enfrentamento e minimização das expressões da Questão Social.

Historicamente, o conceito de saúde se restringia a cura e a ausência de doenças. No que se refere à saúde mental, a loucura era considerada resultado da influência de demônios, bruxarias, rituais religiosos e maus espíritos. Não havia estudos científicos sobre a saúde mental e as pessoas que apresentavam algum distúrbio mental ou comportamental eram julgadas por não se encaixarem nos “padrões normais” da sociedade e exiladas em manicômios podendo ser sentenciadas até a morte.

Loucos, deficientes, pessoas em situação de rua, pessoas portadoras de doenças crônicas e contagiosas, prostitutas e homossexuais eram considerados disfuncionais por não produzirem economicamente. As casas manicomiais surgiram em uma perspectiva de controle social proposto pela burguesia para proteger a sociedade destas pessoas e excluí-las do convívio social. A primeira instituição de tratamento para pessoas com transtorno mentais do Brasil foi inaugurada em 1852 por iniciativa do imperador, e foi chamada de Hospício de Dom Pedro II, situada na Praia Vermelha no Rio de Janeiro. De acordo com Ribeiro (1999), o hospício foi criado devido ao crescimento desordenado da população com a necessidade de retirar as pessoas em situação de rua considerados uma ameaça à ordem social. A instituição possuía um viés conservador, moralista e abusivo e era conduzido pela Igreja Católica e pela Santa Casa de Misericórdia, não sendo considerada legalmente como espaço de assistência a psiquiatria e médica. Os usuários que viviam em manicômios como este eram submetidos à tratamentos agressivos, sofriam maus-tratos, eram violentados e viviam em condições miseráveis de sobrevivência.

O pensamento marxista influenciou para o questionamento dos tratamentos realizados nas instituições psiquiátricas, Belmonte (1996) cita que o ideal liberal da República também influenciou para que ocorresse a primeira Reforma Psiquiátrica do Brasil baseada nos modelos coloniais europeus que objetivavam o convívio entre a sociedade e o “louco” e estimulava o trabalho como tratamento terapêutico. No entanto, somente em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental, instituiu como meta o aperfeiçoamento e reforma da assistência psiquiátrica. Em 1927, o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais passou a coordenar os hospitais públicos localizados

no Rio de Janeiro, e posteriormente em 1930, a assistência à saúde mental foi incorporada como responsabilidade do então Ministério da Educação e Saúde (RIBEIRO, 1999).

O acesso à saúde era restrito aos contribuintes da medicina previdenciária e entre as décadas de 1960 a 1980, o país enfrentou um grave momento de repressão, abuso e perseguição durante a Ditadura Militar. Neste período, diversos movimentos sociais opostos ao sistema político eclodiram com ideais de ampliação de direitos e de responsabilização do Estado frente às expressões da Questão Social e impulsionados por discussões que ocorriam em todo o mundo.

A Reforma Sanitária surge como um destes movimentos de organização dos trabalhadores de saúde e da sociedade civil, que visava mudanças na gestão e planejamento de políticas de saúde, reformulando o modelo de assistência ofertado no país com o propósito de obter-se uma saúde de qualidade e garantir o acesso universal e igualitário à saúde.

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a oitava CNS, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, pg. 25)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1986 e reuniu trabalhadores, estudantes e a sociedade civil para a discussão da proposta deste novo sistema de saúde. O relatório final da CNS evidencia a importância sobre a ampliação do conceito de saúde:

(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.4)

O relatório reafirma o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde que reconhece a saúde como estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. As mobilizações e discussões sobre a proposta de um novo modelo de saúde reforçaram a necessidade de ruptura com o modelo biomédico focado na figura central do médico e na ausência de doenças.

