



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO**  
**DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Kelly Dias Vieira

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA**  
**INTERSETORIALIDADE: INTERFACES ENTRE**  
**EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS DA SAÚDE MENTAL E**  
**DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CONTAGEM-MG**

Belo Horizonte - MG

Setembro/2015

Kelly Dias Vieira

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA  
INTERSETORIALIDADE: INTERFACES ENTRE  
EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS DA SAÚDE MENTAL E  
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CONTAGEM-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte - MG

Faculdade de Medicina da UFMG

2015

V658p Vieira, Kelly Dias.  
Potencialidades e desafios da intersectorialidade  
[manuscrito]: interface entre equipamentos especializados da  
Saúde Mental e da Assistência Social em Contagem-MG. / Kelly  
Dias Vieira. - - Belo Horizonte: 2015.  
89f.: il.  
Orientador: Izabel Christina Friche Passos.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção  
da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Assistência Social. 2. Saúde Mental. 3. Mapeamento  
Geográfico. 4. Ação Intersectorial. 5. Dissertações Acadêmicas. I.  
Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : H 97



Dissertação intitulada *Potencialidades e desafios da intersectorialidade: interfaces entre equipamentos especializados da Saúde Mental e da Assistência Social em Contagem-MG*, de autoria da mestranda Kelly Dias Vieira, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Área de Concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Izabel Christina Friche Passos/UFMG  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Roberta Carvalho Romagnoli – PUC Minas

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria Filgueiras Penido – FAFICH /UFMG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristiane de Freitas Cunha – Medicina /UFMG

Belo Horizonte, 23 de setembro de 2015.

*Dedico este trabalho à memória de minha avó paterna Leonídia Mesquita, que me ensinou com seu exemplo de vida, força e coragem a compreender que a saúde, a amizade e a alegria são bens essenciais.*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma tarefa prazerosa, pois, desperta em nós lembranças alegres de bons encontros que fizemos, que nos afetaram e nos fizeram movimentar em nossa trajetória pela vida, assim, agradeço primeiramente à minha família. Minha mãe, Rosilene, que com seu carinho e apoio se manteve sempre ao meu lado, me acolhendo e amparando em todos os momentos que precisei do seu abraço. Ao meu pai, Marcus, pelo otimismo diante da vida, por sempre acreditar em minha capacidade e ainda por auxiliar na transcrição das entrevistas por longos domingos, noites e feriados. Ao meu irmão Bruno, por me ensinar a reconhecer a importância da palavra perseverança. À minha irmã Helen, por sua determinação e entusiasmo que me contagiam. À minha irmã Daniele por toda sua doçura e carinho sempre pronta a me incentivar. Ao meu cunhado Filipi por todo seu apoio e paciência. À minha cunhada Dani, pelo incentivo e aos meus três sobrinhos queridos Bernardo, Gabriel e Marina, que alegrem meu viver e me ensinam muito com suas descobertas;

À querida tia Márcia, amiga paciente e bondosa conselheira em todos os momentos da minha vida. Ao tio Said, pelo apoio e a sabedoria em dizer as palavras certas nos momentos necessários.

Aos amigos-irmãos queridos, Cleile Camilo, sinceramente, seu apoio foi fundamental, serei sempre grata a você por sua atenção, carinho e amor e ao Toninho pela paciência e palavras carinhosas. Gisele, amiga querida por todo o apoio e por me incentivar a seguir adiante e não desistir dos meus objetivos e ao Chico pelo incentivo e otimismo. À Fernanda e Leone, amizade verdadeira, consolidada durante muitos anos compartilhando a beleza da vida. À Karla e Jorge pela generosidade, cuidado e companheirismo. Lara e Leo, pelo apoio, carinho e bom encontro. À Aline Picardi e André Rego pela amizade cuidadosa. À Natália, Duda, Mel e PC pelo apoio, amizade e carinho. Ao grupo de mulheres Entre Elas (Ju Milagres, Sylvania, Bruna, Ana Paula, Kenya, Bel, Cleile, Paty e Ju Dayrell), encontro feliz em minha vida. À Emília querida por sempre me incentivar, desde os tempos de infância. Aos amigos queridos que a graduação em Psicologia me presenteou: Michele Castro, Carlos Alberto e Thiago Pedro. Aos amigos que minhas passagens pela Assistência Social e Saúde Mental me trouxeram Adelaide, Mireny, Meire, Andréa, Pollyana, Glauce e Flaviana;

Ao Emerson Costa de Melo, que com sua obstinação e força de vontade me incentivou e encorajou a enfrentar muitos desafios. Obrigada pelas dicas acadêmicas, pelas discussões e apontamentos interessantes e inteligentes durante o processo da pesquisa e pela ajuda na diagramação do trabalho;

Ao meu mestre e “painho” querido, Mestre Jaime de Mar Grande por me ensinar muito mais que capuêra angola. À Claudinha, por todos os nossos encontros sempre agradáveis. Aos amigos maravilhosos que a capuêra angola me trouxe: Roberta Duarte, Castor, Sobral, Malu e Digão, pela amizade sincera, parceria e aprendizados positivos nas rodas e na vida;

À Silvana, Gê e Débora pelo carinho, acolhimento e atenção em todos esses anos, principalmente nessa fase final com os telefonemas de São Paulo só pra acompanhar o desenrolar da escrita. Jamais me esquecerei desse cuidado;

Aos amigos de “infância” Heleno Capistrano e Daisy, Marcelo Bruno, Livia e Anderson, Matheus e Nanda por estarem presentes em tantos momentos importantes da minha vida. Adoro vocês!

À Bia, querida, por acreditar em mim e torcer comigo em todas as minhas escolhas.

Ao grupo de pesquisadores do L@gir, Maria Aline, Regina, Fábio, Rinaldo, Maristela, Cláudia Penido, Isabella, Nara, pelo excelente encontro e por todo o aprendizado nesses últimos anos de convivência;

Ao grupo de pesquisadores do PPSUS, à professora Cassandra França, por sua acolhida generosa e alegre, à Margarete Amorim, novamente um grato e bom encontro pelas trajetórias rizomáticas da vida, à Claudinha Santos, pela paciência e carinho, à Flávia Rodrigues, pela amizade e generosidade, ao André Breder, pelo bom encontro, à Ana Luiza Nunes e Laura Facury pela alegria e agradável convivência;

Agradeço às professoras Roberta Romagnoli pelo carinho, atenção e por me apresentar essa perspectiva rica e bela de trabalho com a Psicologia que é a Esquizoanálise e Cláudia Penido pela contribuição e apontamentos cuidadosos para o rumo desta pesquisa e para além dela;

À equipe da Residência Terapêutica de Contagem: Elaine, Diana e Natália e aos moradores das RTs por todo o aprendizado e convivência;

À Coordenação de Saúde Mental de Contagem, a Diretoria de Proteção Especial de Média Complexidade e a todos os trabalhadores destas redes que contribuíram para a realização dessa pesquisa, cedendo seu tempo para as entrevistas;

Aos meus fiéis companheiros felinos Frida e Bantu que me acompanharam pelas madrugadas de escrita e invadem minha vida com sua elegância e ternura;

Aos meus companheiros de mestrado Lisley, Luiz, Míriam, Maicon e Rose por todo aprendizado e crescimento;

À Professora Elza Machado e sua equipe, Lauríza, Amanda e Cíntia pelo carinho, acolhida e competência na condução do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência e a todos os professores do programa pelo aprendizado, pela troca de experiências e contribuições para minha formação acadêmica, especialmente à Professora Cristiane de Freitas Cunha;

Ao Jacques Akerman, por acreditar em mim e apostar em toda minha potência;

À minha orientadora, Professora Izabel Christina Friche Passos, por acolher, acompanhar e acreditar em todo meu processo de aprendizado e amadurecimento não só acadêmico, mas pessoal. Sou muito grata a esse encontro e por você ter me recebido enquanto aluna, desde nosso primeiro encontro em Buenos Aires, em 2009, quando eu ainda esboçava a ideia da pesquisa que se realiza;

À Deus!



*A vida é a arte do encontro  
Embora haja tanto desencontro pela vida.  
Vinícius de Moraes*

## RESUMO

O presente trabalho propõe-se a discutir a intersetorialidade entre as políticas públicas de Assistência Social e de Saúde Mental, priorizando o nível de atenção secundário, ou especializado destas políticas, elegendo dois equipamentos que as compõem, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), a partir da observação de algumas práticas e das relações estabelecidas entre ambos os equipamentos em que a necessidade de interlocução entre os diferentes profissionais que compõem suas equipes se faz imprescindível. Para tanto, foi efetivada pesquisa de campo no CAPS-Sede e no CREAS-Eldorado em Contagem/MG, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais da rede que atuam tanto nos equipamentos como na gestão destas políticas no município. Recorreu-se também a revisão bibliográfica sobre a configuração destas políticas e ao método cartográfico proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, para a realização do rastreamento da efetivação e aplicabilidade da intersetorialidade neste contexto.

**Palavras-Chave:** Assistência Social. Saúde Mental. Cartografia. Intersetorialidade.

## ABSTRACT

This research proposes to discuss the intersectoriality between public policies of Social Assistance and Mental Health, prioritizing the level of secondary care, or specialized care in these policies, electing to two devices that make up the Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) and Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), from the observation of some practices and the relations established between the two devices in which the need for dialogue between the different professionals who make up its teams is indispensable. To this end, field research was carried out in CAPS-Sede and CREAS-Eldorado in Contagem/MG, which were conducted semi-structured interviews with nine professionals that works both in equipment and in the management of these policies in the municipality. It also resorted to the literature review about setting up these policies and the cartographical method proposed by Gilles Deleuze and Felix Guattari, to carry out the tracking of the effectiveness and applicability of intersectoriality in this context.

**Keywords:** Social Assistance. Mental Health. Cartography. Intersectoriality.

## Lista de Abreviaturas e Siglas

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
- CERSAM – Centro de Referência da Saúde Mental
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CMASC – Conselho Municipal de Assistência Social de Contagem
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
- CNSS – Conselho Nacional de Serviço Social
- CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- CREAS POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
- CRP – Conselho Regional de Psicologia
- CT – Conselho Tutelar
- DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
- DIPE – Diretoria de Proteção Especial de Média Complexidade
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
- LA – Liberdade Assistida
- LBA – Legião Brasileira de Assistência
- LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
- MAS – Ministério da Assistência Social
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MP – Ministério Público  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOB/ SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos  
PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família  
PCdoB – Partido Comunista do Brasil  
P – Pesquisadora  
PD – Permanência-Dia  
PIA – Plano Individual de Atendimento  
PNAS – Política Nacional de Assistência Social  
PSC – Prestação de Serviços à Comunidade  
PSF – Programa de Saúde da Família  
PT – Partido dos Trabalhadores  
PVC – Programa De Volta para Casa  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial  
RT – Residência Terapêutica  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo  
SOSF – Serviço de Orientação Sociofamiliar  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UA – Unidade de Acolhimento  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UPA - Unidade de Pronto Atendimento  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
VIJ – Vara da Infância e Juventude

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Modalidade do Serviço, Recorte Populacional e Horário de Funcionamento .....	15
Tabela 2 - Recursos Humanos dos CAPS .....	16
Tabela 3 - Porte do Município, Número de Habitantes e Parâmetros de Referência .....	27
Tabela 4 - Quadro de entrevistados .....	41

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I: CAPS, CREAS E A INTERSETORIALIDADE</b>	
1.1 Do movimento de Reforma Sanitária à democratização das Políticas de Saúde Mental no SUS: a assistência à saúde no Brasil e o surgimento do CAPS.....	6
1.2 Do assistencialismo à assistência: a Assistência Social como Política Pública e a contextualização do CREAS .....	20
1.3 Considerações acerca da intersectorialidade entre as políticas públicas de Saúde Mental e Assistência Social .....	28
<b>PARTE II: A COMPLEXIDADE E O MÉTODO</b>	
2.1 Considerações sobre o método .....	31
2.2 Olhares, escutas e rotas: nas trilhas da cartografia .....	33
<b>PARTE III: PERSPECTIVAS CARTOGRÁFICAS E RIZOMÁTICAS: A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CONTAGEM</b>	
3.1 Cartografando potencialidades e desafios da intersectorialidade entre o CAPS e CREAS de Contagem. ....	45
3.2 Contagem e as redes de Assistência Social e Saúde Mental <b>Erro! Indicador não definido.</b> 50	
3.3 Intersectorialidade e transectorialidade: práticas “Multi”, “Inter” e “Trans” e sua relação com a complexidade .....	64
<b>Considerações Finais</b> .....	74
<b>Referências</b> .....	78
<b>ANEXO I: Roteiro de entrevista</b> .....	83
<b>ANEXO II: TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	85
<b>ANEXO III: Parecer Final COEP/UFMG</b> .....	87

## INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, houve um redirecionamento importante no modelo de Estado no Brasil, este processo acarretou mudanças em diversas áreas. Na assistência à Saúde do país, estas mudanças legitimaram uma nova conceituação e a definiram como “direito de todos e dever do Estado, 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” (BRASIL, 1988). Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/90, configurou-se como proposta de atenção à saúde do brasileiro e estabeleceu como principais diretrizes a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia dos sujeitos, a igualdade de assistência à saúde, a participação da comunidade, dentre outras que visavam à reorganização do modelo vigente até então.

Mudanças de grande relevância para implantação de serviços diferenciados, com novas propostas de trabalho e de formas de atenção, enfim, construíam-se aí novos modelos assistenciais, tanto no âmbito da Saúde, como em diversos outros setores da sociedade, que também sofreram alterações significativas como é o caso da Seguridade Social. Em relação à Saúde Mental, os avanços foram alcançados gradativamente tendo como marco a promulgação da Lei 10.216/2001, que instituiu novo modelo assistencial em Saúde Mental – fator de extrema importância, pois, contemplou a proteção e os direitos das pessoas que apresentam sofrimento e transtornos mentais. Além desta, outras portarias e diretrizes importantes foram estabelecidas promovendo transformações significativas na assistência.

Em relação à Política Nacional de Assistência Social, foi também a partir da Constituição Federal de 1988, que esta se legitimou no Brasil como um dever do Estado e um direito de “quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social” (BRASIL, 1988). Desde então, foi estabelecido um regime próprio de gestão para a Assistência Social e ainda neste contexto, em 1989 iniciou-se o processo de construção da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que teve sua aprovação em 1993. Já em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), com a “intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva da implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS” (BRASIL, 2004c). Proposta que ganhou forma institucional em 2005 por meio da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, materializando suas



diretrizes no SUAS, que foi efetivamente assegurado pela Lei nº 12.435/2011, processo que teve como objetivo descentralizar, desburocratizar, democratizar e definir regras e diretrizes para a estruturação da Assistência Social como Política Pública.

Diante de tais condições históricas, de mudanças, que acompanharam a constituição do SUS e do SUAS e principalmente na efetivação de suas práticas, é que surge a necessidade do aprofundamento de questões referentes às articulações e conexões estabelecidas entre elas. Assim, o foco deste trabalho é discutir a intersetorialidade entre as políticas públicas de Saúde Mental e de Assistência Social. Para tanto, para discutir esta perspectiva, elegeu-se dois equipamentos que integram estas políticas, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) contextualizando-os com as políticas e os processos socioculturais em que foram propostos, bem como sua respectiva importância para o SUS e o SUAS no país. O objetivo desta pesquisa configurou-se sob o rastreamento da efetivação e aplicabilidade das práticas intersetoriais entre as políticas públicas de Saúde Mental e de Assistência Social em Contagem/MG, observando-se as relações estabelecidas entre ambos os equipamentos e a atuação dos diferentes profissionais que compõem suas equipes, no que se refere a esta problemática - a intersetorialidade.

Os equipamentos, programas e serviços que compõem as políticas direcionadas à Saúde Mental e sua rede de atenção psicossocial e os que compõem a política de Assistência Social, tais quais, o CAPS e o CREAS, trabalham com um público que requer cuidado e atenção diferenciada, como pessoas que apresentam transtornos mentais graves e violações de direitos das mais diversas como as violências sexuais, físicas, psicológicas e ainda negligências, situação de rua, dentre várias outras. Sendo assim, não são raras as vezes em que é necessário uma aproximação maior entre os serviços para discussão de casos e/ou resolução de problemas que extrapolam os atendimentos ofertados por eles, mas que visam à garantia de atendimento integral, digno, humanizado, com equidade e que estejam adequados aos princípios norteadores das políticas públicas, contempladas pelo SUS e pelo SUAS. Estas políticas são caras ao contexto brasileiro atual, pois trazem um remodelamento da atenção ao cidadão, privilegiando suas necessidades e singularidades. Ambas apostam no protagonismo, autonomia, cidadania, a conquista e garantia de direitos, bem como preconizam também a territorialidade, a interdisciplinaridade, a participação social, a emancipação do sujeito e a intersetorialidade, sendo esta última, a que desperta maior interesse nesta pesquisa.

Pode-se notar ainda, que estas políticas deliberam e regulam diretrizes e propostas bastante parecidas, pois visam à consolidação de laços, fortalecimento de vínculos (afetivos e familiares), superação de violência e segregação social, garantia de direitos tais como

cidadania, igualdade, liberdade, autonomia e protagonismo, o que se fez pertinente conhecer e investigar, a partir do funcionamento do trabalho dos profissionais que integram os equipamentos destas políticas no município.

A intersetorialidade, alvo de nosso estudo, é portanto, fator de extrema relevância para as políticas públicas, tendo sido abordada inúmeras vezes nos textos das leis, decretos e portarias. Esta, assim como a universalidade, integralidade e equidade, princípios caros ao SUS, ao SUAS e às demais políticas públicas, podem potencializar, por meio de sua prática ações que promovam maior justiça social, protagonismo social, cidadania, defesa e garantia de direitos, promovendo maior qualidade de vida à população, de uma forma geral. Neste sentido, considera-se que a não efetivação de práticas intersetoriais que promovam redes ou rizomas - coletivo de articulações, conexões e processos - entre os equipamentos e os serviços possa dificultar o processo de construção da cidadania, da atenção efetiva e de qualidade ao usuário das políticas públicas e contribuir para uma desassistência do público do qual nos interessa pesquisar/investigar, tornando-os limitados em suas potencialidades.

Destarte as questões apontadas, acredita-se que há uma necessidade latente de maior aproximação entre os equipamentos que compõem estas políticas. Observa-se que são raros os estudos empíricos que abordam a intersetorialidade entre políticas públicas, principalmente entre Saúde Mental e Assistência Social, assim, pretende-se com esse estudo auxiliar as equipes multiprofissionais dessas políticas em sua prática profissional promovendo caminhos coletivos mais libertários que opressores, fazendo com que surjam novos modos de subjetivação em que a novidade, a invenção, a vida, possam circular, tanto em relação ao profissional quando ao público por ele atendido.

Deste modo, para se alcançar os objetivos propostos recorreu-se ao método cartográfico proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), acompanhando o funcionamento do CREAS e do CAPS de Contagem e produzindo conhecimento sobre a rede de assistência à Saúde Mental e Assistência Social do município por meio das visitas e entrevistas realizadas com trabalhadores da rede de assistência, na Coordenação de Saúde Mental, na Diretoria de Proteção Especial de Média Complexidade e principalmente no CAPS-Sede e no CREAS-Eldorado onde foi possível vivenciar um pouco do cotidiano dos mesmos e realizar pesquisa de campo em que foi registrado cartograficamente o funcionamento dos equipamentos. Seguindo tal proposta de abordagem, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais que integram estes equipamentos, e para garantir maior heterogeneidade, utilizou-se como critério de escolha dos participantes da pesquisa, pessoas que representassem tanto a gestão ou coordenação das políticas públicas

quanto trabalhadores dos equipamentos, que atuam no atendimento direto aos usuários, ou seja, que estivessem na execução das políticas públicas no CAPS e no CREAS.

