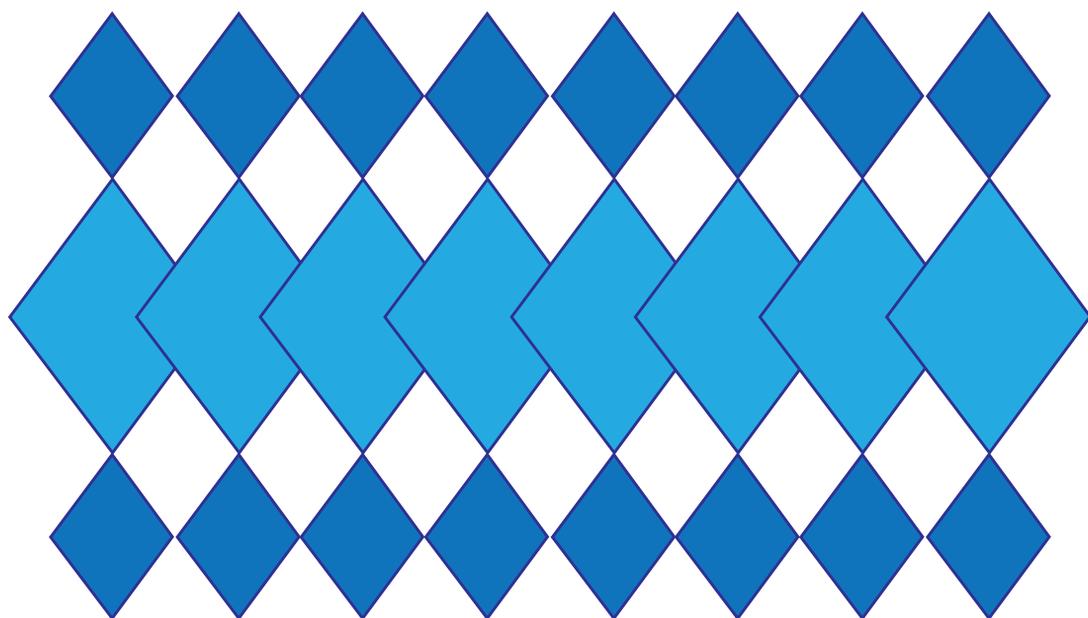
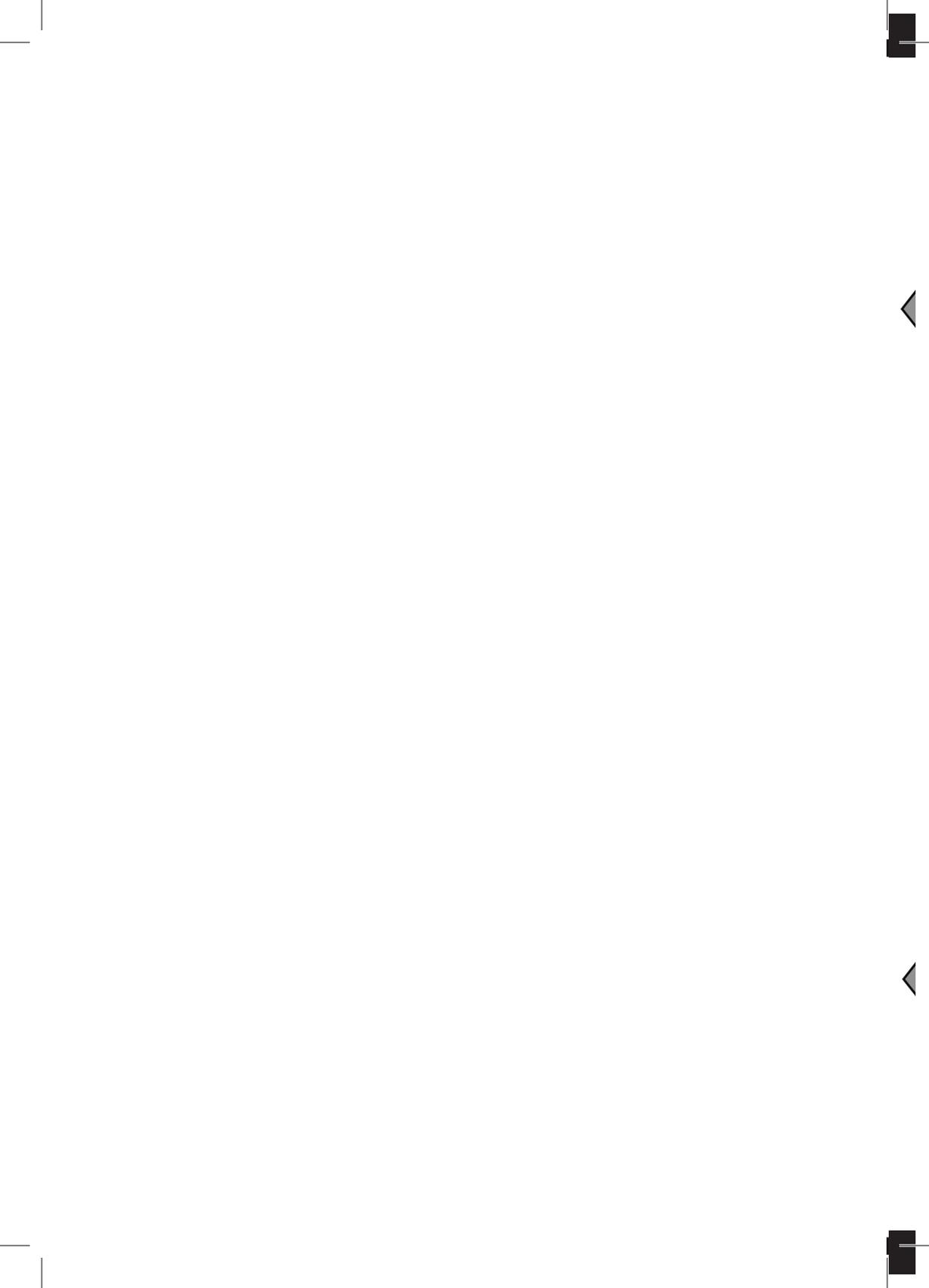
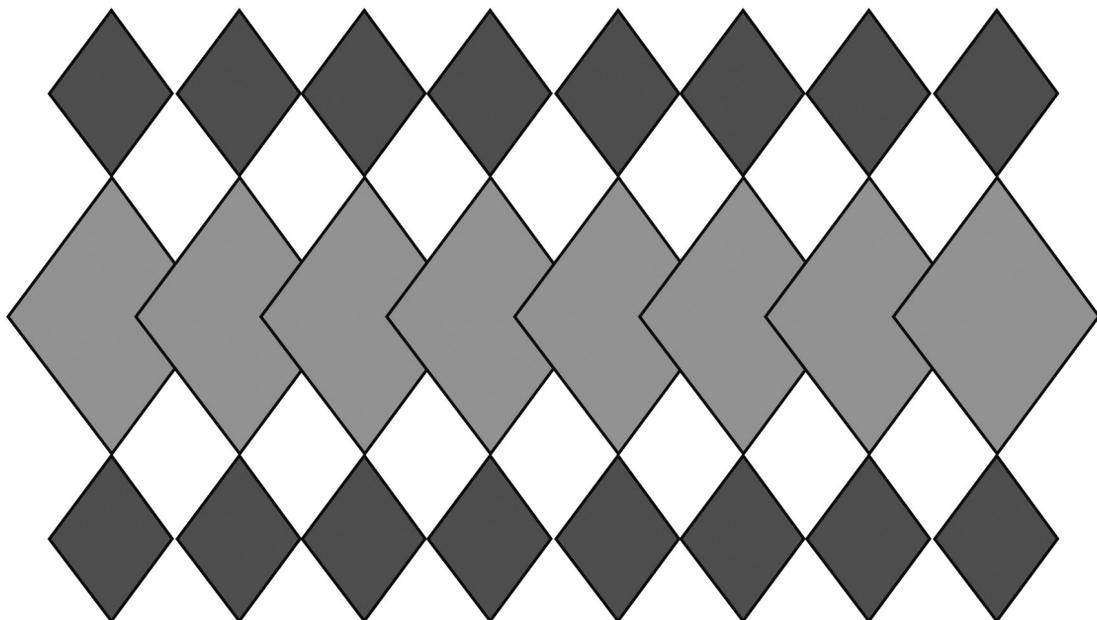