Concomitante à Reforma Sanitária, as discussões em Encontros e Conferências sobre a reorganização da assistência e o trabalho profissional na saúde mental

eclodiram, iniciando o movimento da Reforma Psiquiátrica. Belmonte (1996) cita que a Reforma Psiquiátrica foi influenciada pelas experiências italianas que incentivaram o desenvolvimento de novas abordagens de tratamentos na década de 70 no Brasil. O modelo experimentado consistia na ideia de criar centros de atendimentos abertos 24 horas a população com as portas abertas, com a perspectiva de inserção dos usuários no mercado de trabalho a partir de criação de cooperativas com o lema “a liberdade é terapêutica”. Então, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) fortificou-se através da união da classe dos trabalhadores atuantes na área da Saúde Mental e sua luta foi integrante ao movimento sanitário e a Reforma Psiquiátrica. O abuso de violências em manicômios foi denunciado e a proposta de uma nova assistência à saúde mental foi elaborada no II Congresso Nacional de MTSM em Bauru – SP, em 1987. Segundo o Ministério da Saúde (2011), este congresso possuía como lema “Por uma sociedade sem manicômios” e ocorreu juntamente com a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

A reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos tanto nos governos federal, estadual e municipal quanto nas universidades, mercados de serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e nos territórios da opinião pública. (AMARANTE, 1995, p. 103)

Neste mesmo período, nesta perspectiva de reinserção dos usuários, surgiu o primeiro CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial em São Paulo e outras instituições de atendimento à Saúde Mental.

A verdade é que, na prática, propostas começaram a ser construídas e, dentre elas, algumas pioneiras, como: os cinco Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAPS) em Santos – SP, dando total cobertura de atendimento 24 horas por dia; o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) em São Paulo, um dos pioneiros a ser criado, em 1984; a Nossa Casa em São Lourenço do Sul (RS); o Hospital-Dia da UFRJ (RJ); a Casa D’Engenho, também no Rio de Janeiro, e ainda o Naps/Jurujuba (RJ), o Cais/Angra dos Reis (RJ), a Pensão Nova Vida (PA) e a Recepção Integrada ao Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel, que trabalha com a emergência psiquiátrica sob uma prisma totalmente diferente. (BELMONTE, 1997, p.167)

Após a queda do regime militar e redemocratização do país, a saúde foi instituída como direito fundamental, de todos e dever do Estado através do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Em 1990, criou-se então, o Sistema Único de Saúde – SUS através da Lei Federal 8.080 que consolida a saúde como política pública a ser garantida pelo Estado, determina sua

organização e reformula a forma de assistência em saúde por meio de sua promoção, proteção e recuperação, reforçando a ideologia da Reforma Psiquiátrica e os direitos dos usuários de saúde mental.

Em 1989, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional e marcou o início da luta do movimento na esfera legislativa uma vez que propunha a consolidação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país.

Posteriormente, surge o projeto de lei Paulo Delgado (1989), o qual propõe a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e discute a cidadania do louco, abrindo o debate não apenas entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. (BELMONTE, 1996, p.167)

Entretanto, a Lei 10.216 foi somente sancionada em 2001 sendo conhecida como a Política Nacional de Saúde Mental que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtorno mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outro marco da Reforma Psiquiátrica aconteceu na década de 1990, na qual o país firmou compromisso com a Declaração de Caracas, documento produzido na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, que visava a regulamentação e implantação dos CAPS, NAPS, Hospitais-Dias e demais serviços de atendimento diário a pessoa com transtorno mental.

Programas como o “De volta para a casa” instituído pela Lei nº 10.702/2003, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos e o Serviço Residencial Terapêutico foram criados com a proposta de extinguir os manicômios e estimular o tratamento sem exclusão social a partir do convívio familiar e comunitário na perspectiva de reintegração social das pessoas que estavam internadas em hospitais psiquiátricos.

Perante a trajetória de luta por direitos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, para abordar a RAPS é preciso conhecer a organização do Sistema Único de Saúde.

O SUS objetivou a transformação do modelo de atendimento para os usuários e passou a identificar os determinantes e condicionantes de saúde e suas consequências no processo de saúde e doença, uma vez que o sistema econômico vigente e sua organização social impactam diretamente neste processo. Dessa forma, o sistema investe em ações de promoção e prevenção e estabelece os níveis de atenção primária,

secundária e terciária. A integralidade da assistência como princípio fundamental do SUS é entendida como ações e serviços de saúde articulados para cada caso em todos os níveis de complexidade (LEI 8.080). Isto é, os casos são atendidos de acordo com a complexidade de atenção que necessitam, sendo garantido a referência e contra referência entre os níveis de atenção.