Sendo assim, para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa está dividida em três partes, em que são discutidas e dissertadas de forma mais aprofundada as questões apontadas nesta introdução. Assim, na primeira parte, intitulada CAPS, CREAS e a Intersetorialidade apresento uma revisão de literatura sobre as políticas públicas de Saúde Mental e Assistência Social no Brasil e seus desdobramentos até sua configuração atual; Na segunda parte, intitulada a Complexidade e o Método, é apresentada a metodologia escolhida para orientar este percurso de pesquisa, o método cartográfico, além de elementos relacionados à esquizoanálise expondo alguns que são essenciais para compreensão na utilização deste trabalho; Na terceira parte, que recebeu o nome de Perspectivas Cartográficas e Rizomáticas: a Atenção à Saúde Mental e Assistência Social de Contagem, apresento as informações trazidas por meio da realização da pesquisa de campo e principalmente das entrevistas que ilustram de maneira bastante clara a configuração da intersectorialidade no município.

**PARTE I:**

**CAPS, CREAS E A INTERSETORIALIDADE**

## **1.1 Do movimento de Reforma Sanitária à democratização das Políticas de Saúde Mental no SUS: a assistência à saúde no Brasil e o surgimento do CAPS**

A psiquiatria entra em crise quando há uma mudança brutal de seu paradigma quando deixa de tratar a doença mental para agir na promoção da Saúde Mental (AMARANTE, 1995, p. 21).

**A** partir de articulações entre diversos setores da sociedade, como sindicatos, partidos políticos, movimento estudantil e distintas categorias profissionais, o movimento sanitarista, ou a chamada Reforma Sanitária se consolidou no Brasil em busca de melhorias nas condições de saúde e vida da população e de um aprimoramento do conceito de saúde, após um longo período de governo autoritário exercido durante a Ditadura Militar, que ocorreu no país no período de 1964 a 1985 em que se manteve um padrão médico assistencial privatista e excludente. Este movimento foi impulsionado pela grande insatisfação e inquietação de parte da população, principalmente de algumas categorias profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros, em favor da democracia e da cidadania tendo em vista que o país vivenciava uma realidade de ampla escassez de recursos em que grande parte da população perecia devido à pobreza extrema, à falta de acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, saneamento, moradia, lazer e cultura. Fortemente influenciado pelo movimento internacional que buscava melhorias na saúde pública e que foi se desdobrando, como pode ser observado na realização de diversos eventos como a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 na Rússia que teve como principal meta que se ofertasse saúde para todos até o ano 2000, delegando aos governos esta reponsabilidade (YAMAMOTO e OLIVEIRA, 2010) e as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir do ano de 1986 com a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Ottawa - Canadá, e que concentrou seus debates em torno da nova conceituação de saúde e de promoção de saúde e teve como principal fruto a Carta de Ottawa, explicando o conceito de promoção da saúde; e as conferências seguintes, a II Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Adelaide - Austrália em 1988, que aprofundou o tema de política pública saudável; a III Conferência Mundial de Promoção da Saúde que aconteceu em Sundsvall - Suécia em 1991, que teve como tema central a criação de ambientes saudáveis, incluindo o

tema ambiente na agenda da saúde (ANDRADE, 2006), dentre tantos outros eventos importantes que ocorriam no mundo em torno dessa problemática.

O movimento sanitário alcançou seu ápice na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília em 1986 e contou com imensa participação popular, opondo-se ao modelo de funcionamento de todas as Conferências anteriores da qual participavam apenas profissionais e especialistas do setor. Nesta conferência se adotou a concepção de saúde que vinha sendo construída, a concepção do direito, e se propôs pela primeira vez um sistema de saúde que fosse universal, único, que alcançasse a todos os brasileiros, de forma territorializada, integral e equânime.

A Constituição Federal de 1988, também proporcionou grandes mudanças à sociedade brasileira, pois houve um redirecionamento importante no modelo de assistência à saúde do país, legitimando sua nova conceituação e definindo-a como “[...] direito de todos e dever do Estado, 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” (BRASIL, 1988). Diante disto, o SUS, regulamentado pela Lei Nº 8080/90, configurou-se como proposta de atenção à saúde do brasileiro e adotou como principais diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, e como princípios a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia dos sujeitos, a igualdade de assistência à saúde para todos, o direito à informação, a descentralização político-administrativa, a participação da comunidade, dentre outros. Todos estes princípios e diretrizes visavam à reorganização do modelo vigente até então, que privilegiava os trabalhadores formais em detrimento do restante da população que não tinha acesso aos serviços de saúde, pois estes eram ofertados de forma centralizada, restrita e limitada e passaram a ter um funcionamento regionalizado, hierarquizado e em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

A partir da consolidação do SUS, em 1990, houve novas formas de financiamento, incentivo à municipalização da atenção, descentralização, universalização, regionalização, isonomia e principalmente uma visão integral da saúde, considerando diversos fatores e englobando questões como condições de educação, moradia, saneamento básico, superando a compreensão de saúde relacionada estritamente à ausência de doença. Sendo assim, um novo ordenamento da atenção à saúde foi possível e organizado a partir de níveis de atenção e complexidade, sendo estas definidas como: básica, média e alta complexidade, ou ainda, atenção primária, secundária e terciária. O objetivo deste novo modelo estrutural e funcional era melhorar o planejamento e a programação das ações e serviços do sistema de saúde.

A atenção básica, também classificada como atenção primária, passa a ser então a principal porta de entrada da população ao sistema de saúde, compreendendo principalmente as ações de promoção da saúde em serviços tais quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje reunidos sob a denominação “Estratégia Saúde da Família” (ESF). A atenção em nível médio, ou atenção secundária, corresponde aos serviços especializados como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os hospitais gerais e outros. Já a atenção de alta complexidade, ou atenção terciária, corresponde aos serviços especializados que necessitam de maior qualificação e geralmente são de alto custo como os hospitais específicos para tratamentos de determinadas doenças como as cardiopatias ou oncologia, os hospitais e programas de transplantes de órgãos.

Segundo a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

O material disponibilizado *on-line* no *site* do Ministério da Saúde, *O SUS de A a Z*<sup>1</sup>, elaborado conjuntamente com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), define média e alta complexidade no SUS da seguinte forma: a média complexidade

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2005b).

E sobre a alta complexidade:

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>. Acesso em: Jan/2015.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL, 2005b).

Estas mudanças foram fundamentais para implementação de novos serviços, propostas de trabalho, e formas de atenção, enfim, construíam-se aí novos modelos assistenciais, como o SUS, no âmbito da saúde, e também em diversos outros setores da sociedade que passaram por transformações significativas.

Assim como a reforma sanitária, outro movimento reformista foi imprescindível para os avanços que alcançamos no Brasil a partir do final da década de 1970, mais precisamente a partir do ano de 1978 e a década seguinte, na área da Saúde Mental. Este movimento foi denominado de Reforma Psiquiátrica e foi impulsionado pela emergência de diversos movimentos sociais e principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que foi criado no final da década de 1970, e pela articulação destes movimentos com ideias revolucionárias de tratamentos alternativos que começava a acontecer em alguns países do mundo naquela ocasião, como foi o caso da Itália.

Vale destacar que o MTSM teve um papel muito importante para toda a consolidação da reforma e surgiu com o objetivo de:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995, p. 52)

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi um movimento intenso de crítica às instituições psiquiátricas e busca de alternativas de transformação de um modelo prioritariamente centrado no hospital na direção de um tratamento mais humano, acessível, coerente e respeitoso ao usuário-cidadão. Este movimento de reforma foi bastante influenciado por Franco Basaglia, psiquiatra italiano que esteve no Brasil em diversos momentos na década de 1970, proferindo palestras, participando de conferências, visitando hospitais psiquiátricos e fortalecendo e intensificando o MTSM. Segundo Barros; Nicácio e Amarante (2005, p.196) “Franco Basaglia abriu um novo horizonte ético, teórico, prático, cultural e podemos dizer que, as ‘Conferências de 1979’ marcaram decisivamente caminhantes e itinerários do projeto de transformação da instituição psiquiátrica em terras brasileiras”. Os autores referem-se às diversas conferências realizadas pelo psiquiatra naquele ano em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo e publicadas em seguida (BASAGLIA, 1979). Certamente a passagem de Basaglia pelo Brasil, foi muito importante, pois, este trouxe “na bagagem” todo o referencial



de uma experiência que deu certo, principalmente na cidade de Trieste na Itália, colocando o país como referência mundial nos avanços alcançados pela atenção à Saúde Mental. Basaglia propôs o desmantelamento do hospital psiquiátrico e a criação de dispositivos alternativos de atenção como os centros de Saúde Mental, que funcionam 24h por dia, todos os dias da semana, e os grupos-apartamentos onde moravam usuários que deixaram os manicômios e puderam experimentar a possibilidade de gerir sua própria vida, com supervisão de técnicos da Saúde Mental, nos casos em que havia necessidade (AMARANTE, 1995, p.49). Seguramente, Basaglia não foi o único, mas, sim um dos vários pensadores e críticos do modelo assistencial vigente até então que recebemos no Brasil na mesma época, como é o caso de René Lourau, Gerard Mendel, Félix Guattari, Michel Foucault, dentre outros, que tiveram suas ideias e críticas incorporadas ao movimento reformista, influenciando-o e o fortalecendo.

Alguns autores contextualizam a Reforma Psiquiátrica no Brasil, de modo a dar-lhe uma periodização, como é o caso de Eduardo Vasconcelos (2000) em *Saúde Mental e Serviço Social*, Paulo Amarante (1995) em seu livro *Loucos pela Vida* e Passos e Barbosa (2009). Embora não desejarmos neste trabalho aprofundar a discussão em relação à conjuntura da reforma, faz-se necessário apresentar os fatos considerados mais importantes até que culminasse na Política Pública de Saúde Mental, hoje formalizada como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011b). Em artigo recente, Passos e Barboza (2009) dividiram a Reforma Psiquiátrica Brasileira em três momentos que merecem destaque e que são denominados pelas autoras como “período sanitarista, período antimanicomial e período institucionalista”. Concorde-se aqui com o formato dado pelas autoras ao delinear os períodos e os apresentarem de forma didática e esclarecedora. O primeiro período compreende os anos de 1978 a 1987 e relaciona-se a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde e termina com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental; o segundo período compreende os anos de 1987 a 2000 e está relacionado à constituição do Movimento de Luta Antimanicomial, às experiências reais e radicais de substituição do modelo hospitalocêntrico, à organização de associações de usuários da Saúde Mental, à fiscalização e regulamentação da internação psiquiátrica e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental; o terceiro e último período, em que se alcançou de forma instituída a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inicia-se no ano de 2001 e continua até a atualidade.

A crise da DINSAM foi um dos primeiros acontecimentos desencadeadores do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, pois, evidenciou uma série de irregularidades na

atenção como a contratação irregular de profissionais que eram admitidos como bolsistas e trabalhavam em situações precárias, com salários defasados, sob as mais diversas ameaças, além de denunciar graves violências e violação de direitos humanos dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, a cronificação do adoecimento mental destes e a mercantilização da saúde. Esta apresentação pública à sociedade da realidade dos hospitais psiquiátricos públicos e privados principalmente no Rio de Janeiro, mais especificamente na Colônia Juliano Moreira, mas também em Minas Gerais e São Paulo, teve grande repercussão nacional e agregou apoio de diversas categorias profissionais, sindicatos e organizações de trabalhadores que se desdobrou em manifestações diversas contra esta situação.

Um dos frutos mais significativos deste contexto foi o surgimento do MTSM, conforme citado anteriormente, além de muitos outros eventos importantes que ocorreram neste período. Vale destacar alguns destes como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú/SC em 1978, que contou pela primeira vez com a participação de movimentos de Saúde Mental; o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro neste mesmo ano, ocasião em que foi apresentada uma nova postura psicanalítica mais relacionada à Análise Institucional pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI); o I Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em São Paulo, no ano de 1979, onde se começou a discutir pelos profissionais uma visão mais humanizada da Saúde Mental; o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte/MG no mesmo ano, onde foram feitas propostas alternativas de tratamento psiquiátrico e contou com presenças memoráveis como a de Franco Basaglia e Robert Castel; o I Encontro Regional de Trabalhadores de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1980. Neste encontro foram reforçadas as denúncias à situação crítica dos manicômios e abordados temas como a questão econômica e social relacionada à Saúde Mental, alternativas aos profissionais da área, política nacional de Saúde Mental, dentre outros temas; o II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental que ocorreu paralelamente ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Salvador/BA e evidenciou um afastamento entre o MTSM e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), organizadora do evento, já que declaradamente assumiam naquele momento posicionamentos divergentes tal qual um possível radicalismo do MTSM em relação à desospitalização em contraponto a uma posição autoritária ou pouco democrática da ABP em relação a suas eleições para diretoria, que não incluiu voto direto e ainda a uma crítica do MTSM em relação à privatização da saúde.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental que trouxe como temas principais Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental, Reforma

sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental e ainda Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental, em 1987, mesmo ano da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ápice da Reforma Sanitária brasileira, marca o fim do primeiro período da Reforma Psiquiátrica, tal qual sugeriram Passos e Barbosa (2009). Este período fez avançar debates relacionados a evitar novas internações e fazer surgir novos equipamentos assistenciais regionalizados, como proposto pela reforma sanitária, mas, no entanto, avançou pouco no que dizia respeito ao fim dos hospitais.

O segundo período, contemplado entre os anos de 1987 e ano 2000 também esteve imerso em acontecimentos bastante relevantes que culminaram, dentre outros avanços, na constituição do Movimento de Luta Antimanicomial. O evento que inaugura este período foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental que ocorreu em Bauru/SP, em 1987, convocado pelos próprios trabalhadores da área, onde foi proposta de forma mais incisiva a questão da desinstitucionalização, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Foi neste mesmo ano que se iniciaram experiências de implantação de serviços realmente substitutivos aos hospitais psiquiátricos como foi o caso do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, em São Paulo/SP, e em 1989, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos/SP. Neste município houve grande abertura política desde que o Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu o governo municipal na ocasião. Assim, foram implantados serviços de atenção à Saúde Mental com a proposta de substituir os hospitais psiquiátricos aos moldes da experiência basagliana de Trieste, na Itália, a partir da Psiquiatria Democrática, ofertando à população um serviço aberto, comunitário, que funcionava durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, inaugurando uma primeira experiência de rede de atenção à Saúde Mental no país. Em 1989, foi elaborado pelo então deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei de número 3.657/89 que propunha a mudança gradativa dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos até a sua extinção completa. Naquele momento, o MTSM assumiu novamente um posicionamento mais próximo ao seu propósito inicial que era a extinção total dos manicômios e não somente uma humanização dos mesmos, passando a definir-se como Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Outro fator importante foi a Declaração de Caracas, documento consolidado na Conferência de Caracas/Venezuela, em 1990 que determinou que houvesse uma reforma da atenção à Saúde Mental nas Américas, discutindo a ineficiência e ineficácia do modelo centrado no hospital e as possibilidades muito mais favoráveis e condizentes com os princípios de descentralização, participação social e prevenção, existentes nos serviços substitutivos e na atenção primária à saúde, por exemplo.

Os CAPS, que inicialmente foram denominados também de NAPS, passam a ser então uma realidade, ainda que incipiente no país, entretanto, estes só foram regulamentados oficialmente e respaldados pela legislação por meio da Portaria nº 224/92 que os definia como:

[...] unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a, p.12).

Esta portaria foi muito importante, pois além de dar orientações sobre o funcionamento dos CAPS, aborda e regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental, inclusive na atenção primária, adequando-os à proposta do SUS.

A realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992 em Brasília/DF, foi o ápice deste período propondo explicitamente a reestruturação da atenção à Saúde Mental no Brasil adequando-se veementemente ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e influenciando na criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1993, além de garantir participação de um número expressivo de trabalhadores da área, usuários e familiares. Importante ressaltarmos que neste período começaram a surgir e a se fortalecer associações e organizações de usuários e familiares que passaram a participar mais ativamente das discussões e propostas apresentadas socialmente, principalmente nas conferências municipais, estaduais e a nacional.

Este período é denominado Período Antimanicomial certamente devido ao distanciamento que se dá aí, em relação à reforma sanitária no sentido de radicalizar seu posicionamento a favor do desmantelamento dos hospitais, contra a criação de novos leitos e o financiamento público dos mesmos. Começa a ser discutido nessa ocasião o financiamento público dos serviços substitutivos, a regulamentação das internações psiquiátricas e a implantação de novos serviços. Neste período, alguns estados brasileiros aprovaram políticas estatais em prol da reforma psiquiátrica<sup>2</sup>, porém, somente no período seguinte é que foram aprovadas as principais transformações legislativas sobre o tema, em âmbito nacional.

Conforme observado, os avanços na Saúde Mental foram alcançados gradativamente e um fator de extrema importância foi a promulgação da Lei 10.216 em 2001, que instituiu novo modelo assistencial em Saúde Mental e abordou a proteção e os direitos das pessoas

---

<sup>2</sup> Os Estados que aprovaram políticas em defesa da reforma psiquiátrica foram o do Ceará (Lei nº 12.151/93), o Distrito Federal (Lei nº 975/95), Espírito Santo (Lei nº 5.267/96), Minas Gerais (Lei nº 11.802/95 e Lei nº 12.684/97), Paraná (Lei nº 11.189/95, Pernambuco (Lei nº 11.064/94), Rio Grande do Norte (Lei nº 6.758/95) e Rio Grande do Sul (Lei nº 9.716/92).

portadoras de transtornos mentais. Esta legislação, também conhecida como Lei Paulo Delgado, enfrentou e resistiu durante longos anos, desde a elaboração de seu projeto inicial em 1989, conforme citado acima, passando por várias alterações e revisões até a sua aprovação. Além desta, outras portarias importantes merecem destaque como a Portaria Nº 251/02, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências; a Portaria Nº 52/04, que propõe a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos, a partir da diminuição dos leitos hospitalares em favor de financiamento de novas formas de pactuação e repasse financeiro à rede de atenção psicossocial; a Lei Nº 10.708/03, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de longos processos de internações, sendo também conhecida como Programa De Volta Para Casa (PVC); a Portaria nº106 de 2000, que legisla sobre o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que fazem parte da estratégia de desinstitucionalização ofertando moradias protegidas inseridas dentro da comunidade com o intuito de receber pacientes que sejam egressos de longas internações psiquiátricas e indubitavelmente, a Portaria Nº336/02, que regulamenta o CAPS, e define como seu objetivo principal realizar atendimento a indivíduos que apresentem transtornos mentais severos e persistentes, em sua área de abrangência, “oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (BRASIL, 2004a), colocando o equipamento como ponto central na estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Portaria 336/02 resolve ainda, apoiada pela Lei 10.216, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001 e pela necessidade de atualização da portaria 224/92:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em Saúde Mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. (BRASIL, 2002c)

Estabelece ainda, em seu artigo 3º que os CAPS deverão funcionar em área física específica, independente de qualquer estrutura hospitalar e no artigo 4º as modalidades dos serviços em CAPSI, CAPSII, CAPSIII, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), citando as características de cada um deles conforme especificado nas tabelas abaixo:

Tabela 1 - Modalidade do Serviço, Recorte Populacional e Horário de Funcionamento. Adaptado de: Saúde Mental no SUS, os Centros de Atenção Psicossociais p.19, 2004.