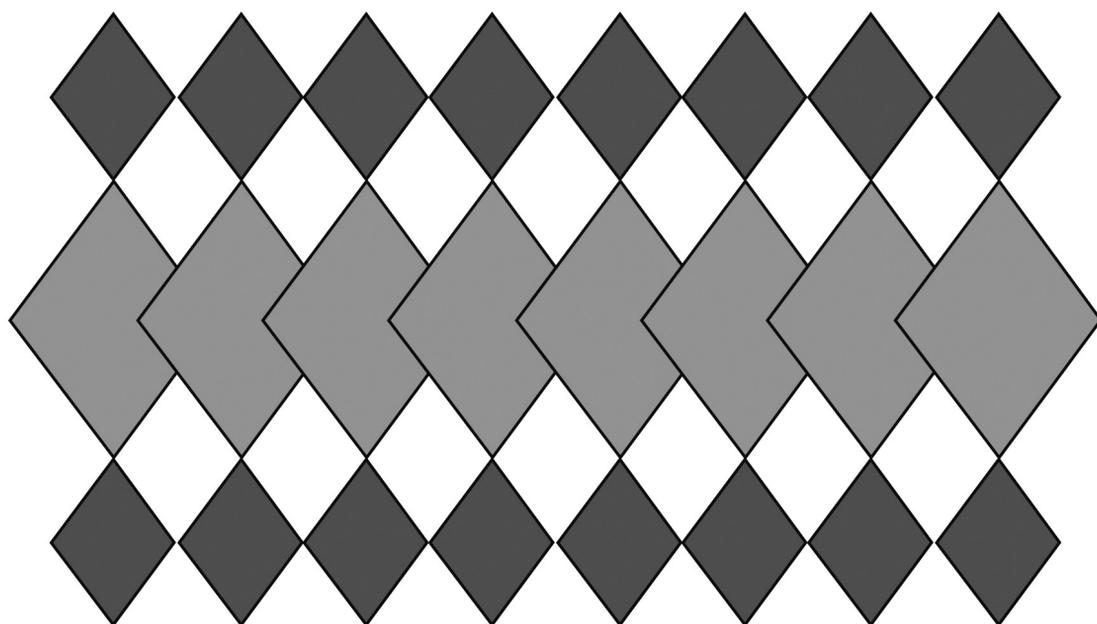
**Contribuições do Conselho Federal de
Psicologia para a constituição da Rede de
Atenção Psicossocial no Sistema Único de
Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**







**Contribuições do Conselho Federal de
Psicologia para a constituição da Rede de
Atenção Psicossocial no Sistema Único de
Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**







Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011

1ª Edição
Brasília-DF / 2011

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.pol.org.br e em crepop.pol.org.br

1ª edição – 2011

Projeto Gráfico – Luana Melo/Liberdade de Expressão
Diagramação – Fabrício Martins

Revisão – Joíra Coelho/Suely Touguinha/Cecília Fujita



Liberdade de Expressão - Agência e Assessoria de Comunicação
atendimento@liberdadedeexpressao.inf.br

Coordenação Geral/ CFP
Yvone Duarte

Edição
Priscila D. Carvalho – Ascom/CFP

Produção
Gustavo Gonçalves – Ascom/CFP

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2,
Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF
(61) 2109-0107

E-mail: ascom@cfp.org.br
www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – Dezembro de 2011

Plenário responsável pela publicação

Conselho Federal de Psicologia XV Plenário Gestão 2011-2013

Diretoria

Humberto Cota Verona – Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Vice-presidente
Deise Maria do Nascimento – Secretária
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira

Conselheiros efetivos

Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Aluizio Lopes de Brito
Secretário Região Nordeste
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste
Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto
Celso Francisco Tondin
Cynthia Rejane Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Márcia Mansur Saadallah
Maria Erminia Ciliberti
Mariana Cunha Mendes Torres
Marilda Castelar
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro
Roseli Goffman

Conselheiros convidados

Angela Maria Pires Caniato
Ana Paula Porto Noronha

A redação deste documento contou com a colaboração de:

Ana Maria Pereira Lopes; Anice Holanda Nunes Maia; Marcela Lucena;
Marcus Vinícius de Oliveira; Nelson Figueira Junior e Túlio Batista.