A atenção primária ou atenção básica é caracterizada pelo conjunto de ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PNAB, 2006). São as Unidades Básicas de Saúde entendidas como a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, pois propiciam o vínculo entre os usuários e a unidade e possuem o potencial para identificar os determinantes e condicionantes de saúde e intervir em procedimentos mais simples no próprio território. A Secretaria de Atenção à Saúde define como atenção secundária ou de média complexidade, as ações e serviços para as demandas que precisam de atendimento especializado, ou seja, os serviços ambulatoriais para diagnóstico e tratamento especializado que indicam um acompanhamento mais contínuo. Em contrapartida, os serviços de atenção terciária ou de alta complexidade visam atender os eventos agudos, casos de urgência e emergência e procedimentos no âmbito hospitalar.

Os três níveis de complexidade devem atuar de forma articulada e complementar com o intuito de garantir a integralidade do acesso dos usuários à saúde a todos os tipos de atenção em saúde que dela necessitarem. As ações, programas e serviços de saúde compõem a Rede de Atenção à Saúde – RAS, cuja regulamentação é pela Portaria N° 4.279 de 2010 que estabelece as diretrizes para sua organização no SUS, objetiva criar estratégias de enfrentamento aos desafios e para proporcionar uma assistência de saúde eficaz para os usuários.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (PORTARIA N° 4.279, 2010, Anexo, p.2)

Tendo em vista a luta em prol das políticas de saúde de qualidade e a ruptura com o modelo manicomial de assistência às pessoas com transtorno mental, a Lei 10.216 no Art. 4 assegura que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes.” Na perspectiva de consolidar um modelo de atenção pautado na liberdade do convívio

social defendido pela Lei 10.216, o atendimento em saúde mental é organizado pela RAPS no âmbito do SUS.

A RAPS foi instituída através da Portaria nº 3.088 de 2011 que determina a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental e objetiva

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (PORTARIA Nº3.088, 2011)

Como integrante do SUS, a RAPS conta os serviços e dispositivos de atenção baixa, média e alta complexidade, sendo subdividida por Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Provisório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Básica em Saúde tem o intuito de “desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” e é representada na RAPS pelas Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (PORTARIA Nº 3.088, 2011). Em equipes de Atenção Básica para as situações específicas estão: Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura e as Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. O Consultório na Rua é composto por uma equipe multiprofissional que trabalha no território de forma itinerante oferecendo cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua, as pessoas com transtorno mental e os usuários de álcool e outras drogas, realizando uma articulação com os outros pontos de atenção da rede de acordo com as necessidades dos usuários. O Centro de Convivência é um espaço de sociabilidade e de inserção social dos usuários por meio da produção e intervenção da cultura (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

No que se refere à Atenção Psicossocial Especializada encontra-se os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial que é

(...) constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

O CAPS são organizados em diferentes modalidades, sendo o CAPS I destinado ao atendimento de crianças e adolescentes; o CAPS AD ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas; os CAPS I e II indicados para a população de 20 e 70 mil habitantes respectivamente; e o CAPS III que conta com leitos de observação 24 horas denominados hospitalidade com população superior à 200 mil habitantes.

A Portaria nº 3.088 (2011) caracteriza os serviços de Atenção à Urgência e Emergência como “responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. São componentes deste nível de atenção, o SAMU 192, Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Prontos Socorros.

As Unidades de Acolhimento cujo funcionamento é de 24 horas em ambiente residencial que propaga o cuidado contínuo dos usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar com tempo de permanência em até 6 meses e os Serviços de Atenção em Regime Residencial como as Comunidades Terapêuticas fazem parte da Atenção Residencial em Caráter Transitório (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

A Atenção Hospitalar é composta por Enfermarias especializadas em hospital geral que oferece tratamento hospitalar para casos graves e o Serviço Hospitalar de Referência que oferece suporte aos usuários por meio de internações de curta duração e atendimento com indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica até sua estabilidade, respeitando-se os direitos dos usuários garantidos pela Lei nº 10.216 e pelo SUS.