<b>MODALIDADE DO SERVIÇO</b>	<b>RECORTE POPULACIONAL</b>	<b>HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO</b>
CAPSI	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira.
CAPSII	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPSIII	Municípios com população acima de 200.000 habitantes	Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPS i	Municípios com população acima de 200.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS ad	Municípios com população acima de 100.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter terceiro período, funcionando até 21 horas.

Importante ressaltar que além de definir a modalidade dos serviços, o recorte populacional necessário para sua implantação e o horário que cada um deles deveria funcionar, a portaria 336/02 estabelece também as características de cada um deles bem como as atividades que devem ser realizadas para garantia da assistência. As atividades, que devem ter sempre como foco um projeto terapêutico individualizado, envolvem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social são comuns a todos os CAPS, com exceção do CAPSi e CAPSad que atendem públicos distintos como crianças e adolescentes e pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas que tem atribuições diferenciadas como desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça e atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social no caso do CAPSi e atendimento de desintoxicação,

mantendo leitos para desintoxicação e repouso no caso do CAPSad. Foi definida também a equipe profissional que cada CAPS deve contar, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 - Recursos Humanos dos CAPS. Adaptado de: Saúde Mental no SUS, os Centros de Atenção Psicossociais p.26 e 27, 2004.

<b>MODALIDADE DO SERVIÇO</b>	<b>RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS</b>
<b>CAPSI</b>	1 médico psiquiatra ou médico com formação em Saúde Mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
<b>CAPSII</b>	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em Saúde Mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
<b>CAPSIII</b>	2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em Saúde Mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior ; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
<b>CAPS i</b>	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.
<b>CAPS ad</b>	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em Saúde Mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto

Todos estes avanços “legislativos” supracitados explicitam as características deste terceiro período, que se iniciou em 2001 e vai até os dias atuais, denominado de institucionalista. Este foi marcado pela aprovação de toda a legislação que legitimou a Reforma Psiquiátrica como política pública, mas também pela realização da III Conferência de Saúde Mental, em 2001 com o tema “Cuidar sim, excluir não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, em consonância ao tema mundial proposto pela OMS para o ano de 2001.

A III Conferência, realizada em Brasília/DF, contou com a participação e contribuição de representantes de diversos países como Itália, Portugal, Espanha, Suíça, dentre outros e se fez como uma oportunidade bastante válida para se repensar e discutir a Reforma

Psiquiátrica no que dizia respeito aos avanços já alcançados até aquele momento. Um deles a aprovação da Lei 10.216, que acabara de se concretizar e o que se desejava para o futuro da atenção à Saúde Mental no país, assim como os desafios a serem enfrentados. Esta, assim como as conferências anteriores, contou com grande participação popular, estimando-se a participação de 30.000 trabalhadores, usuários e familiares nas etapas municipais, microrregionais e regionais, cerca de 20.000 na etapa estadual e 1.700 participantes na etapa nacional, segundo Relatório Final da III Conferência produzido pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p.15).

Neste período, a maior preocupação foi e acredita-se que ainda é, a expansão da atenção em Saúde Mental, no âmbito do SUS, por meio da inauguração de novos serviços substitutivos como os CAPS, os Centros de Convivência, que são dispositivos inseridos na comunidade e que ofertam atividades relacionadas à arte, cultura e lazer ao usuário da rede de atenção à Saúde Mental, bem como à comunidade em geral, tornando-se um serviço importante para se garantir a inclusão social efetiva das pessoas com transtornos mentais em tratamento ou não, os SRTs, também conhecidos como Residências Terapêuticas (RT) e principalmente da atuação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, com as equipes de Saúde Mental nas UBS, equipes de matriciamento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do fim definitivo dos hospitais psiquiátricos, que ainda hoje, são incorporados às redes de atenção à Saúde Mental existentes no país e uma maior aproximação dos movimentos sociais em prol da Saúde Mental que marcaram um distanciamento em 2007 com a criação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e sua separação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Importante destacar que em 2008 foi criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) por uma parte representativa de militantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial associados à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O NASF, que foi criado pela Portaria Nº 154/08, tornou-se um parceiro das equipes de Atenção Básica e prevê a incorporação de profissionais de Saúde Mental na constituição de sua equipe, tendo em vista que:

A atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em Saúde Mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os freqüentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em Saúde Mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede,



organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. (BRASIL, 2008)

Em 2010 foi realizada em Brasília/DF, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, abordando como tema principal a Intersetorialidade, tema central desta pesquisa, abarcando-a em todos os seus três eixos: Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais e Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. Esta conferência, assim como as demais, contou com grande participação popular, cerca de 46.000 participantes, em todas as etapas, segundo Relatório Final da IV Conferência (BRASIL, 2010, p.7). Ainda que tenha demorado quase 10 anos entre a realização da III e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM), e tenha sido necessário a realização da Marcha para Brasília em 2009 quando usuários da Saúde Mental, familiares, profissionais, entidades fizeram uma grande manifestação em Brasília em defesa da realização da IV CNSM, estes espaços das conferências tem se mostrado bastante potentes para se fazer avançar as políticas públicas e também para promover maior conscientização da sociedade da real configuração da rede de atenção à Saúde Mental no país, compreendendo sua amplitude e suas limitações.

A iniciativa de se propor uma Conferência Intersetorial configura-se como um avanço para as políticas, principalmente as sociais, pois se amplia a compreensão de que a Política de Saúde Mental é transversal, é feita por muitos outros atores, não apenas as equipes dos serviços de atenção, e, assim como a sociedade, acompanha todas as mudanças que o contexto político, cultural e econômico do país, vem enfrentando. No ano da realização da IV CNSM, estava explícito um enfraquecimento dos movimentos sociais e o fortalecimento de movimentos de categorias profissionais mais individualistas e conservadoras pode ser observado, como o Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7.603/06), que previa que apenas o profissional médico ficasse com a responsabilidade de autorizar os usuários a utilizar ou não alguns serviços da saúde, específicos de alguns profissionais como o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, dentre outras profissões, estabelecendo uma hierarquização entre a medicina e as demais profissões da área, criando certamente um retrocesso, já que a legislação brasileira que regulamenta a saúde é pensada a partir de um conceito ampliado de saúde e de cuidados para com os usuários.

Segundo o Relatório Final da IV CNSM, houve 38 moções, dentre elas moções de repúdio ao descumprimento das leis do SUS, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), à falta de apoio, inclusive financeiro, das secretarias municipais e estaduais para os delegados que participaram da etapa nacional, à recusa do governo do Estado de São Paulo de realizar a etapa estadual, às Políticas Estaduais autoritárias de “Combate” às Drogas em vários estados brasileiros, às internações psiquiátricas que ainda são feitas em muitos locais do país, ao Projeto de Lei do Ato Médico dentre outras. Houve também moções de reivindicações bastante pertinentes e diversas em torno do financiamento e oferta de serviços de Saúde Mental e apoio aos investimentos que foram feitos em prol da realização da IV CNSM, como foi o caso da Prefeitura de São Bernardo/SP e o do caráter intersetorial da Conferência na moção de número 11 que reconhece a intersetorialidade em Saúde Mental apontando que “os níveis de atenção do SUS (municipal, estadual e federal) tenham a responsabilidade de planejar, executar e avaliar uma rede de atenção intersetorial em Saúde Mental [...]” (BRASIL, 2010, p. 163). Diante de toda a conjuntura do momento da realização da IV Conferência, pode-se perceber a “necessidade inexorável da articulação intersetorial de políticas e programas” (VASCONCELOS, 2010, p.27).

A legislação mais recente e não menos importante que temos em relação à Saúde Mental é a portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Esta pretende fortalecer a integração dos equipamentos existentes por meio da criação de pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Saúde, por meio das UBS, das Equipes de atenção básica para populações específicas, como a indígena, do Consultório na Rua, do NASF e do Centro de Convivência; na Atenção Psicossocial Especializada por meio dos CAPS I, II, III, CAPSad, CAPSadIII e CAPSi; na Atenção de Urgência e Emergência por meio da UPA e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); pela Atenção Residencial de Caráter Transitório por meio das Unidades de Acolhimento (UA), nas modalidades Adulto e Infantojuvenil a ainda a Comunidade Terapêutica<sup>3</sup>; pela Atenção

---

<sup>3</sup> A questão da inclusão das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção à Saúde Mental gerou e ainda gera muita discussão e polêmica. Diversas categorias profissionais da área da saúde mental tem manifestado veementemente sua posição contrária à inclusão desta modalidade de “serviço” na RAPS por considerar que a proposta contradiz a lógica do SUS e contraria as determinações e orientações das políticas públicas. As Comunidades Terapêuticas são locais destinados ao acolhimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. São geridas geralmente por Igrejas e tem em sua maioria, salvo poucas exceções, fundamentos e princípios religiosos, assumindo práticas questionáveis de tratamento como jejuns, violação e interceptação de correspondência dos internos, imposição de prática religiosa e até mesmo homofobia. Em alguns casos, há registros de graves “violações de direitos humanos como violência física, castigos, torturas, exposição a

Hospitalar por intermédio da garantia de leitos e enfermaria especializada em hospitais gerais; pelas Estratégias de Desinstitucionalização por meio do SRT e do PVC e finalmente pela Reabilitação Psicossocial por intermédio de Cooperativas sociais. A portaria que institui esta rede complexa e múltipla que é a RAPS, além de promover maior articulação e responsabilização dos equipamentos que compõem a política do SUS em relação à atenção em Saúde Mental, também cria novos serviços como as Unidades de Acolhimento e incorpora outros como as Comunidades Terapêuticas, ainda que tenha havido grande polêmica em torno dessa decisão.

Deste Modo, a legislação da RAPS aponta para um desafio que tem sido frequentemente observado pelos profissionais inseridos nos diversos equipamentos ou serviços que prestam atenção à Saúde Mental no país, que é a necessidade, urgente, de maior articulação da rede. A intersetorialidade, ou o desenvolvimento de relações que estão para além da atuação isolada dos equipamentos e serviços específicos, é a palavra de ordem de toda política pública na busca por se garantir maior qualidade do atendimento aos usuários dessas políticas. Esta questão da necessidade de se discutir e avançar na intersetorialidade tem sido cada vez mais evidenciada como uma discussão fundamental para outras políticas, como a da Assistência Social, que compõe com a Saúde Mental a interface intersetorial cuja efetivação é o objeto desta pesquisa. Veremos a seguir como esta outra política se desenvolve, para compreendermos suas possíveis, ou melhor, necessárias, interfaces com a Saúde Mental.

## **1.2 Do assistencialismo à assistência: a Assistência Social como Política Pública e a contextualização do CREAS**

**P**ara contextualizar o advento da Assistência Social como política pública, faz-se necessário retomarmos brevemente um período um pouco mais distante em sua trajetória conforme abordado em relação à Saúde Mental. Historicamente a

---

situações de humilhação, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras” conforme foi observado no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (Conselho Federal de Psicologia, p.191, 2011), disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf)  
Acesso em: Junho/2015.

assistência social esteve relacionada prioritariamente à caridade, “à solidariedade social diante dos pobres, dos viajantes, dos doentes, dos incapazes, dos mais frágeis” (SPOSATI *et al.*, 2007, p.40), estando suas práticas muito mais associadas a questões de cunho moral do que político. Em todo o mundo, a pobreza não era vista como uma questão social e sim como uma disfunção ou incapacidade dos indivíduos. E, no Brasil, não foi diferente e nem foi tampouco por acaso que, inicialmente, suas práticas, que se baseavam em ações assistencialistas e clientelistas, tiveram apoio e respaldo da religião, principalmente as de base ou origem cristã.

Esta compreensão da pobreza como “invalidez” ou até mesmo doença, se evidencia na análise de Sposati:

[...] os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social. Isto irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais, que manifestarão as duas faces: a assistência à saúde e a assistência social. O resgate da história dos órgãos estatais de promoção, bem-estar, assistência social, traz, via de regra, esta trajetória inicial unificada (SPOSATI, 2007, p.42).

Destarte, longe ainda de ser reconhecida como direito, a assistência social recebia do Estado apenas uma atenção pontual com a distribuição de recursos por meio principalmente de isenções fiscais a pequenos grupos privados e religiosos que se ocupavam do atendimento aos “desamparados” e “vulneráveis”. Atendimentos estes que eram feitos principalmente em hospitais e asilos, da forma que conviesse a cada instituição, sem a menor fiscalização ou controle. Esta situação permaneceu no Brasil por muito tempo e o reconhecimento da assistência social pelo Estado ocorreu lentamente, ainda que tivesse havido na Era Vargas (1930 a 1945) as primeiras legislações de cunho social, com a criação do Ministério do Trabalho, tais como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a institucionalização da Carteira de Trabalho, em 1932.

Importante salientar que foi precisamente neste período que surgiram as primeiras iniciativas governamentais relacionadas à assistência social por meio da criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), em 1938. Formado por pessoas ligadas à filantropia e indicadas diretamente pelo presidente Getúlio Vargas, este conselho avaliava os pedidos das instituições filantrópicas que iriam receber recursos do governo, sem o estabelecimento de qualquer tipo de controle ou critério de distribuição, decidindo inclusive sobre valores dos repasses financeiros. Houve também, em 1942, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA). Segundo Couto (2004):

[...] buscando legitimidade junto à população pobre, o governo criou a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com o objetivo de assistir, primeiramente, às famílias dos pracinhas que foram para a guerra, e logo depois estender seu trabalho à população pobre, principalmente com programas na área materno-infantil. A LBA representou o braço assistencialista do governo, que centrou na figura da primeira-dama Darcy Vargas a coordenação da instituição. Esse traço clientelista e vinculado à benemerência apresentou-se persistente por muitos anos na política assistencial brasileira (COUTO, 2004, p.103).

Ainda que as primeiras iniciativas tenham sido quase todas realizadas para atender a interesses particularistas ou populistas do governo e que com isso tenha havido um grande período de poucos avanços, a Assistência Social e também toda a Seguridade Social, pois engloba então a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde, sofreram alterações significativas ao longo de sua história no Brasil de maneira semelhante ao que ocorreu com a Saúde. Em relação à Assistência Social, essas mudanças foram, entretanto, mais lentas e a lógica de assistencialismo e de troca de favores continuou presente durante as décadas seguintes, vindo a ser bastante criticada em meados dos anos de 1960 e 1970, época em que o país estava imerso no sistema autoritário de governo exercido durante a Ditadura Militar, como apontado anteriormente, principalmente por um movimento chamado de Reconceituação do Serviço Social, dentre outros. Sposati (2007, p.49) afirma que este movimento se acentuou na década de 1970 e atingiu sobremaneira as escolas de Serviço Social, pois resgatou “os componentes teórico-metodológicos da profissão e desencadeou entre os assistentes sociais a possibilidade de ‘desmascaramento’ de novas formas de apreensão da realidade e a compreensão crítica e política de sua prática”. Seguindo o mesmo eixo de análise, a autora ainda afirma que:

A reconceituação permitiu que os assistentes sociais se distanciassem criticamente do significado ‘aparente’ de sua atividade. Passaram a compreender que, através de suas atividades, se cumpriam fins sociais que ocupavam posições estruturais distintas e antagônicas (SPOSATI, 2007, p.49).

A Reconceituação do Serviço Social foi um movimento importante da categoria dos assistentes sociais, que desde a fundação de sua primeira escola no Brasil em 1936, não tinha vivenciado ainda a consolidação de um pensamento mais crítico, político e em consonância com a realidade brasileira daquele momento histórico, desvencilhando-se do perfil caritativo e aproximando-se a tendências mais nacionalistas, revolucionárias e até marxistas.

Em relação à política de Assistência Social, foi também somente a partir da Constituição Federal de 1988, que esta se legitimou no Brasil como um dever do Estado e um direito de “[...] quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social” (BRASIL, 1988). Antes disto, a Seguridade Social, ou melhor, a Previdência Social,

era ofertada apenas aos trabalhadores formais, que acessavam benefícios previdenciários contributivos, na lógica do seguro, ou seja, apenas os trabalhadores organizados, sindicalizados e que contribuíam financeiramente para o Estado tinham direito aos benefícios que estavam condicionados ao pagamento de contribuição, negligenciando qualquer ação em prol dos trabalhadores informais e de grande parte da população das cidades e do campo que vivia em situação de pobreza. Diante disto, Monnerat e Souza (2011, p.42) afirmam que “a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da Seguridade Social introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social”.

Após a Constituição de 1988, também chamada de Constituição Cidadã devido às inúmeras mudanças da ordem político-social que propôs no sentido da garantia de direitos, foi adotado um regime próprio de gestão para a Assistência Social no país. Neste sentido, em 1989, iniciou-se o processo de construção da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), cujo projeto foi vetado na íntegra no ano de 1990, pelo então presidente da república Fernando Collor de Melo.

Exercendo uma prerrogativa prevista em lei, Collor vetou na totalidade o Projeto de Lei Orgânica de Assistência Social em 17 de setembro de 1990. Na prática, ele reduziu a zero todo o processo de elaboração desse primeiro projeto, desconsiderando o trabalho de quase dois anos dos legisladores, com todos os enfrentamentos e negociações ocorridas em um espaço de debate plural e democrático (BOSCHETTI, 2008, p.210).

Em consequência disto, a LOAS teve sua aprovação somente em 1993, após o impedimento do presidente e passou a regulamentar o que já estava proposto no texto da Constituição, tornando-se a primeira grande conquista rumo à cidadania e à igualdade de direitos sociais. Importante destacar que em dezembro de 2003, após 10 anos da aprovação da LOAS, foi realizada em Brasília/DF a IV Conferência Nacional de Assistência Social. Esta, que foi coordenada pelo então Ministério da Assistência Social (MAS) e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) corresponde um passo bastante significativo, no sentido de se propor novos termos da PNAS no país, pois teve como tema geral a Assistência Social como Política de Inclusão: uma nova agenda para a cidadania – LOAS 10 anos. Esta conferência contou com a participação de 1.035 participantes segundo seu Relatório Final (BRASIL, 2003a) e apresentou como uma de suas deliberações a construção efetiva de uma agenda com diretrizes objetivas para 2004 que dizia respeito à reorganização da política de Assistência Social no país.

Em 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e aprovada a PNAS, com a “intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS” (BRASIL, 2004c). Esta proposta ganhou forma institucional em 2005 por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), materializando suas diretrizes no SUAS, que foi efetivamente assegurado por lei em 2011, pela Lei nº 12.435. Todo este processo teve como objetivo descentralizar, desburocratizar e democratizar as ações e definir regras e diretrizes para a estruturação da Assistência Social como Política Pública.

No SUAS, que foi implantado em todo o território nacional, os serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social foram reorganizados por níveis de proteção e teve como principais fundamentos a matricialidade familiar, por conceber que a família é a principal responsável pelo cuidado de seus membros, e a territorialização, para identificar onde estão localizados os segmentos sociais que vivem processos de exclusão e vulnerabilidade, a fim de promover prioridade de serviços possibilitando assim maior qualidade de vida. E ainda prerrogativas como o financiamento, a informação, o monitoramento e a avaliação, com o objetivo de garantir segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio familiar. Foram estabelecidas duas formas de proteção social: a proteção social básica, e a proteção social especial, tal qual explicitaremos a seguir.