Sumário

1. Apresentação	7
2. Bases conceituais/legais para uma Rede de Atenção Psicosocial no SUS	9
2.1 Atenção Psicosocial - O dilema da atenção psicosocial "dividida" na contramão da integralidade do cuidado.....	9
2.2 Regiões de Saúde e Redes de Atenção Psicosocial	13
2.3 Responsabilização pelo usuário na Rede de Atenção Psicosocial.....	14
3. Articulação da Rede de Atenção Psicosocial	17
4. Organização e operacionalização da Rede de Atenção Psicosocial.....	19
4.1 Gestão do trabalho psicosocial em Rede	19
4.2 A atenção básica precisa de um trabalho de matriciamento específico para a Rede de Atenção Psicosocial	20
4.3 Gestão do trabalho na Rede de Atenção Psicosocial.....	21
4.4 A equipe de matriciamento em articulação com a figura dos apoiadores e ativadores da atenção básica.....	22
4.5 A educação permanente como dispositivo de ativação dos trabalhadores para o trabalho em Redes Psicosociais.....	23
4.6 A participação social do usuário na construção da Rede de Atenção Psicosocial	24
5. A articulação de Redes diante de problemáticas específicas.....	25
5.1 Da problemática do álcool e outras drogas.....	25
5.2 Da problemática das crianças dependentes de álcool e outras drogas	26
5.3 Da problemática das pessoas com transtornos mentais.....	27
5.4 Da articulação da Rede Psicosocial com a alta complexidade.....	28
6. Referências.....	29



1. Apresentação

O Decreto 7.508/2011 regulamenta a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o Decreto, o oferecimento de serviços de Atenção Psicossocial será condição obrigatória para a constituição de uma Região de Saúde.

A partir disso, em reunião ocorrida em agosto de 2011, o Ministério da Saúde solicitou ao Conselho Federal de Psicologia proposta de Rede Psicossocial adequada a uma Região de Saúde, de modo a contribuir para o debate sobre o assunto. O CFP então reuniu pesquisadores em Saúde e profissionais de Redes Psicossociais, da Atenção Básica, da Saúde Mental, da Atenção à Mulher, da Atenção à Criança e ao Adolescente, da Atenção ao Idoso, entre outros, para construir esse documento.

Importante destacar que o CFP tem grande militância na defesa do SUS, em especial no âmbito da saúde mental. Entre as diversas ações que já realizou em função disso, exemplificamos: a publicação do Relatório do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, ocorrido em 2006, chamada *Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*; a realização do Seminário Nacional Subjetividade do Consumo de Alcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras e a publicação de seu relatório em 2008; o apoio à Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial em 2009, que reivindicou a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM-I); a publicação, em 2009, do relatório *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*; a realização do debate *online* Psicologia e Medicina Tradicional Chinesa – MTC – acupuntura: ciência, tradição e políticas públicas de saúde, em 2010. O CFP ainda participou de algumas inspeções que culminaram na publicação do *Relatório da Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas* em 2004 e do *Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos* (ILPIs) em 2008.



2. Bases conceituais e legais para uma Rede de Atenção Psicossocial no SUS

2.1 Atenção Psicossocial - O dilema da atenção psicossocial "dividida" na contramão da integralidade do cuidado

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial, por meio do Decreto 7508/11, foi considerada um avanço para o campo da saúde, mas é necessário refletir sobre o termo "psicossocial", a fim de demarcar algumas possibilidades e pensar sobre os problemas da ação psicossocial no campo da saúde.

O conceito de psicossocial é manejado por especialistas da saúde, mas pode ser utilizado de forma ingênua. O termo é uma junção do psicológico e do social, mas, na prática, essas ações seguem separadas das ações em saúde, porque o mundo da biomedicina se formou banindo o que seja psíquico e social. Sabe-se, no entanto, que não é possível separar o psíquico e o social na vida diária. Com essa separação, a biomedicina, de forma geral, não consegue conferir às pessoas sua integralidade. Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) defina saúde como o mais completo estado de bem estar biopsicossocial, a biomedicina, ao trabalhar com o conceito fundamentalmente biológico, do corpo, sempre estabeleceu a compreensão do que seja saúde. Sendo assim, no campo da saúde, há de se ter vigilância sobre o fato de que o psicossocial sempre esbarrará no domínio que a biomedicina exerce nesse campo.

No entanto, o psicossocial, no Brasil, ganhou alguma afirmação no campo da saúde mental. Embora com muitas adversidades, ocorreu um esforço para afirmar que ali se considerava, obrigatoriamente, a subjetividade e o campo das relações sociais. Essa perspectiva, no entanto, não ganha assento tão facilmente em outros campos do setor saúde, diante da divisão de espaços de poder que se desdobra em uma divisão dos sujeitos em questão. Diante disso, somente a afirmação do que seja a integralidade pode ser recurso de enfrentamento nessa disputa de espaço. Sem a integralidade como norte,, corre-se o risco de manutenção de uma divisão dos sujeitos e dos fenômenos a eles relacionados.

A problematização da integralidade deve ser a orientação para a compreensão do psicossocial. Mesmo em espaços designados como de saúde e encaminhados sob a égide da interdisciplinaridade, ocorre de as pessoas que os fazem funcionar conduzirem o trabalho pela perspectiva da biomedicina. Sob a afirmação do que seja psicossocial, o assistente social faz reunião com a família, o psicólogo faz atendimento individual para acessar a subjetividade, o enfermeiro faz cuidados paliativos e o médico prescreve medicamentos. Esse é um exemplo de atenção psicossocial de somatório de disciplinas, que, efetivamente, não considera as pessoas em sua totalidade.

Parte-se do pressuposto de ser **equivocado um serviço de saúde fundamentado em uma divisão da pessoa para o qual se destina**, contrariando os discursos de integralidade como princípio da assistência. Assim, problematizar o que seja psicossocial se dá em função da seguinte questão: como ações em saúde podem levar a uma substituição da lógica biomédica aplicada aos serviços de saúde? Referimo-nos à lógica identificada pelo seu potencial desagregador na consideração do sujeito em sua totalidade.

Do modo como tem sido pensada, a atenção psicossocial não leva a uma efetiva discussão dessa substituição, tampouco a uma discussão sobre uma transição tecnológica na saúde ou a uma abordagem da tensão medicalização/desinstitucionalização. Não leva também à constituição de serviços que transcendam a mera "extensão de coberturas das práticas médicas" e sejam substitutivas a estas. "Substitutivas na medida em que são práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias", como diz Merhy & Feuerwerker (2008) em um estudo sobre medicalização e substitutividade.

Assim, qualquer serviço que se coloque sob a égide do psicossocial deve ter a problematização do equívoco da centralidade biomédica como orientação.