Como Estratégia de Desinstitucionalização estão os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) que acolhem “pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia” (PORTARIA Nº 3.088, 2011), e o Programa De Volta para Casa.

Também estão presentes na RAPS, como Estratégias de Reabilitação Psicossocial, as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e os Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais que visam a inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Diante do exposto, os serviços especializados de saúde mental não desempenham um trabalho isolado, pois a ação fragmentada e setorializada das políticas

não consegue atender à complexidade das demandas presentes na realidade dos usuários. As ações e serviços da rede coordenam e promovem o cuidado juntamente com outros dispositivos e integram outras redes de atenção das diversas políticas públicas. Tais políticas precisam promover a articulação para serem resolutivas e propiciarem um atendimento integral e eficaz para os usuários. Esta articulação é dita como intersectorialidade e é um importante instrumento de gestão para consolidação da cidadania e para a construção de melhorias nas políticas públicas através da participação social. A intersectorialidade pressupõe a troca de saberes e experiências entre os dispositivos numa perspectiva de resposta aos problemas sociais em sua totalidade.

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27)

Desta forma, esta pesquisa sobre o tema configura-se como relevante para a discussão ampliada dos desafios enfrentados pela rede para que esta intersectorialidade aconteça entre as políticas públicas. Este trabalho propõe a compreensão destes desafios de forma a ressaltar o cuidado integral dos usuários nos dispositivos de atenção em saúde mental e fundamentar cientificamente uma análise que possibilite a construção de estratégias de enfrentamento à estes desafios.

METODOLOGIA

O presente trabalho possui o objetivo de identificar as produções científicas sobre a articulação da RAPS com as Políticas Intersetoriais através de uma pesquisa bibliográfica que tem a finalidade de propiciar “o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (LAKATOS E MARCONI, 2003).

A pesquisa possui vertente fundamentada no materialismo histórico cuja bases foram definidas por Marx e Engels que defendiam que o modo de produção de uma sociedade impacta no processo social e político constituindo toda a ordem social. A partir disto, as problemáticas vivenciadas em uma sociedade são analisadas a partir dos seus processos de organização. Isto quer dizer que é necessário uma reflexão crítica da situação em sua totalidade entendendo suas particularidades.

Quando, pois, um pesquisador adota o quadro de referência do materialismo histórico, passa a enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção em determinada sociedade e de

sua relação com as superestruturas (políticas, jurídicas etc.) é que ele procede à interpretação dos fenômenos observados. (GIL, p.22)

A pesquisa foi realizada a partir de buscas em publicações científicas localizadas nas bases de dados de dados online da SCIELO e da BVS e foram utilizadas as palavras-chaves nas buscas: Rede, Psicossocial, Política e Intersetorial. Incluiu-se as publicações em português que apresentaram textos completos nas versões online nos anos de 2010 a 2017, realizando a leitura dos resumos dos textos, o que possibilitou a restrição dos artigos com relevância e adequação ao tema. Diante disto, para a análise e interpretação dos materiais científicos encontrados utilizou-se o método dialético que

(...) fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. para posterior problematização. (GIL p.14)

RESULTADOS

Os levantamentos bibliográficos iniciais executados na pesquisa nas bases de dados acarretaram em 30 artigos, contendo os seguintes termos da busca: Rede, Psicossocial, Política e Intersetorial. Entretanto, alguns desses artigos não estavam disponibilizados na íntegra e ao realizar a leitura do resumo verificaram-se que não eram relacionados ao tema desta pesquisa. Com isso, de acordo com os critérios citados, 8 artigos foram selecionados por contribuírem para o entendimento da problemática.

Os artigos encontrados foram classificados conforme a Quadro abaixo, de acordo com o título do artigo, nome do autor, revista de publicação, base de dados, idioma e ano de publicação.