Segundo a PNAS, a proteção social básica

[...] tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, da privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004c, p.33).

Estas ações ocorrem por meio da criação e consolidação de serviços, programas e projetos, além de benefícios sociais como é o caso dos benefícios eventuais e benefícios sociais monetários como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que foi conquistado a partir de uma emenda popular garantida pela Constituição Federal e pela LOAS. O BPC ultrapassa a lógica do seguro, pois disponibiliza remuneração básica no valor de um salário mínimo para pessoas com deficiência ou idosos acima de 65 anos, independente de contribuição previdenciária.

Ainda de acordo com a PNAS (2004), a proteção social especial pretende atuar no atendimento às famílias que tiveram seus direitos violados e que se encontram em risco

pessoal e social devido a situações de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de Medidas Socioeducativas, situação de rua, trabalho infantil, dentre outras.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, há serviços que devem ser ofertados exclusivamente por cada nível de proteção social. A proteção social básica deve ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Todos estes serviços devem ser oferecidos necessariamente pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

O manual denominado “Orientações Técnicas Centro de Referência da Assistência Social” informa que o CRAS:

[...] é uma unidade de proteção social básica do SUAS, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania (BRASIL, 2009b, p. 9).

O CRAS também é conhecido como Casa da Família em algumas localidades e configura-se como o serviço que faz a porta de entrada dos usuários nas políticas públicas da Assistência Social em seu território de abrangência. É por meio do CRAS que muitas vezes se dá o primeiro acesso dos usuários ao SUAS, por estar localizado estrategicamente próximo aos seus usuários e em locais em que há demanda para sua inserção, como localidades que apresentem situações de vulnerabilidade e riscos sociais, entretanto, o usuário pode ter seu primeiro contato com o SUAS por meio de outros serviços pois isto depende de diversos fatores como por exemplo a ocorrência de violação de direitos.

A proteção social especial, por sua vez, é subdividida em proteção especial de média complexidade, que se destina a famílias que se encontram em risco social, porém, seus vínculos familiares e comunitários não foram rompidos e a proteção especial de alta complexidade é responsável pelo atendimento de famílias que necessitam de proteção especial integral, ou seja, pessoas que tiveram violações de direitos e vínculos familiares e comunitários rompidos como, por exemplo, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência abrigados, população em situação de rua e idosos.

A proteção social especial de média complexidade deve ofertar os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço Especializado em Abordagem Social, Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de



Serviços à Comunidade (PSC), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Estes serviços são referenciados ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Ainda no âmbito da proteção social especial de média complexidade, há também o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP ou CREAS POP). Trata-se de um equipamento de unidade pública e estatal de abrangência municipal que deve ofertar obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e em alguns casos, o Serviço Especializado em Abordagem Social.

O PAEFI é um serviço que deve ser ofertado obrigatoriamente pelo CREAS, já os demais, listados acima, devem considerar as demandas existentes. Orienta-se que antes da implantação do CREAS deve ser realizado um diagnóstico socioterritorial que permita identificar as características territoriais, situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, rastreamento da rede de serviços, programas e projetos existentes no território e quais deles podem ser referenciados ao CREAS. Este diagnóstico é essencial para que o gestor público possa identificar qual é a necessidade real de implantação de unidades do CREAS, pois terá como referência a realidade local; para definir o território de abrangência de cada CREAS, quando houver mais de um deles e ainda definir quais são os serviços que cada CREAS deve ofertar. Sendo assim, considerando a rede existente no território, o município tem autonomia para fazer as adequações que se fizerem necessárias.

No que se refere às Medidas Socioeducativas, estas estão previstas no ECA (1990) e são impostas por determinação judicial, quando há ocorrência de ato infracional cometido por adolescente. São seis as medidas socioeducativas sendo aplicadas por classificação de gravidade do ato infracional. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade (PSC), liberdade assistida (LA), inserção em regime de semiliberdade e internação em estabelecimento educacional.

O documento “As Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social” (BRASIL, 2011a) explicita com mais detalhes o que são e como devem funcionar os CREAS. Conforme o documento supracitado:

O CREAS é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS (BRASIL, 2011a, p.8).

Em relação ao porte do município, recomenda-se que a implantação do CREAS siga as orientações do quadro abaixo, fornecido pelas Orientações Técnicas do CREAS:

Tabela 3 - Porte do Município, Número de Habitantes e Parâmetros de Referência. Adaptado de: Orientações Técnicas do CREAS, 2011, p.74 e 75.

<b>Porte do Município</b>	<b>Número de habitantes</b>	<b>Parâmetros de referência</b>
Pequeno Porte I	Até 20.000	Cobertura de atendimento em CREAS Regional; ou Implantação de CREAS Municipal, quando a demanda local justificar.
Pequeno Porte II	De 20.001 a 50.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Médio Porte	De 50.001 a 100.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Grande Porte, Metrôpoles e DF	A partir de 100.001.	Implantação de 01 CREAS a cada 200.000 habitantes.

A equipe de trabalho dos CREAS deve ser composta por psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, advogado, dentre outros. Estes profissionais são responsáveis pela garantia das seguranças socioassistenciais como a segurança da acolhida, segurança de convívio ou vivência familiar, segurança de sobrevivência ou de rendimento e de autonomia. De acordo com o documento citado acima, existem eixos que devem nortear o trabalho no CREAS, tais quais: atenção especializada e qualificação do atendimento; território e localização; acesso a direitos socioassistenciais; centralidade na família; mobilização e participação social; e trabalho em rede, devendo ainda nortear a concepção compartilhada pela equipe na atuação profissional para o desenvolvimento do trabalho social.

A proteção social especial de alta complexidade deve ofertar Serviço de Acolhimento Institucional, Serviço de Acolhimento em República, Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e o Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências. Estes serviços são ofertados em unidades distintas, de acordo com seu público alvo. No caso de crianças e adolescentes, o atendimento deve ser feito em Casa-Lar e Abrigo Institucional; para adultos e famílias: Abrigo Institucional e Casa de Passagem; para mulheres em situação de violência: Abrigo Institucional; para jovens e adultos com deficiência: Residências inclusivas; para idosos: Casa-Lar e Abrigo Institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI).

Conforme visto, na configuração das duas políticas supracitadas, há no desenvolvimento de suas práticas, nas legislações que as compõem e nas observações cotidianas de seus trabalhadores um imperativo de que a intersetorialidade se efetive, entretanto, alguns autores afirmam que a configuração de práticas intersetoriais entre as políticas públicas enfrentam dificuldades para serem consolidadas desde a própria estruturação e organização das políticas, que se fez, como pudemos ver, de forma

setorializada e hierarquizada. Contudo, a necessidade de “interseção entre as políticas sociais permanece presente como mecanismo essencial à potencialização das ações no campo social” (MONNERAT e SOUZA, 2011) e, objetivando o aprofundamento da análise das ações intersetoriais entre as políticas públicas é que se desdobrará a abordagem a seguir.

### **1.3 Considerações acerca da intersetorialidade entre as políticas públicas de Saúde Mental e Assistência Social**

**P**elo que foi exposto anteriormente, evidencia-se que os equipamentos, programas e serviços que integram as políticas direcionadas à Saúde Mental e sua rede de atenção psicossocial e os que integram a política de Assistência Social, trabalham com um público que requer cuidado e atenção diferenciada, como pessoas que apresentam transtornos mentais graves, neuroses graves, depressões severas e violações de direitos das mais diversas como as violências sexuais, negligências, situação de rua, dentre vários outros casos. Sendo assim, não são raras as vezes em que é necessário uma aproximação maior entre os serviços para discussão de casos e/ou resolução de problemas que extrapolam os atendimentos dos serviços, mas que visam à garantia de atendimento integral, digno, humanizado, com equidade e que estejam adequados aos princípios norteadores das importantes políticas públicas, contempladas pelo SUS e pelo SUAS, que são, ambas, políticas caras ao contexto brasileiro atual, pois trazem um remodelamento da atenção ao cidadão, privilegiando suas necessidades e singularidades. Estas políticas apostam no protagonismo, na autonomia, na cidadania, na emancipação do sujeito, na conquista e garantia de direitos, bem como preconizam a territorialidade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação social. Entretanto, há questões ainda relevantes em relação a algumas dessas diretrizes, sendo a que desperta maior interesse nesta pesquisa, a intersetorialidade.

O texto da PNAS aborda o tema, dando a ele sua devida importância:

A Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o

acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2004c, p.42).

Da mesma forma, vários textos que integram a Política de Saúde Mental e da Saúde, de uma forma geral, também citam, propõem e dão destaque para a questão da intersetorialidade, conforme pode ser visto na legislação estadual:

A prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem do sofrimento mental. Estes aspectos não se restringem à área da Saúde, mas devem envolver a moradia, o trabalho, o lazer, a educação, etc – construindo uma rede de suporte para as pessoas mais vulneráveis (MINAS GERAIS, 2006, p.35).

A intersetorialidade está também sublinhada na legislação federal mais recente para a Saúde Mental especialmente na Portaria 3.088/11 que institui a RAPS, no âmbito do SUS. Outros textos importantes, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, também são enfáticos neste aspecto, conforme podemos observar neste trecho:

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, co-responsabilizar-se pela garantia da saúde, como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006a).

A intersetorialidade pode ser compreendida simplesmente como uma ação que se processa entre vários setores, mas, sabe-se que sua efetivação torna-se muito mais complexa que sua conceituação quando se trata de políticas públicas, já que esta, não diz apenas de uma possibilidade de melhor atendimento ao usuário, mas emerge da necessidade da própria ineficiência e insuficiência das políticas setoriais, que muitas vezes comportam conflitos e relações de força agindo de forma isolada, tornando-se assim impotentes na resolução de alguns problemas.

Akerman (2014, p.4293) afirma que a intersetorialidade poderia servir a promover “encontros, escuta e alteridade além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade) de convergências possíveis”, evitando inclusive que setores diferentes ajam em duplicidade em relação ao usuário atendido, o que certamente, poderia promover melhor qualidade nos atendimentos ofertados por cada setor. Entretanto, isto implica mudanças significativas na própria concepção e organização da gestão da política pública, que teria que se reavaliar, inclusive em relação a sua hierarquia e autonomia diante à resolução de problemas, considerar os objetivos comuns e ainda questionar-se continuamente sobre o “como” executar práticas essencialmente intersetoriais, já que há grande fragmentação

e desarticulação das políticas públicas, principalmente se considerarmos “a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública” (NASCIMENTO, 2010).

Para além das questões apontadas, há também que se considerar, como nos aponta Nascimento (2010, p.98) que existem interesses e “há uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas em que se destacam as políticas macroeconômicas”. Ou seja, há determinados setores que recebem maiores recursos e nem sempre os critérios estão baseados nas necessidades reais de cada setor. Para além destas questões, acredita-se que a não efetivação de práticas intersetoriais que promovam redes ou rizomas - coletivo de articulações, conexões e processos - entre os equipamentos e os serviços possa dificultar o processo de construção da cidadania, da atenção efetiva e de qualidade ao usuário das políticas públicas e contribuir para uma desassistência do público atendido.

A intersetorialidade é, portanto, fator de extrema relevância para as políticas públicas, tendo sido abordada inúmeras vezes nos textos das leis, decretos e portarias. Esta, assim como a universalidade, integralidade e equidade, princípios caros ao SUS, ao SUAS e às demais políticas públicas, podem potencializar, por meio de suas práticas ações que promovam maior justiça social, protagonismo social, cidadania, defesa e garantia de direitos, promovendo maior qualidade de vida à população, de uma forma geral. Contudo esta precisa ser compreendida, em sua complexidade, em que devem ser consideradas não apenas as ações macropolíticas, mas também, as ações micropolíticas, na singularidade de cada rede, nas entrelinhas de cada discussão de caso, de cada visita compartilhada, de cada prática cotidiana dos serviços.

Neste sentido, buscou-se apresentar as especificidades das políticas de Saúde Mental e Assistência Social, considerando as condições históricas e as mudanças que acompanharam a constituição de seus sistemas, propondo reflexão sobre a intersetorialidade, ponderando que no plano analítico das políticas em questão existe a necessidade e a possibilidade de se construir e potencializar na efetivação de suas práticas, a intersetorialidade, a fim de que a atenção ao usuário destas redes e a promoção da saúde se produza de forma menos burocrática, mais autonomista e mais potente.

Sendo assim, pretendemos com esta pesquisa investigar a configuração das práticas e a aplicabilidade da intersetorialidade entre as políticas públicas de Saúde Mental e de Assistência Social, tomando como estudo de caso o município de Contagem, por meio da análise das práticas de dois de seus equipamentos, o CAPS-Sede, que integra a atenção secundária em Saúde Mental do município e o CREAS-Eldorado que está localizado na proteção de média complexidade da política de Assistência Social.

**PARTE II:**  
**A COMPLEXIDADE E O MÉTODO**

## 2.1 Considerações sobre o método

**A** influência da matemática e do método científico proposto por Galileu na Idade Moderna transformou profundamente a forma de produzir ciência e conhecimento. Sendo assim, a ciência, que esteve em suas origens, estreitamente conectada à filosofia, passa a se constituir e fundamentar-se pela lógica matemática da quantificação, da racionalidade científica, da objetividade, da simplificação, da neutralidade e do reducionismo, baseando-se na experimentação de métodos matemáticos, lógicos, palpáveis e sujeitos à observação e verificação. Sob “um ideal de cientificidade que envolve todas as disciplinas que se pretendem ciências, inclusive as ciências humanas” (ARANHA; MARTINS, 1986), originam-se no século XVIII as diferentes ciências e suas especificidades setorializadas, disciplinares e objetivas. Ainda que no século XIX tenha havido uma emergência das ciências sociais, que nasceram para serem empíricas, estas ainda apresentam concepções representativas da ciência moderna, definindo padrões e modelos de se conhecer como o “positivismo” e no século seguinte, o “neopositivismo”. É sob este paradigma que se produziu ciência até então, de forma quantitativa, rejeitando qualquer forma de conhecimento que não fosse verificável e passível de encaixe em moldes pré-estabelecidos de objetividade.

Boaventura de Souza Santos (1993), em seu livro *Um discurso sobre as ciências*, aponta que este modelo paradigmático de fazer ciência, que vigora até os dias atuais, atravessa uma crise profunda e irreversível, pois, oferece problemas, retrocessos e conseqüentemente avanços ínfimos quando recusa toda e qualquer forma de conhecimento que não se adeque aos seus princípios epistemológicos, regras e metodologias. O autor coloca que “é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples” (SANTOS, 1993. p.15), considerando que compreender o mundo não é manipulá-lo, sendo que o conhecimento é antes de tudo autoconhecimento e está engendrado em um universo complexo e infundável. Em relação à simplicidade reducionista utilizada pela ciência moderna, Passos e Barros (2003) afirmam que:

[...] Para a ciência moderna, é simples o que é isolado e explicado por uma disciplina [...] A simplicidade é, portanto, o resultado de uma ação depurativa da ciência moderna. E conseqüentemente tal ciência se caracteriza por manter-se no isolamento de seu meio ambiente – o laboratório, a academia ou a Universidade – purificando os fenômenos, simplificando-os, separando-os do mundo natural ou laboratorial de onde provêm (PASSOS e BARROS, 2003, p.82).

Diante disto, estaríamos vivenciando um período de revolução científica, “possuídos por um desejo quase desesperado de complementarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios” (SANTOS, 1993, p. 57). Essa revolução, na óptica deste autor aponta para um novo paradigma que ultrapassa as fronteiras como as da representação, do dualismo, da ordem, do rigor, da objetividade por si só, sendo a égide do conhecimento pós-moderno, denominado pelo autor de paradigma emergente. O autor afirma que:

O conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa. Este relativo colapso das distinções dicotômicas repercute-se nas disciplinas científicas que sobre elas se fundaram. Aliás, sempre houve ciências que se reconheceram mal nestas distinções e tanto que se tiveram de fraturar internamente para se lhes adequarem minimamente. Refiro-me à antropologia, à geografia e também à psicologia (SANTOS, 1993, p. 61).

Neste novo paradigma, o paradigma emergente da ciência contemporânea, ou pós-moderna, busca-se, em contraposição ao que se buscava na ciência moderna, a apreensão da complexidade, a sabedoria que existe no senso comum, às perguntas simples, considerando que a hierarquia existente entre o conhecimento científico e o conhecimento vulgar tende a desaparecer fazendo da prática, o fazer e o dizer da filosofia da prática. Segundo Boaventura de Souza Santos (1993):

[...] A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. É certo que o conhecimento do senso comum tende a ser um conhecimento mistificado e mistificador, mas, apesar disso e apesar de ser conservador, tem uma dimensão utópica e libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico (SANTOS, 1993, p.70).

Importante destacar, contudo, que a ciência pós-moderna, aprecia o conhecimento empírico, porém, não rejeita o conhecimento científico, nem tampouco seus aparatos tecnológicos, entretanto atenta para o fato de que estes deveriam ser traduzidos em sabedoria de vida, já que todo conhecimento visa constituir-se em um senso comum. Desta maneira, a ciência pós-moderna assume uma postura de diálogo com outras formas de conhecimento e se deixa penetrar por elas. Sendo assim, o pesquisador, que assumir esta posição deve evitar a fragmentação disciplinar do saber científico e com isto, diminui drasticamente o risco de se tornar um “ignorante especializado” (SANTOS, 1993) ou um “expert” (BAREMBLIT, 1996), sendo que a fragmentação que se fizer necessária, no paradigma pós-moderno, deve ser temática, não disciplinar.



Concordando com a perspectiva de Santos (1993) e de outros autores que apontam para a necessidade de se pensar a complexidade, para além do simplismo e reducionismo, podemos considerar que as formas e saberes de explicação da realidade são muitos, pois, não existe um único saber, comum e padronizado de ciência que apresente todas as respostas. De acordo com Dermeval Saviani (1986), um problema em si, não é filosófico, nem científico, artístico ou religioso. A atitude que o homem toma perante os problemas é que é filosófica, científica, artística, religiosa, ou de mero bom senso. Consideramos então, que as “ciências” estão em constante transformação e suas “certezas”, são provisórias, processuais, inacabadas e permanentes. Para Passos e Barros (2003)

Eis, então, o desafio assumido pela ciência da complexidade, superar o antigo isolamento e produzir no encontro com outros saberes. E desse desafio, sua forma paroxística é a aposta transdisciplinar, isto é, o pensamento que se produz no atravessamento das disciplinas, não no interior delas, mas entre elas (PASSOS e BARROS, 2003, p.83).

É sob esta perspectiva que se fez a escolha de utilizarmos nesta pesquisa a Esquizoanálise e a cartografia proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995).

## 2.2 Olhares, escutas e rotas: nas trilhas da cartografia

**D**iante da fragilidade da ciência moderna devido ao seu posicionamento hegemônico centrado na objetividade, neutralidade, produtividade, mecanicidade, sistematização, quantificação, reducionismo e prioritariamente a racionalidade, conforme visto; outras maneiras de se conhecer, pensar e pesquisar são propostas, sendo a que nos desperta maior interesse, a esquizoanálise.