O modelo biomédico é oriundo de alguns séculos na história das práticas sociais. Contudo, na história recente, a colocação das disciplinas a serviço do modelo biomédico pode ser exemplo de como se corre o risco de alimentar tal modelo, mesmo sob o exercício da sua crítica. Recentemente, os serviços de saúde, no tocante à atenção em saúde

mental, deixaram de ser designados como apoio psicossocial para serem intitulados como atenção psicossocial. Deixaram de ser núcleo de apoio para serem centro de atenção psicossocial.

Para além de objetivar retorno de nomenclatura, importa pensar que a ideia de centro de atenção acabou adotando metodologias que constituíram espaços para onde as pessoas vão para receber algo pronto. Isso é problemático porque invoca a instalação de um equipamento que tenha condições de dispensar serviços que, no caso da saúde mental, são centralizados na prática médico-psiquiátrica. Centro de atenção pressupõe sanitização, medicalização e um tipo de atuação profissional cujo centro é a dispensa de atendimentos – uma herança dos ambulatórios tradicionais.

Já núcleo requer agrupamento de pessoas, que se organizam como núcleo para sair e ficar junto da comunidade. O conceito de núcleo, por meio da ideia de apoio, leva em conta o território para o qual a organização técnica se dirige bem como as pessoas e suas demandas. Há uma dimensão até mesmo ética relativa à autonomia das pessoas aí colocada. Na verdade, não houve grande problematização da diferença entre essas metodologias, que foram se distanciando nos equipamentos sem uma diretriz maior para o trabalho. Os equipamentos estão instalados e, com a ampliação deles como Rede corre-se o risco de, em nome da tarefa de fazer atenção psicossocial, manter tal divisão e não considerar o território em questão. Há de se ter essa problematização como norte.

No caso da saúde mental, foi assim que se constituiu um conjunto de equipamentos nos últimos anos que manteve a medicalização e a compartimentalização. A atenção é oferecida pelos integrantes da equipe por meio de trabalho restrito a promover a articulação e a organicidade das ofertas de tratamento para as pessoas. Por isso não têm, de fato, um trabalho pautado na territorialidade e, por conseguinte, não têm potência para instalar uma substituição à lógica médica.

O que ocorreu no campo de atenção em saúde mental tem desdobramentos para quaisquer outros equipamentos em que se pense em instalar saúde. Exemplo disso são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), que aparecendo no cenário da atenção em saúde já tempos depois dessa lógica instalada, só podem remeter a ela,

entendendo seu funcionamento enquadrado pela ideia de serviço e não conseguindo se constituir em articuladores de Redes de Apoio no território ao qual se relacionam.

Na tensão vivida nos Nasfs, - entre serem movidos pela lógica da atenção e a necessidade de construção de outra lógica -, a atenção domiciliar pode ser um caminho transformador porque o grupo domiciliar reflete toda a problemática do território. Atenção domiciliar se faz construindo relações de longo prazo de forma que as pessoas possam contar com o outro, com os vizinhos e com a comunidade na assessoria dos processos difíceis de ser suportados no cotidiano relacionados à vida doméstica, com o outro, com os vizinhos, com a comunidade.. A atenção domiciliar é fundamentalmente um trabalho de assessoria para tornar possível que o sujeito caiba socialmente e, no caso de agravamentos de sofrimento, não transborde, o que exigiria sua retirada da vida social por meio da internação. A atenção domiciliar, além de ajudar o profissional de saúde a subverter o espaço da consulta médica, pode, em casos difíceis como aqueles relativos ao uso abusivo das drogas, ser veículo de construção de laço social, o caminho mais profícuo de cuidado nesses casos. A atenção domiciliar, articulada à atenção básica, pode ser potencializadora de uma substituição ao modelo biomédico.

Em todo tipo de serviço de saúde, diante da diretriz de se alcançar substitutividade, há sempre de se pensar no tipo de tecnologia que está sendo utilizada e na concepção dessa tecnologia. Qualquer tecnologia em saúde, para funcionar na integralidade da assistência, precisa considerar a dimensão existencial que a pessoa em questão tem. A perspectiva dividida da atenção psicossocial, tal qual o modelo biomédico, não consegue perceber a dimensão da pessoa que procura o serviço como morador de um bairro, como cidadão, enfim, com o conjunto de dimensões que adquiriu ao viver; ou seja, para a consecução da integralidade, não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, **e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem.** Deve-se conhecer que a dimensões simbólica e afetiva, articuladas e orgânicas, derivam do contexto social, o qual é formado por outros indivíduos que têm sentimentos, que têm corpos e que têm inscrições e poder nas relações sociais em um determinado território.

2.2 Regiões de saúde e Redes de Atenção Psicossocial

A organização da atenção à saúde com base em Região de Saúde, presente nas normatizações do SUS desde a década de 1990, passa, com o Pacto pela Saúde, a ter uma regionalização cooperativa estabelecida. Tal regionalização cooperativa é princípio do Decreto 7508/11, como já havia sido evidenciado pela Portaria 4279/10. Nessa perspectiva, os serviços de atenção psicossocial, condição para a instituição de uma região de saúde no Decreto 7508/11, devem ser organizados por meio da lógica de Redes, ou seja, há de se pensar nesses serviços como Redes de Atenção Psicossocial (Raps).

A direção colocada pelo Pacto pela Saúde é de que as Regiões de Saúde devam ser organizadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais. A organização das regiões de saúde, base para a organização de uma Rap, deve ter especial consideração com as características psicossociais. As Regiões de Saúde são espaços territoriais complexos, envolvendo características muito amplas relativas às necessidades psicossociais que interferem diretamente nas condições de saúde psicossocial.

As Regiões de Saúde são espaços sanitários, "espaços de responsabilização da Raps por sua população e subpopulações e de localização ótima de diferentes serviços de saúde" (VILAÇA, 2011, p. 117)., Nessa perspectiva, são mais do que apenas um território administrativo e político de uma dada região. Nesse espaço sanitário estarão localizados os pontos de atenção ou espaços onde serão ofertados determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular.

A constituição de uma Raps deve ter zelo para com as possibilidades de extensão dos serviços (para abranger uma situação psicossocial na perspectiva de Rede) e oferecer maior concentração de serviços (para atender uma dada situação de saúde psicossocial). Decorrente disso, denota-se a necessidade de revisão e avaliação permanentes no sentido de se ter conhecimento das pessoas e situações em questão, quando há participação social, um dos elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), este deve ser incorporado às Raps (veja item 4). Ou seja, dadas as condições psicossociais de uma população, fazem-se necessários projetos específicos que abranjam territórios outros, a fim de que se tenha resolutibilidade de uma situação, podendo-se,

sob a perspectiva de Rede, desenvolver pontos de intensidade maior de cuidados em algumas de suas "malhas". Um exemplo disso seria alterar o horário de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas: álcool e outras drogas (CAPS-AD), que não poderiam funcionar apenas em horário comercial, haja vista deverem estar vinculados à necessidade dos usuários.