Quadro

Título do Artigo	Nome do Autor	Revista de Publicação	Base de Dados	Idioma	Ano de Publicação	Campo da Pesquisa
Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack	Pinho, Leandro Barbosa de; Silva, Aline Basso da; Siniak, Débora Schlotefeldt; Folador, Brenda; Araújo, Laura Borges de.	Rev. baiana enferm	BVS	Português	2017	CAPS AD

Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade	MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaissa Fernanda Kratochwill de e SANTOS, Catia Batista Tavares dos.	Psicol. cienc.	SCIELO	Português	2014	CAPS II e III
Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua	BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira.	Rev Esc Enferm USP	BVS	Português	2014	CAPS AD
Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	Scheffer, Graziela; Silva, Lahana Gomes.	Serviço Social e Sociedade	BVS	Português	2014	CAPS II e III
A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil	Kantorski, Luciane Prado; Nunes, Cristiane Kenes; Sperb, Lilian Cruz Souto de Oliveira; Pavani, Fabiane Machado; Jardim, Vanda Maria da Rosa; Coimbra, Valéria Cristina Christello	Rev. pesqui. cuid. fundam.	BVS	Português	2014	CAPS i
Redes e ação intersectorial: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil domunicípio do Rio de Janeiro	Anjos, Cintia Santos Nery dos.	Fiocruz	BVS	Português	2014	CAPS i
Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave	BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira.	Physis	SCIELO	Português	2013	CAPS AD
Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersectorialidade	Leal, Bruna Molina; Antoni, Clarissa De	Aletheia	BVS	Português	2013	CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD

Analisando o Quadro, nota-se que 6 artigos foram localizados na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e somente 2 encontrados na base de dados da SCIELO. Percebe-se que a maioria das publicações são concentradas no ano de 2014 sendo 5 artigos, 2 artigos no ano de 2013 e somente um artigo recente publicado em 2017. Fica evidente a escassez de produção científica recente a respeito da Rede Atenção Psicossocial e de sua articulação com outras políticas principalmente devido à poucos relatos de experiência e poucas reflexões sobre a sua eficácia.

Ao realizar a leitura e fichamento dos textos disponibilizados nas bases de dados, verificou-se que todos os artigos são resultantes de pesquisas de campo desenvolvidas em CAPS II e III. No entanto, além disso, 4 artigos apresentam pesquisas em CAPS AD, 3 artigos com pesquisas em CAPS i. As Unidades Básicas de Saúde e

Núcleos de Saúde da Família também foram foco da pesquisa de 4 artigos e o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS de 2 artigos. O público-alvo das pesquisas abordadas nos textos variam entre profissionais, gestores dos serviços e os usuários.

Os artigos abordaram temáticas relacionadas à RAPS e a intersetorialidade com outros serviços, totalizando um artigo voltado a atenção aos usuários de crack, 4 artigos à rede de atenção à população em situação de rua com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas, 3 artigos à rede de atenção à criança e adolescente com sofrimento ou transtorno psíquico e 3 artigos relacionados à RAPS para o atendimento de adultos.

Todos os textos ressaltaram a importância do trabalho intersetorial entre as políticas como instrumento de enfrentamento às problemáticas vivenciadas pela população usuária e como garantia do cuidado integral uma vez que os serviços fragmentados não conseguem responder sozinhos às realidades múltiplas dos usuários.

A intersetorialidade constitui modos de organizar serviços e setores para aproximá-los das reais necessidades dos potenciais usuários, cujas demandas e necessidades naturalmente não são percebidas por eles próprios de maneira compartimentada (JUNQUEIRA, 2004). Dessa forma, a acessibilidade dos serviços não é somente a concretização da atenção requerida, mas também um fator necessário na efetivação do trabalho entre setores. (BORYSOW, FURTADO, 2013, p.45)

Entretanto, como se dá esta organização dos serviços para que a atenção integral ocorra mediante as demandas dos usuários e quais os desafios para a consolidação desta rede intersetorial?

Borysow e Furtado (2014) apontam fragilidades na rede de atenção à população em situação de rua, pois encontram divergências em sua operacionalização. Em sua pesquisa, afirmam que a elaboração de um fluxo de atendimento é indispensável para a articulação entre os serviços, embora muitos não tenham tal fluxo definido. Isto é, “tradicionalmente, as redes das políticas públicas no Brasil supervalorizam os contatos pessoais em detrimento de articulações institucionais, fato que fragiliza a sustentabilidade de trabalhos intersetores da rede pública.”