A Esquizoanálise, também conhecida como Filosofia da Diferença, é uma concepção de compreensão do mundo, pensada por Gilles Deleuze e Félix Guattari, que tem por objetivo observar a vida em sua maneira mais ampla. “Máquina que contém elementos das Ciências Formais, das Ciências Naturais, das Ciências Humanas, das Artes, do Saber Popular e conceitos de ramos da Filosofia, formando um *bricolage* de vários conhecimentos e saberes” (ROMAGNOLI, 2006, p.30). Ainda sobre esse referencial, podemos fazer a seguinte colocação:

[...] é uma proposta que traz em si a marca de ter inventado e de ser deflagrada de novas invenções que acabam por produzir novos sentidos e modos de existir e de atuar. A mesma está fundamentada num paradigma estético ou “proto-estético”, que é imanentemente ético e político, pois traz uma leitura da realidade imanente e uma prática metamorfoseadora do mundo em que vivemos, entendida também como ecológica (ecologias da mente, da natureza, da sociedade e do parque maquinico-tecnológico) (AMORIM, 2008, p. 34).

Embora Gilles Deleuze e Felix Guattari tenham de certa maneira, criticado a corrente do pensamento pós-moderno, muitos os classificam como pensadores pós-modernos ou pós-estruturalistas com críticas fundamentadas nas “filosofias da diferença” e na “teoria das multiplicidades”. As multiplicidades, neste sentido, constituem a própria realidade, propondo assim superar as dicotomias entre o consciente e inconsciente, natureza e história, corpo e alma. Ambos os autores reconhecem que subjetivações, totalizações e unificações são “processos que se reproduzem e aparecem nas multiplicidades”, mas destacam que estas “não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.43). Sua forma de pensamento, portanto, não é hierárquica da árvore-raiz, mas a pluralidade do rizoma.

A subjetividade para a esquizoanálise é compreendida como algo complexo e a complexidade é uma das marcas desta Filosofia da Diferença, deste Paradigma ético-estético, dos pensamentos destes dois autores, principalmente, e de tantos outros que contribuíram para a possibilidade de se conceber a realidade, a subjetividade, a vida de maneira mais ampla, se opondo às dualidades, às dicotomias e aos reducionismos simplistas que se impõem como verdade absoluta na ciência moderna.

Para adentrar a configuração desta linha de pensamento faz-se necessário apresentar antes “conceitos” – palavra esta que para Deleuze se apresenta como produção, criação, fluxo - que lhe são imanentes e podem se fazer facilitadores para a compreensão da mesma. Sob esta perspectiva, do conceito como criação, Haesbaert (2011) afirma que para Deleuze e Guattari, “o próprio conceito é um acontecimento, ‘o novo evento das coisas e dos seres’. Eles ressaltam frequentemente que não se trata de separar o conteúdo da expressão, a natureza da história, o material do imaterial” (p.109- 110). Como a obra destes autores é demasiadamente vasta, elencamos apenas alguns destes conceitos-criação como a subjetividade, as linhas e planos, o rizoma, o agenciamento, que arriscamos explicar sucintamente abaixo, sem a menor pretensão de esgotá-los.

A subjetividade é constituída por elementos coletivos, culturais, subjetivos, políticos, sociais, afetivos, heterogênicos, processuais. Estes elementos estão para além da questão psíquica e seu funcionamento se dá pela existência de linhas que a compõe, sendo estas as linhas duras, linhas flexíveis e linhas de fuga.

Deleuze e Guattari (1996) assim concebem as linhas de segmentaridade, duras:

Somos segmentarizados por todos os lados e em todas as direções. [...] Somos segmentarizados *binariamente*, a partir de grandes oposições duais: as classes sociais, mas também os homens e as mulheres, os adultos e as crianças, etc. Somos segmentarizados *circularmente*, em círculos cada vez mais vastos, em discos ou coroas cada vez mais amplos, à maneira da "carta" de Joyce: minhas ocupações, as ocupações de meu bairro, de minha cidade, de meu país, do mundo... Somos segmentarizados *linearmente*, numa linha reta, em linhas retas, onde cada segmento representa um episódio ou um "processo": mal acabamos um processo e já estamos começando outro [...] (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 92).

O funcionamento das Linhas de Segmentaridade, também chamadas de linhas duras, se dá pela codificação. Estas classificam: em sexo, classe, nível. Tem comportamento binário, dicotômico, hierárquico. As linhas de segmentaridade cristalizam, enrijecem, homogeneizam os territórios, organizam-o conforme o plano de organização determinado. É por aí que elas circulam, pelo plano de organização. Nestas linhas os agenciamentos são endurecidos, lentificados.

Para além das linhas duras, há também as linhas flexíveis, que possibilitam o afetamento da subjetividade criando zonas de indeterminação e agenciamentos. As linhas flexíveis são as linhas moleculares, da alteridade, movimentam-se e operam pequenas transformações. Elas funcionam de maneira completamente diferente às linhas duras. Nestas linhas abre-se a possibilidade do novo, do inédito, da diferença, da intensidade, do coletivo. Relacionam-se com o plano de consistência, de imanência. Em conexão com estas linhas, os agenciamentos, os fluxos de desterritorialização são possíveis.

A linha de fuga, de ruptura traz consigo e de fora, a exterioridade, a possibilidade da fissura, da desestabilização, da desterritorialização, da irrupção do novo, da invenção, do inédito, do devir. A linha de fuga tem velocidade, é bem rápida e provoca desterritorialização. Isto é possível pela conexão com as linhas flexíveis, com o plano de consistência. É sob a linha de fuga que se cria, que se conecta com agenciamentos coletivos e potentes capazes de inventar novos territórios existenciais. São as linhas de fuga que convergem em processos que arrastam para o novo.

Estas linhas são imanentes, ou seja, coexistem, estão inseridas umas nas outras simultaneamente. As linhas de segmentaridade, duras, relacionam-se ao plano molar, termo este escolhido apenas para identificar que são os planos macrossociais, instituídos e as linhas flexíveis ou de fuga ocorrem no campo molecular, ou seja, o micro campo do plano de consistência que incorpora o instituinte, ou seja, a possibilidade de mudança. A vida aqui é compreendida de maneira processual e não somente explicativa e racional.

As linhas de fuga forçam a processualidade da vida, através dos encontros e convocam as subjetividades à descoberta de algo novo, à transição a novo território existencial. Os territórios então são essas formas de habitar o mundo, que é ao mesmo tempo composto por linhas duras, segmentares e linhas flexíveis e de fuga. As formas ou “fôrmas” são dadas pelas linhas duras, pelo plano de organização, pela macropolítica e as forças, que passam pelas linhas flexíveis, se materializam nas linhas de fuga e impulsionam para o novo, para o micro (ou micropolítico), para o molecular.

Os planos de organização são compostos por linhas de segmentaridade, que foram instituídas em determinado momento e que por algum motivo perduram, até que sejam atravessadas por movimentos instituintes que visam ao acontecimento do novo, do diferente, do revolucionário. As forças instituintes, por sua vez, assim o fazem no sentido de transformação, mudança, para promover a circulação da vida.

Conforme apontado, a subjetividade é complexa, heterogênea, processual, tal qual a realidade e não pode ser dissociada da mesma. Ela é composta por elementos coletivos, culturais, subjetivos, políticos, sociais, afetivos, psíquicos, processuais, virtuais, econômicos, humanos, inumanos, genéticos, maquínicos, rizomáticos, inventivos, criativos, enrijecidos, emudecedores, de repetição, de diferença etc. Todos estes elementos perpassam a subjetividade construindo e desconstruindo-a infinitas vezes, ininterruptamente, tornando impossível condicioná-la somente a uma das facetas que a constitui de forma unilateral, pois isto seria reduzi-la abruptamente a apenas uma condição, sendo que as afetações e as possibilidades são infinitas. Neste sentido,

[...] ao invés de pensar um sujeito de contornos limitados e fechado em si, a partir do qual a subjetividade brota, melhor seria pensar no cruzamento de múltiplos componentes de subjetivação que se ligam e religam e acabam influenciando a constituição da subjetividade (PARPINELLI E SOUZA, 2005, p.480).

A subjetividade é rizomática e se faz nos fluxos, nas linhas, nas influências que sofre e nas que impõe na medida em que se processam entre as conexões e o percurso inédito e provisório que percorre, a vida. Guattari e Rolnik (2013) dizem que a “subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (p.42).

Deleuze e Guattari (1995) partem da biologia, ou da botânica para propor a ideia de Rizoma. Enquanto o pensamento tradicional é concebido de modo binário, dual, arborescente: a árvore do conhecimento, uma raiz forte (uma unidade principal) que sustenta o tronco e que se espalha pelos galhos, o rizoma remete à grama, ao gengibre, ao tubérculo: não há como identificar início ou fim, ele transborda, se espalha, contamina o seu entorno, não é uno, nem

múltiplo, é multiplicidade. Pode ser acessado de qualquer ponto, não há que se buscar sua fonte, sua raiz, não é lá que está o cerne da questão, mas em todo seu corpo, em toda sua extensão. É a incidência da multiplicidade ( $n^1$ ), “[...] qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. É muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.21). Pode ser mais facilmente explicado se compreendermos seus seis princípios: 1º e 2º Princípios de conexão e heterogeneidade, 3º Princípio de multiplicidade, 4º Princípio de ruptura assignificante e 5º e 6º Princípio de cartografia e de decalcomania<sup>4</sup>.

Algumas considerações sobre os conceitos provisórios de rizoma e agenciamento merecem destaque, e são fundamentais para compreensão da cartografia, metodologia utilizada nesta pesquisa. O primeiro, possivelmente um dos conceitos mais difundidos pelos autores da Filosofia da Diferença, corresponde às linhas moleculares e se relacionam com as multiplicidades, que muito além da contraposição entre Uno e Múltiplo, consistem em infinitas possibilidades de movimento, de mutação, de devir. O rizoma contrapõe a ideia de arborescência, de representação e não se deixa capturar pelas forças cristalizadoras que endurecem e paralisam a potência da vida. Incita sempre ao novo, a criatividade, a heterogeneidade. É por onde a vida circula e faz conexões, transita entre as linhas de segmentaridade e as linhas de fuga e se conecta e desconecta constantemente, não podendo ser mensurado. Não tem início nem fim, é mutável e se autometamorfoseia a todo instante. Já o segundo, o agenciamento, corresponde a acontecimentos que ocorrem no âmbito coletivo e que forçam a processualidade da vida. Estão relacionados ao território existencial e aos processos de desterritorialização. São acontecimentos que interferem, afetam a realidade podendo provocar processos de invenção, criação, desterritorialização, pois estão sempre em busca de conexões. Os agenciamentos podem operar de forma estratificada, quando conectados ao território e funcionar como passagem “entre”, invenção, criação, quando se relacionam com as linhas de desterritorialização. Para Zourabichvili (2004),

Dir-se-á portanto, numa primeira aproximação, que se está em presença de um agenciamento todas as vezes em que pudermos identificar e descrever o acoplamento de um conjunto de relações materiais e de um regime de signos correspondente (p.9).

Já Haesbaert (2011), parafraseando Deleuze e Guattari, diz que “Os agenciamentos coletivos de enunciação, por outro lado, remetem aos enunciados, a um ‘regime de signos, a

---

<sup>4</sup> Ver: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* – Cap. 1. Introdução: Rizoma – São Paulo: Editora 34, v.1, 1995.

uma máquina de expressão cuja variáveis determinam o uso dos elementos da língua”. Os agenciamentos coletivos de enunciação não dizem respeito a um sujeito, pois sua produção só pode se efetivar no próprio *socius*, já que dizem respeito a um regime de signos compartilhados, à linguagem, a um estado de palavras e símbolos. (HAESBAERT, 2011, p. 125). Guattari e Rolnik (2013, p.39) nos lembram que “a subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação”, ou seja, os agenciamentos são feitos também pelo diálogo e para além do diálogo, pela expressão, como os agenciamentos coletivos de enunciação.

Diante do exposto, a cartografia configura-se como um método proposto por Deleuze e Guattari, que tem sido muito difundido e utilizado em pesquisas, principalmente nas Ciências Humanas, que se propõem a estudar/conhecer/aproximar-se de questões referentes à subjetividade. A cartografia é um termo que foi emprestado da Geografia e que consiste originalmente, na arte ou ofício de fazer ou elaborar mapas. Na concepção dos autores, para realizar uma pesquisa cartográfica é necessário que o pesquisador acompanhe - rastreie - o processo que está sendo produzido em seu campo de pesquisa, que seja traçado um mapa de seu percurso sem a intenção de neutralidade e que sejam registrados todos os afetamentos vividos, considerando não apenas os aspectos qualitativos, contribuindo assim para uma articulação entre diversos saberes, inclusive os não científicos.

A cartografia está estritamente relacionada à análise da implicação, que deve ser realizada pelo pesquisador/cartógrafo/analista durante a realização do seu trabalho ou pesquisa. Barembliit (1996) aponta que a análise da implicação é o processo que ocorre na organização analítica, como resultado de seu contato com a organização analisada, referindo-se à Análise Institucional. Apresenta alguma semelhança ao conceito psicanalítico de contratransferência, porém, não deve ser compreendido apreendendo-se apenas sua dimensão psíquica (reação – consciente e inconsciente), deve ser examinada em todas as suas dimensões, políticas, econômicas, sociais, etc.

A análise de implicação e a intervenção são inerentes, pois é no plano implicacional que as posições de quem conhece e do que é conhecido se misturam na dinâmica da produção do conhecimento. Desta maneira, ambos são afetados e o que é passível de compreensão é o efeito que este encontro entre eles opera durante o processo cartográfico. No trabalho cartográfico, considera-se sempre os efeitos do processo do pesquisar sobre o “objeto” de pesquisa. Para Passos e Barros (2009) “na perspectiva da cartografia, toda pesquisa é intervenção”, pois, transforma a realidade a partir do momento que se inicia. “É o traçado desse plano de experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso de investigação” (p.17-18). Para os autores em tela:

[...] a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método [...] sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2009, p. 17).

O que a cartografia persegue é o rastreamento da complexidade, da heterogeneidade, valorizando sempre a singularização e a invenção, considerando que o conhecimento é processual, coletivo e indissociável dos afetos e da própria vida.

A alusão ao mapa, apontada por Deleuze e Guattari (1995), extrapola a concepção tradicional de cartografia dada pela Geografia, que corresponde à confecção de mapas, considerando aspectos físicos e humanos e a aproxima da ideia de rizoma conforme discutido, pois indica movimento, intensidade, complexidade e dinamicidade da realidade ao contrário do decalque que é estático e que reproduz sempre o mesmo.

O mapa é aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagem de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como uma obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.30).

Neste sentido, concorda-se com a perspectiva apontada por Romagnoli (2009) quando destaca:

Nessa proposta, o papel do pesquisador é central, uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele. [Deste modo,] Cartografar é mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe estudar (ROMAGNOLI, 2009, p.170-171).

E, é sob esta lógica que se constituem as bases metodológicas deste trabalho, rastreando estas linhas e pesquisando como elas funcionam e quais composições são feitas, na prática cotidiana dos trabalhadores do CAPS e do CREAS de Contagem em um processo que se faz ao mesmo tempo complexo e singular. Trata-se de um diálogo que tem como ponto de partida a investigação das práticas que fazem alusão à voz e ao reconhecimento dos sujeitos inseridos na pesquisa e os agenciamentos coletivos de enunciação que emergirem, ou ainda, a valorização de suas experiências e experimentações na cidade de Contagem diante de seu saber e fazer profissional, principalmente em relação à intersectorialidade.

Nesta perspectiva, foram realizadas visitas ao CAPS-Sede, no qual estive na gerência durante um ano, e o CREAS-Eldorado, no qual estive membro da equipe técnica durante aproximadamente três anos, além de outros equipamentos que compõem a rede de Saúde

Mental, como a Coordenação de Saúde Mental, e da Assistência Social, como a Diretoria de Proteção Especial de Média Complexidade (DIPE) em Contagem. O CAPS-Sede e o CREAS-Eldorado foram escolhidos e priorizados devido à experiência vivenciada por mim enquanto trabalhadora em ambos os espaços e ainda por estes serem os primeiros equipamentos instalados no município, agregando maior experiência na execução das duas políticas e se configurando como os equipamentos territorialmente mais abrangentes, atendendo a maior parte da população da cidade.

Neste contexto, foi possível realizar pesquisa de campo em que foi registrado cartograficamente o cotidiano e o funcionamento dos equipamentos já mencionados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais que integram estes equipamentos. As entrevistas contaram com questionário, adaptado de pesquisa recente (PASSOS, *et ali*, 2011) com quinze perguntas previamente estabelecidas, em torno do tema intersectorialidade, além do funcionamento cotidiano dos serviços. Para garantir maior heterogeneidade, utilizou-se como critério de escolha dos participantes da pesquisa, pessoas que representassem tanto a gestão ou coordenação das políticas públicas em questão quanto os trabalhadores dos respectivos equipamentos que atuam no atendimento especializado aos usuários, o CAPS e o CREAS. Primeiramente foram entrevistados os coordenadores dos serviços e das políticas no município que indicaram outros trabalhadores para serem entrevistados.

Importante ressaltar que esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, tendo sido aprovada em Janeiro de 2015. Foram disponibilizados, a cada participante da pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado por cada um deles, confirmando sua concordância em participar da pesquisa e aprovação para divulgação dos dados das entrevistas, tendo garantidas a preservação de suas identidades.

Inicialmente foi feito contato com as Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social e Habitação de Contagem. Na Secretaria de Saúde, foi necessário o preenchimento de um formulário de autorização para a realização da pesquisa e cópia do projeto de pesquisa para ser analisado e aprovado por um setor específico da secretaria, condição para seu início. Após aprovação e autorização, foram feitos novos contatos com a Coordenação de Saúde Mental e a gerência do CAPS-Sede para agendamento das entrevistas. Na Saúde Mental foram realizadas três entrevistas, cada uma buscando representatividade da Coordenação de Saúde Mental e a Gerência e trabalhadores do CAPS, respectivamente.

Na Secretaria de Desenvolvimento Social e Habitação, o trâmite ocorreu de forma menos burocrática. Foi feito contato com o gabinete da secretária de Desenvolvimento Social



que autorizou imediatamente a realização da pesquisa. Em seguida, foi agendada a primeira visita à Diretoria de Proteção Especial de Média Complexidade, onde fui apresentada a toda a estrutura da Diretoria, tendo sido recebida pelo próprio diretor, que se interessou em conhecer a pesquisa e seus objetivos e fez a mediação dos contatos que seriam necessários para agendamento das entrevistas como a coordenação do CREAS e as referências técnicas de cada serviço ofertado pelo equipamento. Foram também disponibilizados documentos que diziam sobre o fluxo de atendimentos e ainda duas propostas de construção de fluxo entre a rede de assistência social e a saúde do município, um deles, especificamente em relação à Saúde Mental. Em relação à Assistência Social foram realizadas seis entrevistas, pois, buscou-se da mesma forma, garantir representatividade da gestão e dos trabalhadores. Devido à fragmentação dos serviços foram entrevistados um representante de cada um dos três serviços ofertados pelo CREAS, sendo eles o PAEFI, o PEDIF<sup>5</sup> (Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias) e o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), além de representante da coordenação do CREAS e da organização da Diretoria de Proteção Especial, conforme quadro abaixo:

Tabela 4 - Quadro de entrevistados. Fonte: VIEIRA, 2015.