2.3 Responsabilização pelo usuário na Rede de Atenção Psicossocial

A atenção psicossocial pensada como uma Rede deverá ter seu trabalho desenvolvido vislumbrando a responsabilização pelo usuário. Tal responsabilização tem seu marco inicial no princípio da integralidade. Na pactuação do serviço devem ser construídas as responsabilidades diante das condições psicossociais e nos pontos de execução dos serviços essa ideia ganha forma especial. Nos serviços prestados, o conjunto dos profissionais deve ter o compromisso com a busca do cuidado integral, na perspectiva de um "trabalho vivo", em que se fazem necessários o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado, como condutor da prática (MERHY, 2002). Para tanto, o trabalho deverá andar *pari passu* com a perspectiva da educação permanente com vistas ao cuidado preconizado (veja item 4).

Tal responsabilização envolve não apenas a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada, mas de pontos de movimento desse mesmo usuário na Raps. Ou seja, parte-se da ideia de que, sobretudo os problemas da ordem psicológica e social, devem ter sempre em perspectiva um tipo de evolução, como no caso da reabilitação psicossocial de uma pessoa com um episódio de transtorno mental. A Rede deve estar preparada para redesenhar seu projeto terapêutico, ou seja, para ir além do encaminhamento. Na linha desenvolvida por Vilaça (2011), acerca de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas Raps não há de se ter desenhado pontos especializados no atendimento à situação de agudização de problemas, sem que tenha sido desenvolvida também a competência de redefinir projeto terapêutico conjunto a ser desenvolvido em outros pontos da Rede.

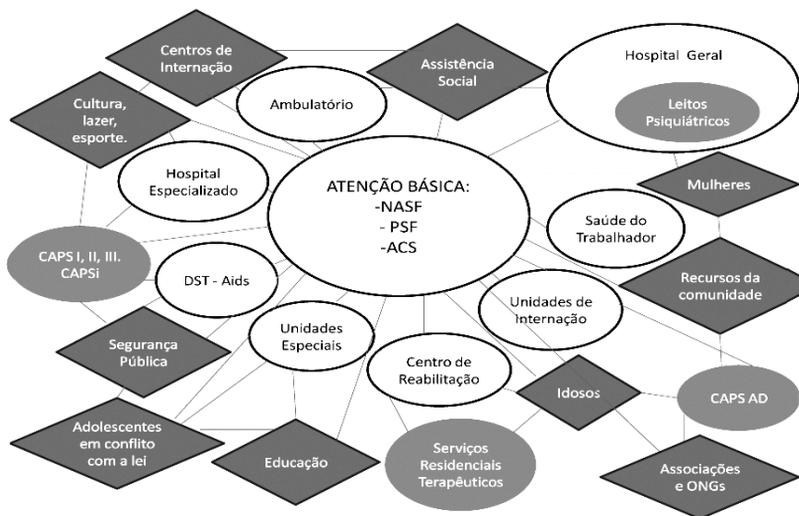
É nessa perspectiva de movimento da pessoa atendida na Raps que a ideia de linha de cuidado pode ser articulada para garantir fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (FRANCO e FRANCO, 2009). A Raps precisa ter sempre em conta o itinerário que o usuário faz por dentro da Rede, incluindo segmentos do sistema de saúde, bem como aqueles externos, mas que participam de alguma forma da Rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. Por exemplo, o usuário de saúde mental que precisa de suporte da comunidade para sua ressocialização. É necessário, portanto, que os trabalhadores, com base no vínculo com os usuários, acompanhem, facilitem e se corresponsabilizem pelo "caminhar na Rede" (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).

Na direção do que diz Vilaça (2011) acerca das RAS, nas Raps, a noção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, na qual se pode percorrer o cuidado por caminhos diferentes. Assim, ainda que a atenção básica deva ser ordenadora da Rede (veja item 4), por meio de relações horizontais entre os pontos de atenção e como centro de comunicação, cada um dos serviços deve ter desenvolvidos seus Projetos Terapêuticos Psicossociais ou conjunto de atos assistenciais resolutivos da dimensão psicossocial em questão, com base na avaliação de risco psicossocial, que engloba a dimensão clínica, mas também social, econômica, ambiental e afetiva, em um olhar integral. Na perspectiva de uma Raps, deve-se operar centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).



3. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial

O esquema a seguir procura descrever a articulação da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo-se os pontos de atenção ou equipamentos do SUS como um todo, destacando-se que cada um desses pontos deve ter seu projeto de atenção psicossocial desenvolvido. Incluem-se na perspectiva da Rede a articulação com a rede intersetorial de políticas públicas, além dos recursos da comunidade, a qual deverá ser sempre pensada como espaços a serem desenvolvidos ou "ativados" para o pertencimento à Rede. Ressalte-se que a ideia de Rede de Atenção Psicossocial perpassa todo o sistema de saúde, nos diferentes tipos de assistência. A intersectorialidade pode potencializar a constituição de outros pontos de atenção no interior rede.





4. Organização e operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial

4.1 Gestão do trabalho psicossocial em Rede

Com os avanços provocados pelo Pacto pela Saúde, ocorreu uma importante redefinição de responsabilidade para cada esfera do governo. Desdobrou-se daí uma maturidade na compreensão da atenção básica como centro ordenador do sistema local de saúde, e, enquanto *locus* transversal, como propulsor de um sistema de saúde universal, integral, equitativo e com controle social.

É nessa direção a proposta aqui apresentada de composição de uma Rede de Atenção Psicossocial para uma dada Região de Saúde. A Rede tem na atenção básica, tal qual coloca a Portaria 4279/10, local propulsor de ações a serem realizadas na perspectiva de Rede de Atenção em Saúde (VILAÇA, 2011). Desse modo, a proposta apresentada necessita de um reconhecimento da atenção básica como:

1. Espaço onde devem ser assumidas ações na direção de substitutividade e desconstrução da centralidade da lógica da biomédica no sistema de saúde, produzindo-se novas maneiras de cuidado com as pessoas (feuerwerker, MERHY, 2008).
2. Espaço onde ocorre alta densidade relacional que pode ter menor custo de insumos, mas demandará grande custo operacional e de planejamento (FRANCO, 2006).
3. Espaço que indica uma complexidade diferente daquela existente no hospital, mais quiçá maior, pois nela deve ocorrer a "responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde" (STARFIELD, 2002, p. 46).