Pinho (2017) considera que “a articulação dos serviços de saúde e da rede intersetorial para o cuidado ainda é pontual, com ações pautadas em parcelas de necessidades, não satisfazendo as demandas complexas que envolvem o tema.” Para os sujeitos entrevistados na pesquisa deste autor, existe uma dificuldade de entendimento por parte dos serviços de saúde e de assistência social em compreender que os usuários

de crack não são usuários exclusivos dos serviços especializados em saúde mental e que estes possuem demandas clínicas e sociais.

No que se refere ao atendimento psicossocial da infância e juventude, as Unidades Básicas de Saúde, escolas e Conselhos Tutelares são serviços complementares de atenção à este público com sofrimento ou transtorno psíquico. Kantorsi (2014) indicam em sua pesquisa que a Atenção Básica é o serviço de maior articulação com o CAPS i, pois tem a função de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mental e identificam os casos que podem ser atendidos na própria unidade de saúde ou casos mais graves que precisam ser referenciados para um serviço especializado.

(...) as ações são mais eficazes se operadas em conjunto, aproveitando-se dos diversos recursos disponíveis, de forma que a articulação entre serviços se mostra necessária, atuando como única possibilidade para construção de uma rede de serviços capaz de responder à complexidade dos cuidados dessa população. (KANTORSI, 2014, p.656)

A articulação entre as instituições e setores governamentais é considerada como desafio para a implementação da gestão compartilhada da rede intersetorial. Leal e Antoni (2013) discutem a ausência de parceria intersetoriais ou sua articulação pouco frequente com serviços restritos à principalmente de saúde e Assistência Social. Em seu texto, as autoras concluem que dos CAPS pesquisados, “76% alegaram ter parcerias com outras instituições de saúde, 81% dos CAPS afirmaram possuir parcerias intersetoriais, principalmente com instituições das áreas de Assistência Social (88%), da Educação (53%) e do Judiciário (41%)”. Apenas 25% dos CAPS apontaram parcerias com creches, asilos, casa de passagem e outras entidades e associações comunitárias, porcentual este que aponta a falta de reconhecimento dos serviços em potenciais do território para promoção do cuidado.

Anjos (2014) complementa que os CAPS não se mostram disponíveis para estabelecer uma comunicação que possibilite esclarecer e estimular o conhecimento acerca do trabalho desenvolvido nos serviços de atenção em saúde mental. A autora ainda destaca que o tempo, a dinâmica do trabalho, a disponibilidade dos profissionais, as diferenças ideológicas, a rotatividade de gestores nos serviços e as condições de trabalho também apresentam-se como agentes desafiadores para a consolidação do trabalho em rede intersetorial.

Alguns sujeitos da pesquisa ainda reforçam a precarização vivenciada no trabalho, atribuindo em seu discurso “às dificuldades políticas e à precariedade do

vínculo trabalhista, explicando que, “como não são concursados, não se sentem à vontade em se expor”. O compartilhamento de trabalho é sentido como uma exposição que pode gerar riscos.” (MIRANDA, OLIVEIRA, SANTOS, 2014).

Borysow e Furtado (2014) verificam em sua pesquisa a “baixa compreensão dos usuários sobre a rede de serviços (...) que não entendiam os propósitos do trabalho do CAPS”. Os usuários conhecem pouco sobre as políticas, programas e serviços públicos ofertados bem como os fluxos para acessar o atendimento às suas demandas.

(...) os usuários procuram o CAPS principalmente via a indicação de profissionais dos hospitais e de Postos ou Unidades Básicas de Saúde pertencentes à Atenção Primária. Este fato demonstrou uma articulação da rede de saúde, por estabelecer este fluxo de entrada. Entretanto, a procura espontânea ou pelo familiar não é preconizada como a forma mais adequada. (LEAL, ANTONI, 2013, p.95)

A participação dos usuários na rede de serviços representa um aspecto crucial para o seu fortalecimento. Cabe aos profissionais orientá-los e estimulá-los a integrar essa rede de cuidado como forma de propagar a cidadania e autonomia dos sujeitos conforme o SUS prevê.