Entrevistado	Formação	Tempo de experiência na rede Saúde Mental ou Assistência Social	Tempo de serviço na unidade	Unidade
E1	Serviço Social	01 ano	01 ano	CAPS-Sede
E2	Serviço Social	15 anos	01 ano e 5 meses	DIPE
E3	Serviço Social	11 anos	01 ano e 5 meses	DIPE
E4	Enfermagem	20 anos	02 anos e 6 meses	Coordenação de Saúde Mental
E5	Psicologia	05 anos	02 anos	CAPS-Sede
E6	Serviço Social	07 anos	01ano e 5 meses	CREAS-Eldorado
E7	Direito	02 anos e 6 meses	02 anos e 6 meses	CREAS-Eldorado
E8	Psicologia	02 anos	02 anos	CREAS-Eldorado
E9	Serviço Social	05 anos	01 ano	CREAS-Eldorado

<sup>5</sup> Esta sigla foi criada pelo município de Contagem.

Neste sentido, a cartografia aproxima-se da pesquisa etnográfica. Romagnoli (2015)<sup>6</sup> afirma que a cartografia e a etnografia apresentam alguns consensos e dissensos. Podemos citar algumas semelhanças, como os fatos de ambas serem metodologias qualitativas, que prezam pela inserção no campo, abordam o cotidiano, consideram a subjetividade do pesquisador em relação à pesquisa e partem de um questionamento da objetividade e da universalidade enfatizando o subjetivo, o singular, e a análise da implicação, entretanto, as diferenças também são muitas e as fundamentais entre elas estão em sua origem, uma tem como base a Antropologia – a etnografia e a outra a Filosofia – a cartografia. A primeira busca evidenciar ainda as contradições da realidade; para a segunda as contradições existem, mas fazem parte somente do plano de organização, do visível e instituído. O raciocínio não é dialético, mas imanente. Tudo existe ao mesmo tempo, inclusive a possibilidade de emergirem mudanças, novidades, invenções. É isso que permite a invenção e o que a implicação do pesquisador deve perseguir, já que para Deleuze e Guatarri a implicação tem a ver com a possibilidade de intercessão, de o pesquisador ser um intercessor, operar no “entre” do que está instituído apostando na invenção e na criação, permitindo ao pesquisador criar, a partir dos encontros, novas formas de existir e pesquisar. Sendo assim, a partir do que for vivenciado pelo pesquisador em seu campo de pesquisa é que se dá o conhecimento, portanto, todas as sutilezas, afetos e impressões vividas devem ser consideradas. Nesta perspectiva, o ato de conhecer/pesquisar é criador e transformador da realidade, sendo possível, quando pesquisador e “objeto” pesquisado coexistem e são interventores um do outro mutuamente, fazendo com que o pesquisador envolva-se na pesquisa e na realidade estudada. Assim sendo, a tarefa do cartógrafo é a de acompanhar os movimentos e “Perceber entre sons e imagens a composição e decomposição dos territórios, como e por quais manobras e estratégias se criam novas paisagens. Quais linhas predominam em sua articulação? Das linhas de fuga, às linhas mais duras, qual a relação entre elas? O quanto as linhas da vida estão capturadas? Qual a força que as mantêm?” (MAIRESSE, 2003, p.270). Desta maneira, se configura a proposta, a aposta e o desafio desta pesquisa.

Enfim, concorda-se também com Kastrup (2013) que afirma que a aposta da cartografia é na construção coletiva do conhecimento. A pesquisa, assim como a vida, ocorre de maneira rizomática em um campo de forças em que coexistem intensidades, rupturas, conexões, encontros. Conforme as observações citadas anteriormente, a cartografia intenta compreender e mapear as relações que ocorrem entre o pesquisador e o “objeto” pesquisado sem reduzir nem segmentar o território existencial do pesquisador que é composto por linhas

---

<sup>6</sup> Discussão/comunicação oral, realizada com a Professora em Junho de 2015.

de segmentaridade, flexíveis e de fuga, como assinalado, para delinear singularmente a complexidade da realidade que objetiva pesquisar.

Na próxima parte do trabalho, será apresentada a rede de Saúde Mental e Assistência Social de Contagem, bem como o funcionamento do CAPS-Sede e do CREAS-Eldorado a partir da observação dos participantes da pesquisa e de minha própria observação e discutiremos também, o ponto central deste trabalho, a configuração da intersetorialidade entre estes equipamentos.

**PARTE III:  
PERSPECTIVAS CARTOGRÁFICAS E  
RIZOMÁTICAS: A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CONTAGEM**

### **3.1 Cartografando potencialidades e desafios da intersectorialidade entre o CAPS e CREAS de Contagem.**

**D**urante a realização desta pesquisa de mestrado, foi necessário realizar uma profunda análise da implicação da minha trajetória de pesquisa. Por uma questão metodológica e também porque ocorreram muitas mudanças em minha busca e em minhas inquietações sobre o tema a ser estudado e ainda em minha experiência de vida até que o projeto se consolidasse como tal e se configurasse neste trabalho final.

Inicialmente propus como tema para este estudo a “Intersectorialidade entre equipamentos das políticas públicas do SUS e SUAS”, mas, anteriormente, havia sido “O Psicólogo na Proteção Especial: atuação com adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas no CREAS” e ainda “O papel do psicólogo no CREAS”. Cito estas passagens e títulos, ou possibilidades de temas a serem pesquisados, pois, eles traduzem um pouco das inquietações que eu vivenciava no trabalho com a Psicologia nas políticas públicas e sociais desde o início de minha carreira profissional. Sempre me ocorreu a importância que havia de se discutir a prática profissional do psicólogo por vários motivos, dentre eles, o fato de nosso campo de atuação ser muito amplo, porque trata-se de uma prática bastante complexa e ainda porque a abertura da profissão às práticas populares, ou, as políticas públicas ainda é recente. Entretanto, este interesse foi se modificando e se reconstruindo até que chegasse à problemática apresentada nesta pesquisa.

Yamamoto e Oliveira (2011) apontam que a prática profissional do psicólogo no Brasil esteve por muito tempo ligada a uma prática clínica, curativa, que visava ao reajustamento, à correção de anormalidades, à individualização. Conjetura esta que teria começado a se modificar a partir do movimento de Reforma Sanitária no Brasil, da promulgação da Constituição Federal de 1988 e principalmente do movimento de Reforma Psiquiátrica na década de 1980. Ainda nesta época, priorizava-se um atendimento clínico, mas com a finalidade de oferecer atenção mais qualificada à Saúde Mental. Somente em meados dos anos 2000, é que o exercício profissional da Psicologia passa a atingir outros espaços institucionais, como, por exemplo, os serviços da política de Assistência Social. Acredito ser importante abordar a reflexão trazida por Yamamoto e Oliveira, pois os autores falam com detalhes sobre a atuação do psicólogo e este era meu principal interesse quando decidi cursar

um mestrado vinculado à saúde coletiva e a políticas sociais, ou seja, preocupava-me a questão de como realizar um exercício da Psicologia que fosse mais transformador que corretivo. Ou, que fosse mais inventivo que regulador. Ou ainda, mais produtivo e autogestivo.

Em minha experiência profissional, trabalhei como psicóloga em diversos serviços de diferentes níveis de complexidade, tanto no SUS quanto no SUAS, e pude perceber, aprimorando algumas de minhas antigas inquietações, que no cerne da questão, não se tratava apenas de posturas psicologizantes de alguns psicólogos, nem posturas assistencialistas de alguns assistentes sociais, nem tampouco em posturas hegemônicas e egocentristas de alguns médicos. Não se tratava de uma questão relacionada às categorias profissionais, mas em algo que perpassava as relações, entre os atendimentos, tanto nos serviços de Saúde Mental quanto nos serviços de Assistência Social de que fiz parte. Algo que ora potencializava, ora despotencializava, ora resolvia, ora complicava, algo difícil de nomear, mas que certamente se encontrava nas relações e nas conexões que existem entre elas, sejam no campo da micropolítica ou molecular, proporcionando operações de transversalidade ou ainda na macropolítica ou molar, operando a favor do atravessamento. Foram estas observações ou inquietações que me motivaram a questionar e conhecer melhor a intersetorialidade entre estas políticas específicas.

Baremblytt (1996) em seu livro *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*, ao explicar sobre os termos molar e molecular para o Institucionalismo, nos diz o seguinte:

Para os institucionalistas não existe, como vocês sabem, uma separação radical entre vida econômica, vida política, vida do desejo inconsciente, vida biológica e natural; o que existe são imanências – isto é, a coextensão, a condição intrínseca de cada um destes campos em relação aos outros, que só se podem separar de uma maneira artificial para a finalidade de seu estudo. A rigor funcionam sempre, por assim dizer, um dentro do outro, incluindo no outro. Então, dentro dessa concepção da vida social como uma rede, em que os processos são imanentes um ao outro, pode-se distinguir o *molar*, que, dito de uma maneira simples, é aquilo que é grande, que é evidente, que tem formas objetais ou formas discursivas, visíveis e enunciáveis. Por outra parte temos o *molecular*, que é o que na física se costuma chamar micro, por oposição a macro, isto é, o mundo atômico e subatômico, o mundo das partículas, enquanto que o mundo macro por excelência, seria, por oposição, o universo, o cosmos, que é composto de grandes corpos (BAREMBLYTT, 1996, p.44-45).

Para além destas definições de micro/micropolítico/molecular e molar/macro/macropolítico, o autor aponta também termos que são muito importantes e que vão orientar esse percurso cartográfico: a produção, a reprodução a antiprodução, o atravessamento e a transversalidade. A produção para Baremblytt (1996, p.46) é “aquilo que

processa tudo que existe, natural, técnica, subjetiva e socialmente. É a permanente geração, enquanto não se cristaliza; é o devir, é a metamorfose [...]”. Neste sentido, a produção ocorre no campo molecular, no micro, pois só no micro é que é possível a eclosão do novo, das conexões anárquicas, inéditas e instáveis. A reprodução, que é a repetição constante do mesmo, sem inovações, conservadora e estagnada, ocorre no macro, lugar em que residem as instâncias instituídas, reguladoras, limitadoras e cristalizadas. Já a antiprodução ocorre quando as forças produtivas são capturadas por grandes organismos reprodutivos, como o Estado, por exemplo, fazendo com que elas se voltem contra si mesmas, destruindo-as, destruindo o novo, como ocorre nas guerras. O atravessamento é concebido como a interpenetração entre as redes sociais em relação à função, ao conservador, ao reprodutivo, cuja função prevalente é a reprodução do sistema, servindo à exploração, dominação e mistificação das relações. O atravessamento ocorre quando as forças despotencializadoras imperam. A transversalidade é a interpenetração e o entrelaçamento que é imanente à rede social das forças produtivo-desejantes-instituintes-organizantes, operam pelas linhas produtivas, de fuga. “É uma dimensão do devir que não se reduz nem à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade nas organizações” (BAREMBLIT, 1996, p.195), funciona de forma rizomática. E, foi sob esta perspectiva, da interação destas forças e de forma cartográfica, que este trabalho se consolidou, no encontro com a realidade, a vida e a observação do trabalho na Saúde Mental e na Assistência Social de Contagem-MG.

Sendo assim, decidi delimitar meu campo de estudo na compreensão da intersetorialidade entre equipamentos especializados do SUS, por meio do CAPS e do SUAS, por meio do CREAS em Contagem, município onde exerci a prática profissional de psicóloga adquirindo experiência como trabalhadora e gestora nestes dois equipamentos. Foi a partir de certo distanciamento e posicionamento enquanto pesquisadora que foi possível refletir sobre o funcionamento destes dois equipamentos em relação ao ideal da intersetorialidade, problematizando em que medida este funcionamento se faz de forma produtiva, reprodutiva ou antiprodutiva e em que situações ocorrem atravessamentos e transversalidade. A proposta inicial tinha a pretensão de investigar todos os equipamentos inseridos ou com interface nas duas políticas: CAPS, NASF, UBS, SRTs, dentre outros da Saúde Mental e CRAS, CREAS, Abrigos, no caso da política de Assistência Social. Entretanto, restringida pelos prazos e pela necessidade de recortes, decidi focalizar os equipamentos das duas políticas que abragem um público que necessita de atenção “especial”. Esse público apresenta-se, em minha opinião,

como mais vulnerável requerendo ainda maior atenção das práticas intersetoriais das políticas públicas em questão, portanto, merecendo destaque neste trabalho.

Visando à construção de um trabalho cartográfico, que me permitisse conhecer um pouco melhor o funcionamento da rede, para compreender como se dá a intersectorialidade entre ela, partindo obviamente de certo distanciamento enquanto pesquisadora, foram escolhidos para uma escuta dos profissionais, o CAPS, do qual fui gerente (2012), e o CREAS, do qual fiz parte da equipe técnica durante aproximadamente três anos (2009 a 2011), conforme apontado.

Para tanto, foram realizadas visitas de observação às unidades do CAPS-Sede e do CREAS-Eldorado, além de outros equipamentos que compõem a rede de Saúde Mental e de Assistência Social de Contagem como a Coordenação de Saúde Mental e a DIPE, onde foi possível realizar pesquisa de campo em que foi registrado cartograficamente o cotidiano e o funcionamento dos mesmos. Deste modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove profissionais que integram os equipamentos supracitados e atuam tanto na execução da política, no atendimento direto aos usuários, como na “gestão”, coordenando as políticas públicas de Contagem. Faz-se relevante assinalar que a escolha dos entrevistados se deu de forma intencional e podemos afirmar que houve aí certo atravessamento, ou mesmo reprodução, no sentido da realização da pesquisa empírica, pois, pode-se perceber certa intenção por parte de alguns dos gestores dos equipamentos, de que o modelo ideal de equipamento aparecesse.

Esse atravessamento colocou-se como um ponto chave na análise dos resultados da pesquisa em que ficou evidente que certa “inexperiência” de minha parte na condução da pesquisa, em relação ao campo de pesquisa empírica – ou diante das estruturas de poder instituídas –, fez com que eu cedesse a esse apelo pelo modelo, contribuindo para certo “ordenamento” ou “indicação” de quem deveria ser entrevistado e quem não deveria ser entrevistado. Foram feitos contatos com os coordenadores dos serviços e das políticas no município e eles indicaram outros trabalhadores para serem entrevistados e com isto, algumas “polêmicas” poderiam não ser evidenciadas, entretanto, este ponto certamente é emblemático porque houve também de minha parte intencionalidade de que os problemas/conflitos aparecessem já que eu havia vivenciado diretamente as dificuldades dos serviços de se comunicar e fazer ações conjuntas, comuns, ou seja, intersectoriais, enquanto atuei nestes equipamentos da rede, dificuldades estas que eu pretendia investigar caso continuassem a ocorrer.



Em relação à Política de Saúde Mental, na Coordenação de Saúde Mental do município, houve a sugestão de que eu fizesse contato com a gerência do CAPS para apresentar a pesquisa e agendar as entrevistas. Assim sendo, esta indicou as pessoas que poderiam ser entrevistadas e informou acreditar que algumas pessoas da equipe poderiam não estar dispostas a contribuir, devido aos problemas que estavam ocorrendo entre a equipe e a gerência na ocasião do meu contato. Fui informada de que naquela ocasião acabara de ser decretado pela Prefeitura Municipal de Contagem que não haveria mais Ponto Facultativo durante os feriados em serviços de Urgência e como o CAPS é um serviço que atende urgências psiquiátricas, também teria que respeitar o decreto. Esta mudança estaria causando bastante insatisfação nos trabalhadores que até então faziam uma escala reduzida de trabalho nos dias dos feriados e com isto, os trabalhadores não estariam se sentindo apoiados pela gerência e pela Coordenação de Saúde Mental sobre esta situação. Os trabalhadores argumentavam que não recebiam Adicional de Urgência, valor extra na remuneração, aos profissionais que atuam em serviços de urgência e por isto não estavam aceitando esta determinação, além de ter alguns profissionais considerados “polêmicos” e que poderiam “prejudicar” a pesquisa.

No âmbito da Política de Assistência Social, o processo foi análogo, pois foi sugerido durante minhas visitas à DIPE, que eu fizesse contato com a gerência do CREAS para apresentar a pesquisa e agendar as entrevistas. Neste caso, foi sugerido ainda que eu conversasse com pessoas que tivessem maior conhecimento e envolvimento na execução do trabalho dentro da própria DIPE. Estas pessoas, que teriam maior conhecimento, eram em sua maioria os profissionais concursados que atuavam na política de Assistência Social anteriormente à mudança da gestão política do município que teve duas administrações seguidas do PT e atualmente é administrado pelo Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Em tal mudança de gestão político-partidária, a maioria dos trabalhadores da Assistência Social foi demitida para a entrada de novos trabalhadores que estão ainda aprimorando seu conhecimento sobre a política e a rede. Deste modo, foi estabelecido contato com os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa em todos os equipamentos mencionados.

### 3.2 Contagem e as redes de Assistência Social e Saúde Mental

**P**ara alcançarmos uma melhor compreensão acerca da intersetorialidade entre o CAPS e o CREAS de Contagem, faz-se necessário primeiramente, abordarmos algumas características do município estudado e também apresentarmos as suas redes de Saúde Mental e de Assistência Social, das quais os equipamentos elencados para este estudo estão alocados, ainda que brevemente, pois, certamente não conseguiremos e nem pretendemos abarcar toda a sua estrutura, nesta pesquisa.

Situado na região metropolitana de Belo Horizonte, o município de Contagem possui população de cerca de 603.442 habitantes, sendo que 601.400 pessoas residem na área urbana e 2.042 pessoas na área rural (IBGE, 2010), apresentando IDHM de 0,756 (PNUD, 2010).

Como outras cidades brasileiras, Contagem teve um crescimento bastante desordenado e de acordo com informações contidas no *site* da Prefeitura Municipal de Contagem, esta desorganização no processo de urbanização e desenvolvimento econômico contribuiu para que existisse muita desigualdade entre as regiões da cidade, que surgiram a partir do loteamento de áreas de chácaras e fazendas sem o devido planejamento e regularização dos imóveis, sendo que as pessoas que foram para a cidade em busca de emprego nas indústrias, encontraram uma supervalorização da região e passaram a residir em áreas de risco, sujeitas a problemas como inundações e deslizamentos, tendo suas regiões sido fundadas e consolidadas desta forma.

Do ponto de vista da atenção à Saúde de Contagem, há uma subdivisão da cidade em sete distritos sanitários, sendo eles, Eldorado, Industrial, Petrolândia, Ressaca, Sede, Nacional e Vargem das Flores. Já do ponto de vista da administração regional, que é a considerada pela política de Assistência Social, há uma subdivisão em oito administrações regionais, incluindo também a região Riacho, o que implica uma diferença na atenção à população, já que uma política considera uma subdivisão e a outra política usa outra subdivisão do município como parâmetro. Todas estas regiões possuem características bastante distintas e singulares, relacionadas às distâncias geográficas entre elas, questões econômicas, número de habitantes, sendo que há regiões populosas e outras menos populosas, próximas ou não da capital, que possuem características peculiares que influenciam seu funcionamento. Neste sentido, cabe

mencionar que os serviços e recursos disponíveis não são distribuídos entre elas de forma equitativa.