É com base em tais considerações que a proposta de Rede de Atenção Psicossocial tem no trabalho de **matriciamento** e de

educação permanente seus principais dispositivos de gestão da atenção psicossocial. Do trabalho de matriciamento poderão ser vistos desdobramentos de diferentes ações.

4.2 A atenção básica precisa de um trabalho de matriciamento específico para a Rede de Atenção Psicossocial

A Atenção Básica, além de suas atividades cotidianas de atenção a situações de saúde, deve ser investida de diversos projetos que alcancem outro nível de inserção institucional na comunidade, ou seja, nela deve ocorrer um trabalho de qualificação do cuidado. Nessa mesma perspectiva, inscreve-se, na atenção básica, a atenção psicossocial, que deverá trabalhar no sentido de ser captadora de compreensão de realidades, estabelecadora de relações com o território e com processos subjetivos da população na região de saúde em questão, decorrendo daí, intervenções em parcerias com a comunidade envolvida.

A fim de cumprir esse papel, a atenção básica precisa ser investida de um trabalho de matriciamento da gestão de atenção psicossocial. Na linha do que desenvolveu Campos (1999), o matriciamento deve ser um tipo de arranjo metodológico de gestão e intervenção técnico-pedagógica, que possa fazer leitura das necessidades e potencialidades do território. Dessa forma, a saúde organizada em Redes, especificamente no tocante à atenção psicossocial, poderá alcançar:

1. Articulação de diferentes projetos em torno de várias problemáticas/temáticas junto à atenção básica com vistas à integralidade;
2. Envolvimento da equipe da atenção básica e de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no trabalho de educação permanente para o desenvolvimento de projetos e para a consecução da atenção básica como espaço de acolhimento, servindo de retaguarda às ações psicossociais para inserção das pessoas atendidas no território intersetorialmente;
3. Acompanhamento de pessoas ao longo da Rede de atenção em saúde em geral, no tocante à dimensão psicossocial envolvida nos problemas de saúde.

4.3 Gestão do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial

A equipe de matriciamento psicossocial deverá ser presentificada na atenção básica por meio de uma equipe específica composta por dois profissionais da área de saúde com competências na área psicossocial. Deve ser a função dessa equipe, em articulação com a atenção básica, trazer as problemáticas da comunidade e suas realidades para o campo de planejamento de ações. Essa equipe de matriciamento deverá se fazer presente em todos os equipamentos que detêm a tarefa de Unidade Básica de Saúde, devendo destinar ações para o Nasf em territórios com coberturas desse equipamento.

Nessa perspectiva, os dados da Vigilância em Saúde poderão ser importantes para a indicação de ações a serem desenvolvidas de modo correspondente à realidade da comunidade, afastando-se das práticas médico centradas e desdobrando em ações de caráter psicossocial na esfera da promoção da saúde. Ampliando-se o acolhimento para dificuldades de toda ordem, atividades e estratégias de ação tornam-se mais facilmente possíveis de serem planejadas e desenvolvidas. Duas problemáticas podem ser identificadas aqui como necessidades a serem enfrentadas a partir dessa perspectiva: a medicalização e a violência.

O trabalho da equipe de matriciamento psicossocial pode se dar na efetivação de atividades intersetoriais a outras políticas públicas. As rodas de conversa e terapias comunitárias podem ser pensadas no próprio espaço da atenção básica diante de sofrimentos psíquicos diversos, dispensando o largo espectro da medicalização, modo que vem sendo ineficaz como atenção. Ou ainda, grupos podem ser desenvolvidos em articulação com a Assistência Social, com vistas a solucionar outras problemáticas, como a violência, em uma perspectiva de promoção da saúde psicossocial.

Denota-se também que as atividades de Promoção da Saúde, indicadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde como intersetoriais às políticas públicas, poderão ter da atenção básica direcionamentos mais condizentes com as necessidades da população, não ocorrendo decisões sobre práticas de promoção da saúde alhures, dissonantes e extemporâneas às necessidades ou peculiaridades da comunidade.

Ainda no tocante à prioridade da atenção psicossocial, a atenção básica pode ser potencializada enquanto espaço de formação

profissional em áreas relacionadas à dimensão psicossocial. Ou seja, poderá ser capaz de ser delineadora de projetos psicossociais correspondentes à comunidade/região de saúde em questão, deixando de ser espaço para projetos de caráter clientelistas e academicistas, tal qual indicou Da Ros (2006).

É por meio do trabalho de uma equipe de matriciamento psicossocial que a atenção básica poderá ser espaço privilegiado para potencializar a tarefa de um trabalho com vistas à integralidade. Por meio do projeto de Rede de Atenção Psicossocial deverá se dar a ativação das pessoas no desenho dos principais projetos de atenção nessa esfera. Assim, é previsto que a partir da atenção básica sejam delineados projetos que, ao mesmo tempo em que tenham uma dispersão em suas possibilidades de ocorrência, realizem-se e executem-se a partir dos sistemas de informação aliados ao sistema de saúde em questão. É diante disso que podem ser planejados projetos de atenção ao idoso, a crianças, a pessoas com sofrimento psíquico, pactuados na região de saúde, mas, de antemão, tendo na Rede espaço de pactuação junto à comunidade a qual será destinado.

4.4 A equipe de matriciamento em articulação com a figura dos apoiadores e ativadores da atenção básica

A atenção básica, requer um sistema organizado em Redes, as quais demandam a presença de um profissional de saúde com competência psicossocial que desempenhe o papel de "ativador" de Redes. Assim, em uma perspectiva mais ampla da ideia de Rede, uma vez que esta precisa, a todo tempo, ser constituída, potencializada e avaliada, um ativador de Rede poderá na sua tarefa de ativar Redes de Atenção em apoio à atenção básica em geral, desenvolver também a potencialização da Rede de Atenção Psicossocial. Já em uma perspectiva do cuidado com a pessoa atendida, esta precisa ser acompanhada nos pontos da Rede quando já não tem na atenção básica seu ponto de apoio.

A educação permanente precisa ser desenvolvida na equipe da atenção básica *in totum* e pode ser uma estratégia para a Rede de Atenção visualizar seu papel de outras perspectivas, ou seja, de outros pontos da Rede, especificamente no tocante à atenção psicossocial.