Diante do exposto, os artigos encontrados na presente pesquisa bibliográfica também apontaram possibilidades para o enfrentamento das dificuldades para a articulação entre os serviços. O diálogo é apresentado como melhor alternativa visto que o espaço de troca de informações, vivências e experiências entre os profissionais, gestores e usuários possibilita a construção contínua da rede de atenção e consequentemente a viabilização do acesso. Anjos (2014) ressalta que os entrevistados de sua pesquisa concluíram que

A promoção do diálogo contínuo entre serviços e fomento de discussões coletivas acerca das questões da clientela atendida visando estabelecimento de acordos, troca de informações que facilitem melhor conhecimento do caso pelas instituições envolvidas, exposição do mandato dos serviços, tomar decisão quanto aos encaminhamentos e ações conjuntas. O diálogo, o empenho e a persistência aparecem como elementos comuns às falas dos profissionais como necessários neste trabalho (...). (2014, p.68)

Tais espaços podem ocorrer em mini fóruns, eventos científicos, capacitações, discussões de caso com caráter intersetorial. A autora afirma em seu texto que os profissionais participantes da pesquisa sugerem que “cada instituição ou setor do território fique sob a responsabilidade de um ou dois técnicos e estes promovam reuniões e discussões de casos, estabelecendo-se uma referência para o trabalho.” (ANJOS, 2014).

As parcerias são indispensáveis para a execução do trabalho e o matriciamento em Saúde Mental das equipes constitui também como espaços de discussões de casos com respaldo teórico-metodológico com a finalidade de refletir sobre o serviço ofertado e sobre os casos atendidos. Permite que profissionais altamente capacitados possam propagar tais conhecimentos objetivando a melhora do desempenho das equipes. Os dados da pesquisa da Leal e Antoni (2013) apresentam que apenas 62% dos CAPS entrevistados faziam o matriciamento com a Atenção Básica e em relação aos serviços intersetoriais apenas 33% dos CAPS tinham esta prática.

Embora as capacitações profissionais não superem totalmente os problemas estruturais da RAPS, contribui positivamente para a criticidade dos profissionais e tem o intuito de qualificar o trabalho em equipe (SCHEFFER e SILVA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da aproximação com os campos que compõem a RAPS vivenciados na Residência Multiprofissional em Atenção em Saúde Mental, observou-se as dificuldades para operacionalização desta rede e de sua articulação com outras políticas públicas, o que despertou o interesse em desenvolver a presente pesquisa.

O olhar fragmentado não é resolutivo para as demandas complexas dos usuários que atendemos e impossibilita o cuidado integral do mesmo. Os usuários dos serviços de saúde mental caracterizam-se por pessoas com sofrimento ou transtorno psíquico e/ou usuários de álcool e outras drogas, sendo um público que sofre cotidianamente com as expressões da Questão Social em sua realidade e necessitam de uma intervenção baseada na interrelação dos seus problemas. A articulação entre as políticas de Saúde e de Saúde Mental não podem ser dissociadas de outras políticas como de Assistência Social, Previdência Social, Educação, Trabalho, dentre outras.

A pesquisa bibliográfica teve a intenção de propiciar novas abordagens em relação à temática na perspectiva de identificar os principais desafios para articulação entre os serviços intersetoriais. É perceptível a escassez de produções científicas em relação à temática, fato este que impede o conhecimento amplo das experiências em ações intersetoriais da RAPS configuradas no Brasil. Entretanto, diante do histórico de lutas da Reforma Psiquiátrica, da formulação de um novo modelo de assistência as pessoas com transtorno mental e usuário de álcool e outras drogas e dos resultados encontrados em relação à efetividade desta política de saúde mental, torna-se evidente

que a organização da RAPS ainda precisa de melhorias para dar conseguir cumprir com seus objetivos.