O CAPS selecionado para a realização da pesquisa fica localizado no distrito sanitário/administração regional Sede e é o primeiro CAPS a ofertar atenção à Saúde Mental à população adulta de Contagem, sendo ainda o que tem maior abrangência, referenciando cinco distritos sanitários e apresentando necessidade constante de estabelecer diálogo com a maioria dos outros distritos sanitários/administrações regionais do município. O CREAS eleito para participar da pesquisa está situado no distrito sanitário/administração regional Eldorado e foi o primeiro CREAS de Contagem, apresentando também maior abrangência do que os outros CREAS já que, assim como o CAPS referencia cinco administrações regionais diferentes.

Além do CAPS-Sede, que foi inaugurado em 2000, atualmente compõem a rede de Saúde Mental mais três CAPS, o CAPS-Eldorado, localizado na região de mesmo nome, o CAPSad, destinado à atenção em Saúde Mental relacionada ao uso de álcool e outras drogas e ainda o CAPSi que também está localizado na região do Eldorado. Cabe acrescentar que os CAPS são classificados como CAPS III e funcionam durante 24 horas por dia, todos os dias da semana desde o ano de 2013, com exceção do CAPSi. O município conta ainda com dois SRTs, que acolhem cerca de 20 moradores, um Centro de Convivência e atendimento à Saúde Mental ofertado por oito equipes do NASF e por algumas UBS que contam com equipes de Saúde Mental.

Segundo informações colhidas em entrevista, em relação à configuração da rede de Saúde Mental:

[...] existem dezoito UBS tradicionais na rede sendo que onze delas tem equipe de Saúde Mental. Não são todas completas, algumas tem furo, mas nas onze tem pelo menos um profissional de Saúde Mental. As que não tem, são referenciadas para as que tem. Essa é a rede de UBS tradicional e tem 8 equipes de NASF que tem profissional de Saúde Mental. Psicólogo, Psiquiatra, Assistente Social, TO e Fonoaudiólogo. O Fono fica meio de fora da Saúde Mental, acho que mais é o TO. Tem equipe completa e tem equipe incompleta. São 8 equipes: Vargem das Flores, Eldorado que atende um pedaço do Petrolândia, Nacional, e tem uma equipe do Ressaca que atende Ressaca e Nacional, Sede e Industrial. Na verdade o Petrolândia é contado duas vezes, tem uma equipe que atende só o Petrolândia e tem uma equipe do Eldorado que atende o Eldorado e o Petrolândia (E4).

Embora haja orientações claras na legislação de que em municípios que tenham população acima de 200.000 habitantes devem ter implantado a modalidade de CAPS III, no município de Contagem, até o ano de 2012, o único CAPS destinado a atendimento de adultos era o CAPS-Sede e este funcionava apenas de segundas às sextas-feiras, de 07 horas às 19

horas e nos feriados durante a semana, ou seja, nos moldes de um CAPS II, conforme apontado. Esta situação fazia com que os usuários que necessitassem de atendimento noturno ou aos finais de semana no município tivessem que procurar atendimento em outro município, o que era feito geralmente em Belo Horizonte, por meio de consultas em Hospitais Psiquiátricos como o Hospital Galba Veloso e o Instituto Raul Soares, ambos integrantes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Dimestein e Liberato (2009) apontam ser esta uma questão preocupante em todo país, considerando este “(...) um ponto nevrálgico, pois, as dificuldades de fechamento de hospitais psiquiátricos no país devem-se, em grande parte, à falta de serviços que deem suporte à crise”, o que faz com que os hospitais continuem ocupando centralidade da atenção justificando sua existência socialmente. Até o ano de 2012, os usuários que necessitavam de internação para pernoite no serviço também eram encaminhados à rede hospitalar de Belo Horizonte, na contramão das propostas difundidas pela Reforma Psiquiátrica, como vimos anteriormente, o que certamente contribuiu para dificultar que a intersetorialidade se efetivasse em várias esferas, principalmente no que dizia respeito à rede de Belo Horizonte que ficava sobrecarregada com as demandas de Contagem estabelecendo relação bastante delicada, pois, estava sempre a cobrar de Contagem um posicionamento quanto à ampliação da rede de assistência em Saúde Mental do município, da mesma forma funcionava o CAPSad e o CAPSi.

Somente a partir de 2013 é que se reorganizou a rede de assistência em Saúde Mental no município. O primeiro CAPS III de Contagem foi inaugurado em 18 de Maio de 2013. No mesmo ano, o CAPS-Sede passou por um processo de requalificação e foi adequado aos moldes do CAPS III também. Estas mudanças fizeram com que surtiram muitos efeitos positivos para a população, sendo sem dúvida o principal deles a redução de internações psiquiátricas em Belo Horizonte a zero, após praticamente um ano da implantação dos novos CAPSIII com a abertura de 18 leitos para Saúde Mental nos CAPS de Contagem<sup>7</sup>, conforme matéria publicada em Fevereiro de 2014 no *site* da Prefeitura Municipal de Contagem. Entretanto, a oferta de CAPS ainda é insuficiente para o município, pois o CAPS-Sede referencia cinco distritos sanitários, sendo eles o distrito Sede, Ressaca, Nacional, Vargem das Flores e Petrolândia. O CAPS-Eldorado referencia os distritos Eldorado e Industrial. O CAPSad e o CAPSi referenciam a cidade toda e de acordo com informações fornecidas pela Coordenação de Saúde Mental, há previsão de inaugurar um terceiro CAPSIII, que será no distrito Ressaca, CAPS-Ressaca que vai referenciar os distritos Ressaca e Nacional, regiões

---

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/?matéria=845449>. Acesso em Junho de 2015.

bastante populosas e que enfrentam dificuldades de acesso à Sede do município e à região do Eldorado devido à insuficiência de transporte público para estas regiões e a distância entre elas, que é considerável. No ano de 2012, constatei que a população que mais acessava a rede FHEMIG era a residente nestas regiões.

Em relação à hierarquia organizacional da rede de Saúde Mental e aos Recursos Humanos, a organização se dá da seguinte maneira: há um coordenador de Saúde Mental e uma pessoa que desempenha o cargo de Referência Técnica e trabalha junto ao coordenador de Saúde Mental na gestão da política. Em seguida há os gerentes dos CAPS, dos SRTs e Centro de Convivência. Nos CAPS há os técnicos de referência dos casos atendidos que podem ser psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros, os técnicos e auxiliares de enfermagem, os trabalhadores que executam os serviços gerais e administrativos nas unidades, os porteiros e motoristas, sendo que, estas últimas categorias são formadas por trabalhadores terceirizados. Faz-se importante ressaltar que a maioria dos trabalhadores dos CAPS ingressaram no equipamento via concurso público, apenas os gestores ocupam cargos comissionados além de alguns médicos que trabalham em regime de contratos temporários de trabalho. A rede conta ainda com as equipes de NASF, que também tem seus coordenadores e um Coordenador Geral e as equipes de Saúde Mental que atuam dentro das UBS e que também são referenciadas à Coordenação de Saúde Mental. Segundo informações colhidas em entrevista, “as equipes dos CAPS atualmente estão completas, faltando apenas um enfermeiro e um Terapeuta Ocupacional no CAPS-Sede. Em relação aos profissionais médicos, há insuficiência de oferta e o município não é 100% coberto de médicos” (E4). Na ocasião da minha primeira visita ao CAPS-Sede, fui informada que a falta de médicos estava caótica, pois havia apenas um médico realizando plantão durante o dia, por apenas um dia da semana e seis médicos trabalhando no plantão noturno, o que dificultava muito na condução dos casos de aproximados 60 pacientes que o equipamento estava atendendo em Permanência-Dia (PD) e que necessitavam de acompanhamento médico constante devido à condição de fragilidade que eles se encontravam por causa do momento subjetivo de crise.

Sobre o funcionamento do CAPS de Contagem, os casos chegam encaminhados de toda a rede, mas principalmente pela UBS e pela UPA, os casos também chegam por meio do SAMU, da Polícia Militar, da Guarda Municipal, do Corpo de Bombeiros, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar e por demanda espontânea, já que se trata de um serviço de “portas abertas”, em que toda a cidade referencia. As demandas para os atendimentos no CAPS, segundo as

falas dos profissionais entrevistados, geralmente giram em torno de crises relacionadas ao adoecimento mental, já que se trata de um serviço que oferece atendimento de urgência psiquiátrica. Entretanto, os entrevistados apontam que há muitos equívocos em relação a alguns encaminhamentos:

[...] É.. a maior demanda é o paciente em crise, né. Mas assim, tem uma boa parte também de encaminhamentos equivocados, né! Principalmente das UBS. P<sup>8</sup>: Que tipo de equívoco? Quando não caracteriza caso de urgência. Porque aqui é paciente em crise, urgência. Então assim, às vezes não são pacientes assim, às vezes é uma depressão, insônia, choro, entendeu? Às vezes até briga com cônjuge, né! Aí tem depressão, aí manda (E1).

[...] Surto, depressão, às vezes brigou e ficou agressivo, ai eles trazem para fazer uma avaliação, mas geralmente eles ligam e falam que é um surto (E5).

Esta maneira de funcionamento do CAPS ocorre da mesma forma que a maioria destes serviços em âmbito estadual. Em pesquisa realizada no município de Belo Horizonte entre os anos de 1999 e 2001, nos CERSAMs, Penido (2005) faz uma descrição do funcionamento destes serviços na capital mineira, e sua descrição pode elucidar com bastante semelhança o funcionamento do CAPS-Sede em Contagem. A autora explica que o processo de acolhimento de casos nos serviços é executado da seguinte maneira:

[...] Os CERSAMs trabalham com o que os profissionais chamam de “lógica do acolhimento”. Qualquer pessoa que se dirija à unidade será atendida prontamente por um dos profissionais de plantão. O plantão obedece a uma escala de revezamento de profissionais, sempre com dois técnicos de nível superior. Quando nenhum dos dois é psiquiatra, há um, na unidade, que fica no que se chama *retaguarda*, ou seja, à disposição do serviço, em caso, por exemplo, de se ter que medicar algum paciente. [...] o plantão tem uma função ampliada na medida em que se responsabiliza por qualquer demanda endereçada ao serviço naquele horário. Há duplas de plantonistas que preferem se separar entre as funções de acolhimento e referência. O profissional que desempenha a função de referência no plantão fica responsável por todas as questões da casa (transporte de pacientes, horário de saída dos mesmos, pedidos de telefonema, etc.) e questões relativas à pacientes cujo técnico responsável não esteja disponível para atendê-los naquele momento (PENIDO, 2005, p.92).

Os critérios adotados pela equipe do CAPS, para decidir se é ou não um caso para atendimento no serviço são principalmente critérios clínicos, pois o paciente é avaliado e dependendo dessa avaliação é que será feita sua inserção ou não no serviço, ou seja, o paciente chega ao serviço e é acolhido por um profissional que esteja de plantão e avaliado por ele e por um médico, se necessário, mas os principais motivos dizem respeito à configuração ou não de crise e ainda se há riscos para ele próprio ou para terceiros. Dependendo desta avaliação o paciente poderá ser inserido em PD no serviço, em Pernoite, ou

---

<sup>8</sup> P refere-se às falas da Pesquisadora.

até mesmo, agendar retorno para acompanhamento ambulatorial ou ser inserido em alguma atividade de oficina terapêutica e/ou outros. Conforme visto, a avaliação do paciente é feita no acolhimento, que é o primeiro contato que o usuário tem com o profissional do CAPS, que acolhe de acordo com escalas de plantões (Acolhimento ou Referência). Neste momento são colhidas informações sobre o histórico de vida do sujeito, histórico sociofamiliar, histórico da doença e, caso haja inserção do paciente no serviço, começa a ser elaborado o Projeto Terapêutico Individual do mesmo. Este projeto geralmente é elaborado pelo próprio profissional que acolhe, pois, ele ficará responsável pelo caso, entretanto, há possibilidade de se discutir coletivamente, em reuniões de equipe interdisciplinar, possibilidades para o Projeto Terapêutico de cada usuário.

Entretanto, caso um usuário chegue ao CAPS, e seja acolhido por algum dos profissionais do serviço, e este perceba que não se trata de um caso de inserção nesse equipamento, é feito pelo profissional que o acolheu uma contrarreferência do caso para a rede, seja para outro equipamento da Saúde Mental, da rede de atenção básica de saúde, em que geralmente o profissional entra em contato com a UBS mais próxima à residência do usuário e faz o encaminhamento do caso, ou ainda, para a assistência social, a educação, dentre outros. Quando um usuário não é inserido no CAPS, o profissional realiza uma “devolução” do caso ao serviço que realizou o encaminhamento, entretanto, essa devolutiva nem sempre ocorre da melhor maneira e apresenta uma questão cara à intersectorialidade, que ocorre com muita frequência e que pode fazer com que ela ocorra de maneira reprodutiva ou antiproditiva, que é a comunicação e o diálogo, ou melhor, a dificuldade de estabelecê-los, conforme relato abaixo:

[...] Eu gostaria que fosse mais sistematizada essa devolutiva, que a rede pudesse conversar mais, até pra poder oferecer uma assistência melhor mesmo, né! Às vezes o CAPS acolhe e precisa devolver para a Atenção Básica. Que este fluxo fosse melhor estabelecido pra gente poder melhor garantir a assistência à esta pessoa. Mesmo tendo procurado um serviço que não vai ser naquele momento o serviço que vai estar acompanhando, que esta pessoa tenha um acolhimento correto do lugar para onde ela vai ser referenciada. P: Você está falando de protocolos? Não, eu estou falando de comunicação, definição de fluxos e comunicação. Protocolo na Saúde Mental não funciona muito não. Eu acho que é estabelecer mesmo esta conversa com a rede (E4).

Ainda que em alguns momentos, é colocado pelos entrevistados que há possibilidade de se realizar tranquilamente os encaminhamentos dos casos, os entrevistados apontam também, que, devido a esta dificuldade de comunicação entre o serviço e outros equipamentos da rede, pelo não conhecimento das atividades executadas pelo CAPS e até mesmo por uma

insistência de que os casos sejam acolhidos pelo serviço, ignorando suas competências, há certa dificuldade dos equipamentos receberem de volta os encaminhamentos que foram feitos equivocadamente. As falas de dois dos entrevistados ilustram essa situação e apontam questões importantes como a necessidade de se construir e estabelecer fluxos intersetoriais entre os equipamentos e a sensação de sobrecarga de trabalho que perpassa pelo CAPS diante do volume de demanda recebida:

[...] Eu acho que a gente tem muito problema nessa comunicação. Depende muito do entendimento pessoal do trabalhador que está lá do outro lado, se ele consegue entender que foi feita uma avaliação e que este caso é para o serviço que está sendo referenciado, ok, se não... Agora se ele não entender, ele acha que o CAPS não quer atender, que não quer responsabilidade. Então é por isso que eu acho que estes fluxos tem que ser melhor estabelecidos para que a comunicação da rede funcione melhor (E4).

[...] Nem sempre é bem vindo (referindo-se à devolução de casos). A Saúde Mental, pelo menos aqui em Contagem é como se ela tivesse iniciando, então a falta de médico na rede faz com que o profissional se sinta inseguro para receber. Existe esta ideia que o CAPS parece que tem uma varinha de condão: vai levar lá e o CAPS vai resolver. Então existe esta dificuldade, acho que é por causa da falta de suporte na rede mesmo, que faz com que profissionais de outros serviços se sintam mais, sem conteúdo mesmo, talvez de fazer estes atendimentos. Na maioria das vezes eles aceitam, mas, com o “pezinho atrás”. Porque eles acham que pode haver outras crises e eles não sabem lidar. Nós também não sabemos, mas, (risos) parece que tem um sentimento que aqui resolve (E5).

Em relação à Assistência Social, a estruturação desta política no município difere-se muito da forma como a Saúde Mental está organizada, pois assume uma forma bem mais estratificada em que são ofertados serviços que atendem públicos e demandas diferentes dentro do mesmo equipamento, fazendo com que estes funcionem de maneira bastante compartimentada. Existe uma Diretoria específica para a Proteção Especial de Média Complexidade, que tem um diretor, e pessoas responsáveis pelos setores de Planejamento, Monitoramento e Regulação, além de pessoas que respondem pelos cargos de Referências Técnicas dos serviços ofertados pelos CREAS, como o PAEFI, o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e o PEDIF (Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias). Este último é um serviço previsto pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a) para oferecer atendimento especializado a famílias que tenham pessoas com deficiência e idosos e que estas apresentem algum grau de dependência e que sofram ou tenham sofrido alguma violação de direitos. Em Contagem, neste serviço, os atendimentos são feitos em domicílio aos idosos e pessoas com deficiência que tem dificuldade de locomoção, ou seja, o técnico do serviço se



desloca até a casa do usuário para fazer os atendimentos. Quando o público de idosos e pessoas com deficiência sofrem violações de direitos, mas conseguem se locomover com autonomia, os atendimentos dessas famílias ficam sob a responsabilidade do serviço PAEFI. Os serviços, PAEFI, PEDIF e o atendimento às Medidas Socioeducativas de LA e PSC, são ofertados pelos três CREAS existentes no município, o CREAS Eldorado, CREAS Vargem das Flores e CREAS Ressaca. Cada CREAS possui um coordenador e sua equipe é composta por profissionais de categorias distintas como psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e advogados que executam os serviços descritos acima e ainda outro profissional que possui um cargo de Técnico de Referência Institucional, auxiliando a coordenação do equipamento em relação às articulações dentro e fora do mesmo, além de ficar à disposição, para dar orientações aos usuários que procurarem o equipamento quando seu técnico de referência de atendimento não estiver disponível para atendê-lo naquele momento. O equipamento conta também com funcionários que cuidam das questões administrativas, limpeza dos equipamentos, que assim como na Saúde, são terceirizados.

Cabe mencionar que a maioria dos cargos ocupados pelos profissionais da Assistência Social do município são comissionados, sendo uma minoria ocupada por profissionais que ingressaram nos equipamentos via concurso público, os cargos técnicos funcionam em regime de CLT e os de gestão por contratos temporários de trabalho. Esta é uma diferença marcante entre o funcionamento das redes de Saúde Mental e Assistência Social de Contagem, o que faz com que na última, haja precariedade de vínculos trabalhistas e consequentemente insegurança entre os profissionais.

Compondo a rede de Assistência Social, há também o CREAS-POP integrando a Proteção Especial de Média Complexidade. Este equipamento atende especificamente pessoas que estejam em situação de rua e oferta o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e o Serviço Especializado em Abordagem Social, em parceria com Organizações Não-Governamentais (ONGs). Os casos de violência doméstica contra a mulher são ofertados em um centro de referência específico, Espaço Bem Me Quero, que atende todas as questões relacionadas à Lei nº11.340/2006 (Lei Maria da Penha). A rede conta ainda com dez CRAS, integrando a Proteção Social Básica e os Abrigos e Casas-Lar para acolhida de crianças e adolescentes e as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) destinadas aos idosos, que integram a Proteção Especial de Alta Complexidade.

Em 2006, foi implantado o primeiro CREAS em Contagem, anteriormente já existiam no município o Serviço de Medidas Socioeducativas, o Serviço de Orientação

Sociofamiliar (SOSF) que tinha propostas e funcionamento parecidos com o trabalho que é desenvolvido atualmente pelo PAEFI e o antigo Programa Sentinela que antecedeu ao CREAS e ofertava atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual. De acordo com a legislação da área, Contagem estaria coberta com a quantidade necessária de CREAS sugerida para o porte do município, que deveria ser de um CREAS a cada 200.000 habitantes (Ver tabela 3), entretanto, a oferta de serviços ainda é insuficiente para a cidade, pois a demanda de atendimentos é considerável e os serviços existentes não conseguem abarcar toda a população que realmente necessita dos atendimentos no município. Deste modo, também há previsão da instalação de um novo equipamento CREAS, que provavelmente será implantado na regional Sede, devido à grande demanda de atendimentos nessa regional e à sobrecarga de trabalho do CREAS-Eldorado.