4.5 A educação permanente como dispositivo de ativação dos trabalhadores para o trabalho em Redes psicossociais

O trabalho psicossocial exige que os dispositivos encontrem-se preparados para essa demanda. Sendo assim, é preciso qualificar os pontos da Rede e, especificamente, a atenção básica. Enquanto porta de entrada do sistema, a atenção básica, a partir da educação permanente, pode se apropriar de seu papel de interlocutor para a efetivação de tal protagonismo no debate com o usuário sobre os projetos terapêuticos com fins a atenção psicossocial.

Apesar de haver uma busca pela educação na saúde, práticas assistenciais permanecem estruturadas por meio de um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas. Os atendimentos continuam sumários e os trabalhadores abrigam-se no seu pequeno espaço de saber-fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional. Persiste nos serviços de saúde um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas, com saberes que se isolam uns dos outros, em que há dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe. Em uma direção contrária, a educação permanente deve manter a equipe ativada para repensar seus processos de trabalho, para analisar o que ela está fazendo no dia-a-dia. Serve, portanto, para a construção e mudança nos serviços.

A educação permanente não precisa, necessariamente, ter um programa formal e rígido, mas ser uma prática desenvolvida por diversos meios, a partir de discussões, de reuniões semanais, de estudos de caso, de construção coletiva de um desenho ideal da linha de cuidado para alguns usuários. Esse processo provoca uma revisão da prática cotidiana, permitindo verificar as fragilidades e os pontos fortes do trabalho que as equipes têm desenvolvido. Na educação permanente, ensino e aprendizagem devem envolver os cenários de produção da saúde como processos de *cognição* e *subjetivação*, e estes acontecem simultaneamente como expressão da realidade (FRANCO, 2007).

É preciso reconhecer que existe um saber gerado a partir "da ponta". Portanto, experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, confirmam que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma

de produção do cuidado cria neles um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos (FRANCO, 2007).

4.6 A participação social do usuário na construção da Rede de Atenção Psicossocial

Na perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial, a participação social é uma estratégia a ser efetivada para além daquela bem constituída da esfera estatal, como os conselhos e conferência de saúde. As Redes de Atenção Psicossocial precisam ter processos avaliativos contínuos e definição de demandas no sentido de fortalecer e construir a Rede como um todo. É necessário ainda sustentar a ideia de que a participação é veículo para a própria constituição do trabalho.

Essa estratégia pode se transformar em ampliação das possibilidades de acesso das diversos grupos aos atos de gestão, sendo uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos. A Rede Psicossocial deve estar em constante evolução, sendo pensada a partir das conexões e possibilidades que os próprios usuários desenvolvem. É preciso alcançar um nível de liberdade e locomoção entre os diversos espaços, de modo que o usuário consiga, de forma criativa, desenvolver vínculos e relações que poderão auxiliá-lo em seu crescimento e cuidado integral.

Essa liberdade das Redes pode incentivar usuários dos serviços de saúde e das demais Redes a se tornarem protagonistas. O protagonismo permite que os usuários se coloquem como os sujeitos principais das ações e possam se afirmar como produtores da história e do devir social. É potencializar as pessoas para que tenham condições de desenvolver estratégias, para se colocarem como sujeitos políticos efetivos, portadores de novos direitos políticos, culturais, econômicos, estéticos, sexuais etc.

5. A articulação de Redes diante de problemáticas específicas

5.1 Da problemática do álcool e outras drogas

A necessidade de atenção para questões decorrentes do uso abusivo de drogas, expressa nas demandas apresentadas em Regiões de Saúde, demonstra que a instalação de Caps-AD III, nos moldes que preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, para atendimento da população, se faz imperativo. Contudo, outras ações precisam ser planejadas no entremeio à atenção básica e ao serviço especializado (Caps-AD III).

Entendendo-se que a atenção às pessoas dependentes de álcool e drogas deve reverter sua série histórica de distanciamento da integralidade, assume-se que o dispositivo de atenção deve primar pela inclusão e ter o território e a comunidade como principal *locus* de sua ocorrência. Partindo-se da ideia de que a comunidade pode ser indicadora de caminhos em face dessa situação, faz-se necessário ser ponto forte da proposta de Rede de Atenção Psicossocial no atendimento à problemática de álcool e drogas, o trabalho de equipe de agentes sociais nas ruas.

Tal equipe, formada por três profissionais com competências psicossociais, deverá ser matriciada pelo serviço psicossocial da atenção básica e terá ainda, à retaguarda, a equipe da ESF e os agentes comunitários de saúde, mas não somente estes, isoladamente, mas também articulados com outros agentes/dispositivos presentes na comunidade, sob a égide da educação permanente para a realização dessa tarefa. O trabalho dessa equipe deve envolver não apenas a tecnologia de redução de danos, mas também a inserção da pessoa que se encontra em situação de rua em algum tipo de cuidado na Rede, seja em algum dispositivo existente na atenção básica seja no Caps-AD III. A ideia aqui não é a de encaminhamento, tão somente, mas a de vinculação à possibilidade de cuidado em um serviço do tipo Caps-AD, mas antes disso o cuidado poderá envolver ações no próprio espaço de rua onde se dêem os atendimentos, na perspectiva da busca intransigente das condições de cidadania destas pessoas.

Relacionado a essa perspectiva de cuidado às consequências da dependência química, a atenção psicossocial em saúde a essas pessoas deverá envolver a constituição de espaços outros como casas-abrigo, onde

a amplitude do cuidado possa ser expressa em outros serviços, sobretudo aqueles relativos à cidadania ou mesmo à inclusão social, sob a orientação da Rede de Cuidado em Saúde e sua relação já indicada com a intersetorialidade em políticas públicas. É aqui que se inscreveria também a possibilidade de inclusão, na Rede, de pessoas que alcançam finalização de tratamento em regime de internação, ou seja, quando na perspectiva de cuidado, elas poderiam ter, nesse espaço, apoio para a continuidade de tratamento bem como a possibilidade de inclusão em situações sociofamiliares.

Todo o trabalho diante necessidade de atenção para questões decorrentes do uso abusivo de drogas deve ser encaminhado sob a égide de que seu enfrentamento se dá por meio da potencialização de laços sociais. Tal diretriz parte da ideia de que laço social constitui o indivíduo nas relações, não é o manejo médico, psicológico ou psiquiátrico que conta, mas uma clínica do laço social, que é uma clínica do apoio psicossocial. Especificamente locais destinados ao consumo de drogas, uma vez envolvidos pela integralidade e pelo laço social, devem ser transformados em espaço de oferecimento de cidadania, com suporte para necessidades de toda ordem, pautando-se nas relações humanas.