Os resultados obtidos demonstram a falta de acesso dos usuários às redes uma vez que os serviços apresentam fluxos burocráticos de atendimento, reflexo da organização do sistema de produção capitalista em que vivemos. As fragilidades do trabalho desenvolvido nas redes apontam para a precarização e sucateamento dos serviços que contam com poucos recursos materiais e humanos, desvalorização do trabalhador, pouco incentivo para qualificação profissional e pouco investimento nas políticas. Esta deficiência pode resultar na indisponibilidade dos serviços em conhecer e aproximar-se dos espaços intersetoriais tornando suas ações desarticuladas.

Perante aos desafios para sua construção, a humanização do atendimento constitui importante recurso para que o trabalho intersetorial ocorra uma vez que temos a Política de Humanização prevê a gestão participativa, cogestão e a defesa intransigente dos direitos dos usuários. Os profissionais que compõem a rede de serviço precisam conscientizar-se da primordialidade de aprimorar-se através da formação continuada.

Conclui-se que o trabalho conseguiu apresentar por meio da pesquisa bibliográfica, as dificuldades observadas e enfrentadas no cotidiano vivenciado enquanto Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção em Saúde Mental. Então, ressalta-se que a presença dos residentes nas redes de atenção é de suma importância uma vez que sua atuação beneficia o serviço e também oportuniza a preparação para superação dos desafios e cumprir com o objetivo de ofertar o melhor atendimento aos usuários. Nesta dimensão, o Serviço Social configura-se como profissão integrada à atenção em Saúde Mental, pois tem a finalidade de promover a cidadania. A atuação profissional é pautada no Projeto Ético Político que prevê o reconhecimento da autonomia, da conquista dos direitos sociais, da universalidade no acesso de bens e serviços e gestão democrática e é aliado ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

A fim de fortalecer os serviços, evidencia-se o trabalho em parcerias de modo a responsabilizar-se pela saúde e qualidade de vida dos usuários, superando as limitações e propondo alternativas como as expostas nos resultados desta pesquisa, com o intuito de construir uma rede de cuidados que lute pelo seu desenvolvimento e investimento pleno. Desta forma, é necessário fomentar a reflexão e criticidade a respeito do processo de saúde e doença que a sociedade vivencia e ocupar os espaços de

tomada de decisão de modo a oportunizar a garantia e ampliação de direitos dos usuários.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Cintia Santos Nery dos. **Redes e ação intersetorial: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro.** / Cintia Santos Nery dos Anjos. -- 2014.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2 .ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia.** Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, nº 1, janabr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . **HumanizaSUS** - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS, 1986.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php>. Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. **Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. **Lei No. 12.010/09**, de 3 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12010.htm> Acesso em: 06 dez. 2017.

BELMONTE, P. **A Reforma Psiquiátrica e os novos desafios da formação de Recursos Humanos**. In: EPSJV. (Org.). Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: Desafios e Perspectivas. 1ªed.Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, v. 1, p. 163-174.

BORYSOW, Igor da Costa et al. **Acesso, equidade e coesão social**: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 48, n. 6, p.1069-1076, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. **Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave**. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000100003&lng=en&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2017.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

COREMU (Uberlândia). **Programa de Residência em Área Profissional de Saúde: Atenção em Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.coremu.famed.ufu.br/saudemental>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. – Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>. Acesso em: 03 de dez. de 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez: 1998.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, v. 3, n. 3, mar-abr, 2004. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/download/12980> Acesso em: 07 dez. 2017.

KANTORSKI, Luciane et al. **A intersetorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 6, n. 2, p.651-662, 1 abr. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa** / José Carlos Köche. Petrópolis, RJ : Vozes, 2011.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade**. Aletheia, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jan. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. **Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade**. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 34, n. 3, p. 592-611, Sept. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300592&lng=en&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PINHO, Leandro Barbosa de. **Análise Da Articulação Da Rede Para O Cuidado Ao Usuário De Crack**. *Rev. baiana enferm*; 31(1)2017.

RIBEIRO, M. S. **O consumo de substâncias psicoativas em Juiz de Fora**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, p. 405-413. set. 1999.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo , n. 118, p. 366-393, June 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2017.