Claro está que espaços de internação, tal como prevê a Lei 10.216 devem ser ultimo recurso. Estes espaços deverão se articular à Rede de Atenção Psicossocial ordenada pela atenção básica. Tais espaços deverão assim encontrar consonância com a proposta de Rede de Atenção Psicossocial e com os princípios do SUS, em linhas mais gerais, e, de fato, transcender o modelo biomédico.

5.2 Da problemática das crianças dependentes de álcool e outras drogas

A necessidade de atenção para questões decorrentes do uso abusivo de drogas que abrange crianças e adolescentes também precisa ter pontos de ação psicossocial a partir da Rede de Atenção Psicossocial. Pode-se aproveitar os mesmos equipamentos pensados para atender a usuários de drogas em geral no tocante à atenção na rua, por meio da articulação com a comunidade e de equipamentos específicos para crianças e adolescentes (o Centro de Atenção Psicossocial –CAPSi – como *locus* de cuidado especializado), mas a atenção a essa população demandará ainda outros pontos de trabalho e cuidados na Rede.

O envolvimento do sistema de educação, intersetorialmente, precisa ser ativado como importante aliado da Rede, primeiramente por meio da

promoção de problematização da temática, e também perspectivando práticas de inclusão daquelas crianças ou adolescentes marginalizados do sistema de ensino, pois até mesmo os tratamentos podem exigir distanciamento da escola.

Há de se ter ainda a constituição de equipamentos de atenção social para os casos de alta vulnerabilidade, como aqueles que envolvem as crianças em risco diante do tráfico e com risco psicossocial de várias ordens. Nesse sentido, as casas abertas para moradia ou centro de convivência precisam ser constituídas, tanto como espaço de acolhimento quanto de elaboração de possibilidades de cuidado e inclusão social na reconstituição de vínculos sociais, familiares e escolares.

Ainda que a internação possa ser um recurso para casos mais graves, há de se investir em lugares transitórios para além dos espaços de internação. Os Capsi, também abertos diuturnamente, podem ser importantes como promotores de cuidados intensivos, quando necessário, de modo mais específico, e de modo mais amplo como produção da perspectiva de cuidado.

5.3 Da problemática das pessoas com transtornos mentais

Para além do conjunto de dispositivos instalados, a atenção à pessoa com transtorno mental precisa ser investida no espaço da atenção básica, por meio do matriciamento. No espaço da atenção básica, por meio do acolhimento, também podem ser pensados espaços de construção de atenção às pessoas com transtornos mentais.

O trabalho da equipe de matriciamento psicossocial deverá estar potencializado através das rodas de conversa intersetoriais e destinadas a algumas problemáticas da região para que a pessoa com transtorno mental obtenha dessa equipe a visualização de suas possibilidades de inclusão.

Contudo, tal ancoramento do cuidado da pessoa com transtorno mental egressa de Caps na atenção básica, deve ser pautado pela convivência e pela busca da saúde integral. Sendo assim, o matriciamento, juntamente com a atenção básica, deve ter a criação, a potencialização e o reconhecimento de espaços sociais como meta. Porque não se refere a essas pessoas realizarem um tratamento, com caráter que requer alguma intensidade, mas de tão somente serem acompanhadas.

5.4 Da articulação da Rede Psicossocial com a alta complexidade

Sob a égide de se ter atualmente desenhada a Política Nacional de Humanização no SUS, na alta complexidade também deve ser instituída uma equipe psicossocial que realize não apenas a atenção da pessoa internada na direção da integralidade, mas que cuide da passagem da pessoa atendida para fora do hospital. Faz-se necessária a colocação desse usuário do SUS na Rede para que ele possa usufruir dos diversos serviços que necessita, não apenas dentro do hospital mas na comunidade, nas escolas, em casa etc.

Há doenças graves que trazem diversas limitações no transcorrer da vida em vários aspectos, quando se faz necessário investir nos itinerários terapêuticos, um recurso que possibilita a construção de projetos terapêuticos cuidadores, que levam em consideração as experiências, significados, trajetórias, desejos e necessidades da pessoa na elaboração de seu próprio processo de tratamento (MÂNGIA E MURAMOTO, 2008).

Assim, "recolocar o hospital dentro da rede" é fundamental. Muitas vezes o próprio percurso do paciente na Rede já era um fator de sofrimento, em virtude da Rede não ser um *continuum* ao hospital. Historicamente, o modelo de atenção dos hospitais está voltado para o fluxo de retirada das pessoas da Rede para a realização do tratamento em isolamento. É preciso que o hospital tenha uma relação com todos os outros mecanismos existentes, incluindo a comunicação com a comunidade e com os diversos serviços, pois o trabalho de recuperação da saúde na instituição hospitalar precisa envolver as decorrências e consequências da doença como a dificuldade de escolarização para as crianças, a dificuldade de lidar com o corpo marcado pela doença, entre outras questões igualmente importantes para a saúde dos pacientes.

Todo tipo de serviço hospitalar de alta complexidade (de atenção a pessoas com oncologia, doentes renais crônicos, hospitalização pediátrica, pessoas em processo transexualizador, pessoas com obesidade e tantos outros) deverá ter delineado um serviço de atenção psicossocial para atendimento das demandas quando da internação do paciente e enquanto espaço de articulação com os diversos pontos do SUS (ESF, NASF, Caps, políclinas, ambulatórios entre outros), com outras políticas públicas (Suas, Conselhos Tutelares, Ministério Público, entre outros) e com entidades de outra natureza (ONGs, associações de patologias, entre outros).

Transversalmente, tal equipe psicossocial deverá desenvolver seu trabalho com vista à educação permanente dos profissionais de saúde para que estes se coloquem envolvidos em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.048**, de 3 de setembro de 2009.

CFP. Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. Conselho Federal de Psicologia, 2011.

DA ROS, Marco A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (org.). **Saúde em debate na educação física.** Blumenau: Nova Letra, 2006.

DE SOUZA, G. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999.

FRANCO, Túlio Batista e MAGALHÃES Jr., Helvécio. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das Linhas de Cuidado. In: **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2. ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 2004.

FRANCO, Tulio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, vol. 19, n. 3, dez. 2008.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, Sept. 2008 . Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.