No que se refere à estrutura da DIPE, nos foi apresentada sua organização e competências e, devido a seu caráter abrangente e complexo, faz-se necessário apresentar mais detalhadamente sua composição. As informações colhidas em uma das entrevistas realizada neste trabalho trazem explicações minuciosas:

[...] Porque se dividiu em: Planejamento, Monitoramento e Regulação, tudo dentro da gestão, dentro da Diretoria. P: Você se incomodaria em dizer o que cada um faz? O Planejamento vai fazer toda a organização da Diretoria como todo, incluindo todos os serviços. Por exemplo: estamos agora com o 18 de Maio<sup>9</sup>. A pessoa que é responsável pelo planejamento já tá na organização de como será o evento, o que vai precisar, como vai ser planejado o passo a passo disto. Então dentro da diretoria tem este setor de planejamento que planeja a diretoria como um todo. P: Planeja também, por exemplo, a implantação de um novo CREAS, onde vai ser? Virá através do monitoramento, porque um vai puxar o outro, né! P: E planeja a organização do serviço no sentido de RH? Também. O monitoramento vai fazer aquele panorama de números, de que está sendo atendido, que não está sendo atendido, tem muitas planilhas que a gente é monitorado pelo MDS. P: Dados estatísticos, então? Dados estatísticos, por exemplo: se tem uma região que tem demanda reprimida, então ele vai diagnosticar. Por exemplo, tem muitos casos de violação contra o direito da criança, então vai da regulação que vai monitorar isto pra passar e os três vão ter que caminhar juntos. O novo sistema de organização é como o SUS. Só que no SUS a regulação é bem clara e objetiva, se o paciente passa mal ou não, então tem lá aquelas cores do protocolo de atendimento. A Assistência (Social) é um pouco mais complexa. A gente não tem condições de implantar porque tem que vir de cima para baixo, nós estamos começando do lado inverso. Estamos tentando regular os serviços internamente para que não tenha fila de espera, na verdade a Regulação vem para regular todos os serviços, para que as pessoas não tenham que esperar atendimento, só que no SUS criaram cores, (Referindo-se ao Protocolo de Manchester) aqui não criamos ainda, a gente tá construindo, por exemplo: demanda reprimida, para não criar, faremos um olhar diferenciado para verificar se realmente é uma avaliação correta, se é ou não violação de direito da criança, se é ou não caso

---

<sup>9</sup> O dia 18 de Maio além de ser uma data comemorativa para a Saúde Mental – Dia Nacional da Luta Antimanicomial, é também uma data importante para as políticas de Assistência Social, pois, comemora-se o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

de média complexidade, às vezes o Conselho Tutelar envia casos que não são violação. Porque sempre pára no CREAS? Todo encaminhamento da rede, saúde, educação, CRAS, como um todo, terá que passar na Regulação. Esta forma nova de gestão está sendo discutida desde outubro do ano passado, lançado em novembro e iniciou em Janeiro deste ano. Estamos em fase de transição, estamos conhecendo esta nova forma de gestão, uma ideia que veio da gestão que segue os parâmetros e orientações do SUS e SUAS. Como é uma criação da Assistência está sendo criada. Apostando também na Regulação com o objetivo para não criar a fila de espera, demanda reprimida. Os casos vêm pela rede como todo, a partir de agora vão ser encaminhados para a Diretoria a partir de 1º de abril, para Regulação, até então estão sendo encaminhados para o CREAS (E2).

Tendo em vista o relato acima e com base nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, surge um questionamento que não pôde ser esclarecido em relação à regulação dos casos, que está na forma de se fazer a avaliação dos casos considerando sua gravidade. No SUS, conforme citado, os critérios são clínicos e o protocolo de Manchester, lembrado pelo entrevistado, avalia, sobretudo, risco de morte dos pacientes dependendo do quadro clínico que apresentam, então, penso em como será possível estabelecer uma violação de direito mais grave que a outra, considerando os impactos que as violações de direitos tem na vida de crianças, adolescentes e suas famílias.

No CREAS, em relação à inserção e acolhimento de novos casos, a organização e estrutura se difere bastante de como está configurado no CAPS. Sendo que, para conhecermos quem são os principais órgãos encaminhadores dos casos, precisa-se primeiro definir a qual serviço dentro do CREAS estamos nos referindo. Pois conforme visto, há uma setorização de serviços e atividades, dentro do próprio equipamento, que subdivide a atenção ofertada em três serviços principais: PAEFI, Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e PEDIF. Foi possível notar nas falas dos entrevistados certa concordância de que os casos que chegam ao CREAS são encaminhados principalmente pela Vara da Infância e Juventude (VIJ) de Contagem e pelo Conselho Tutelar, entretanto, há distinções importantes. Os casos encaminhados para cumprimento de medidas socioeducativas vem exclusivamente da Vara da Infância e Juventude, pois esse é o órgão responsável pela aplicação destas medidas; no PEDIF os casos são encaminhados em sua maioria pela 23ª Promotoria e pelo Disque 100-Disque Direitos Humanos; no PAEFI, as principais demandas vêm do Conselho Tutelar e da VIJ. Os três serviços recebem encaminhamentos também de uma rede mais ampla como setores da Saúde, Educação, de outros equipamentos da Assistência Social, de ONGs, dentre outros. Toda a rede pode encaminhar casos para o CREAS, mas, estes encaminhamentos são direcionados à DIPE, onde passam por rigorosa análise nos setores específicos desta diretoria, que averigua se há ou

não violação de direitos das pessoas para sua inclusão no serviço. Este é o maior critério de inclusão de casos no CREAS, se há ou não violação de direitos das pessoas que foram encaminhadas, sendo unânime na fala de todos os entrevistados o quão este critério está bem definido para o equipamento.

Embora não haja um levantamento estatístico elaborado pelo município sobre as principais demandas de encaminhamento para o CREAS, sabe-se primeiramente que os casos são encaminhados quando há violações de direitos e que para cada serviço ofertado dentro do CREAS há demandas específicas. Durante as entrevistas, houve consenso dos entrevistados em relação à percepção dos mesmos no que diz respeito aos tipos de violações de direitos que chegam para cada serviço do CREAS. Neste sentido, para o PAEFI chegam principalmente casos de violência sexual, negligência e violência física e psicológica. Em relação ao PEDIF “[...] O que tem mais é violência psicológica, lesão financeira, cárcere privado, maus tratos, negligência, abandono. Mas o que mais aparece é violência psicológica e lesão financeira (E6)”. Já no Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC, é possível surgir, junto à demanda de cumprimento de medida socioeducativa, outras situações vivenciadas pelos adolescentes como a vulnerabilidade social, risco iminente de morte e violações de direitos de naturezas diversas como negligência, violência sexual, psicológica, verbal, agressão física a todos os grupos etários.

Em relação aos procedimentos técnicos de inserção de casos no CREAS, estes ocorrem da seguinte maneira: após passar por todo o “filtro” que cada caso passa anteriormente à inserção no CREAS, estes, quando chegam ao equipamento, são lidos novamente pela coordenação da unidade que faz nova avaliação buscando identificar a ocorrência ou não de violação de direitos e a distribuição do caso para seus serviços específicos, conforme aspectos relevantes em cada um deles. Assim, há técnicos de referências dos casos para cada serviço ofertado pelo CREAS. Quando o caso chega às mãos do técnico de referência de atendimento do caso este também deve seguir procedimentos técnicos bem estruturados para integração das famílias, crianças, idosos ou adolescentes no equipamento, conforme podemos observar em entrevista realizada, que explica detalhadamente o processo e inserção de casos no PAEFI:

O fluxo é o seguinte: recebendo o caso, primeiro passo é fazer contato com a família para agendar o acolhimento, no acolhimento nós falamos para a família o objetivo, do que consiste o acompanhamento do PAEFI, explicamos um pouco sobre esta medida protetiva que foi aplicada, seja ela através da Vara da Infância ou do Conselho Tutelar. Feito o acolhimento, a gente começa os atendimentos. No decorrer do atendimento através das orientações e encaminhamentos, vindo a

superação da violação, o caso é encerrado, ou seja, é enviado o relatório com sugestão de encerramento da medida para o órgão encaminhador, seja Vara da Infância ou Conselho Tutelar, considerando que aquela violação foi superada, este é o fluxo, uma parte. Agora quando a gente recebe o caso que agenda o acolhimento por telefone e a família não comparece, a gente tem o seguinte fluxo: liga mais uma vez, verifica o que aconteceu com a família, o porquê que ela não veio ao serviço, ela justificando a gente marca mais uma vez por telefone, feito este contato e a família novamente não compareceu, enviamos um telegrama para a residência, se não compareceu nem com os dois contatos feitos, nem com o telefonema nem com o telegrama, a gente faz contato com o órgão encaminhador e passamos para eles os nossos procedimentos e verificamos com eles a possibilidade deles passarem uma agenda pra família, só assim é que a gente devolve o caso, esgotando todas as possibilidades (E9).

Para os atendimentos realizados pelo PEDIF, o fluxo a ser seguido é o mesmo do PAEFI. Já no Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de LA e PSC, é adotado um fluxo distinto, pois, o próprio equipamento já tem estabelecido junto à VIJ, datas e horários específicos para acolhimento dos adolescentes, porém, há uma obrigatoriedade judicial de que a medida socioeducativa seja cumprida pelo adolescente, sendo assim, caso não seja possível o contato com o adolescente e sua família para o mesmo iniciar o cumprimento da medida socioeducativa, é enviado um relatório à VIJ dizendo do não cumprimento da medida, havendo aí implicações jurídicas, o que incorre, muitas vezes, em agravamento da medida socioeducativa para o adolescente. Podemos observar que estes procedimentos são muito minuciosos e podem inclusive estabelecer diferenças significativas ou dificuldades entre os trabalhadores que atuam nos serviços que são ofertados pelo CREAS, pois é possível ocorrer que um trabalhador que atenda ao PAEFI, por exemplo, desconheça completamente os procedimentos que devem ser adotados pelos profissionais que atendem os casos de Medidas Socioeducativas de LA e PSC, devido a tamanho detalhamento e minuciosidade.

No CREAS, há também parâmetros muito bem delimitados para se fazer devolução e desligamento dos casos, que são situações distintas. Os critérios são bem definidos e devem ser seguidos por todos os profissionais, conforme relatado na entrevista abaixo:

[...] Quando é feito o acolhimento, é feito um ofício comunicando que aquela família foi inserida no serviço, na tal data. Esta informação é encaminhada ao órgão encaminhador, então o órgão encaminhador vai saber que a família compareceu no tal dia, foi feito o acolhimento e ela vai ser encaminhada pela técnica de referência Maria<sup>10</sup> do PAEFI, por exemplo, então estabelece-se este fluxo. A família vem, a gente explica a dinâmica do atendimento, ai a família vem uma, falta uma, vem uma, falta uma, ai depois a gente tenta entrar em contato, vê o quê que está acontecendo, a gente faz contato por telefone da mesma forma, manda telegrama da mesma forma, a família não vêm a gente faz uma convocação, aí, eu que sou a técnica daquela família vou até a casa e faço uma convocação pessoalmente, aí entra a visita, aí a

---

<sup>10</sup> Nome fictício.

família não vem, aí sim o caso é desligado, ou seja, aí houve um descumprimento da medida. P: Precisa de quantos atendimentos ausentes para poder fazer esta visita? Depende do técnico e do caso. Se a família adere de novo, continua com o atendimento, se ela não adere, desliga-se o caso e aí devolve-se pedindo que sejam tomadas as devidas providências do órgão. No decorrer dos atendimentos também são feitos alguns relatórios informativos a estes órgãos que encaminharam pra gente. Muitas das vezes o próprio Juiz pede. Normalmente a gente tem recebido ofício solicitando relatório a cada 90 dias por exemplo. Esse processo de desligamento parece com o da devolução, a diferença é que não tem convocação na devolução, por isso que às vezes o pessoal fica assim: olha, mas e aí? Vocês não foram na casa? Porque não acolheu. Se não acolhi, não tem como ir lá, o critério principal é a questão da acolhida do serviço, se ele é acolhido, então é feito todo o procedimento, se não, não é feita a visita antes de conhecer a família (E9).

Os procedimentos supracitados denunciam certa judicialização, formalidade e burocratização excessiva de ações, fatores estes que certamente podem incorrer no risco de inibir que a intersetorialidade ocorra de maneira mais flexível, vindo a funcionar como atravessamentos ou até prejudicar que práticas intersetoriais aconteçam entre os equipamentos da rede, podendo causar endurecimento das relações e dificultar o diálogo, caso estes procedimentos sejam desconhecidos do restante da rede, que muitas vezes compreende os procedimentos como empecilhos ou “má vontade”, podendo configurar ações antiprodutivas nas conexões entre os equipamentos e as pessoas.

Embora seja possível notar nas falas de alguns entrevistados a afirmação de que o CREAS é um serviço de “portas abertas”, este perfil refere-se apenas aos encaminhamentos oriundos da rede, pois, as falas de outros entrevistados deixam bem claro que há critérios de inserção de casos muito bem definidos e controlados por várias instâncias, tanto na DIPE, quanto no próprio equipamento, o que implica que nem todos os casos que chegarem ao CREAS serão acompanhados pelo equipamento. Assim, caso um usuário procure os serviços do equipamento espontaneamente, ele será orientado por um profissional sobre qual órgão deve recorrer (CT, VIJ etc.) antes do início do acompanhamento.

A questão em torno da inserção de casos no CREAS obviamente tem impactos positivos e negativos, ou melhor, produtivos, reprodutivos e antiprodutivos. Um aspecto produtivo neste “excesso de cuidado” com a inserção de casos no equipamento é a possibilidade de esclarecimento das competências do CREAS à rede. É produtivo porque configura-se no cuidado para garantir o atendimento adequado ao usuário que chega ao CREAS, garantir que o equipamento não fique sobrecarregado e que o usuário tenha atendimento qualificado que acolha e abarque a sua demanda, além de promover melhor diálogo entre a rede, como podemos observar nos relatos abaixo:

[...] Eu acho que é extremamente importante este contato (referindo-se ao órgão encaminhador). Como eu já tinha dito, se você pega simplesmente lê e não avalia, você lê e percebe que não tem (referindo-se à violação de direitos) pela informação do papel e fala: vou devolver! A gente corre o risco de perder essa família, de não dar o atendimento que o CREAS tem que dar a essa família para superar essa violação por simplesmente uma leitura, porque muitas vezes, como eu estou falando, eles não conseguem por no papel ou tem o receio de por no papel. Não põe o que é o principal que é a violação de direitos. Então eu acho de extrema importância esse contato [...] Muitas vezes falo, coloco o que foi discutido por telefone, porque às vezes, é um acompanhamento psicológico, por exemplo, que eles estão confundindo com uma violação de direitos e acham que o CREAS vai resolver [...] Mas a gente não, por simplesmente uma leitura, porque eu posso ler e perceber que não tem (violação de direitos), mas eu ligo e pergunto: Você mandou o caso? Não tá perceptível essa violação de direitos. Temos o cuidado de fazer esse contato de novo, porque muitas vezes tem, mas eles não conseguem transmitir pro papel, ou tem receio de colocar, tem todas essas questões (E3).

[...] porque muitas vezes o caso é de conflito familiar e eles querem encaminhar pro CREAS. Então é bom a gente estar conversando, fazendo essa discussão, pra até mesmo a rede estar entendendo as violações que o CREAS acompanha (E6).

[...] dependendo dos casos, eles não devem ser acolhidos pelo CREAS, porque às vezes, há violação, mas aquele órgão, aquele setor não tem tanto conhecimento e ele encaminha pro serviço e quer que o serviço atenda. Então, como é que eu posso falar? Porque a gente tem que atender o que realmente é nosso. Porque a gente não vai conseguir abarcar tudo. Então a gente tem que realmente começar, não que a gente não esteja atendendo os casos, né? Mas a gente tem que começar a fazer uma nova leitura, um outro olhar das denúncias (...) (E2).

Entretanto, um aspecto que pode ser considerado reprodutivo seria o fato de haver diversos equívocos repetitivos de alguns órgãos encaminhadores. Estes configuram para além da falta de conhecimento da política e funcionamento dos seus serviços, um descuido ou descaso em relação a buscar o diálogo e a compreensão das competências dos equipamentos da rede, a fim de ampliar o debate e aproximá-los. Isto ocorre principalmente em relação aos órgãos jurídicos. Situação que fica clara quando observamos trechos de relatos das entrevistas realizadas:

[...] A gente sempre reporta, né? Tenta buscar algumas coisas pra mostrar pra ele que não é caso da diretoria atender, do CREAS atender, porque, por exemplo, muitas vezes o promotor, quando é caso de violação de direitos contra idoso ou pessoa com deficiência, ele não sabe discriminar o quê que é CRAS e o quê que é CREAS. Então o relatório, tem hora que ele manda solicitar aí ele fala assim: CRAS/CREAS. Então na nossa leitura ali que a gente vai diagnosticar. É violação? Violação então é CREAS, não é violação é CRAS (E2).

[...] encaminha tudo pra cá, na verdade, aí a gente é que tem que tentar filtrar e até mesmo falar (referindo-se aos encaminhamentos feitos pela 23ª Promotoria) isso é Saúde, não tem ninguém aqui. E não é falta de conversa com ele (referindo-se ao Promotor). Não sei se ele não quer entender ou se ele quer despachar (E3).

Em relação aos fluxos da rede de atendimentos, os profissionais da Saúde Mental dizem que realizam mais encaminhamentos para a própria rede de saúde, principalmente para

as UBS e as equipes da ESF, já os profissionais da rede de Assistência Social, em sua maioria, afirmam que os maiores encaminhamentos que realizam são para a Saúde, especificamente à Saúde Mental (CAPS, CAPSad, CAPSi) e ainda as UBS. Assim, cabe mencionar que muitos profissionais entrevistados apontam que há uma demanda considerável de atendimentos psicológicos que chegam ao CREAS e que estes são encaminhados para a Saúde. Alguns se queixam de que nem sempre os encaminhamentos são efetivados:

[...] Eu acho que para quem o CREAS mais encaminha é para a Saúde, realmente para acompanhamento psicológico. É o que a gente mais faz, é o que mais necessita. É o acompanhamento psicológico. Muitas vezes não consegue. (E3)

[...] Saúde, eu acho que é um problema nacional, esta dificuldade que tem os órgãos de saúde, por falta mesmo de profissional, de estrutura, não só no município que a gente vê que é uma coisa geral, mas eu acho que hoje o gargalo é de saúde, geral. (E7)

Conforme visto, há no discurso dos entrevistados que compõem a rede de Assistência Social e de Saúde Mental, certa queixa de que os encaminhamentos feitos entre eles não são satisfatórios e que a intersetorialidade não ocorre de maneira adequada. Esta questão corrobora com o recorte deste estudo, pois, evidencia que existem dificuldades para que se estabeleça diálogo entre os equipamentos. Neste caso, parece haver pouca cooperação entre os equipamentos, havendo aí a necessidade dessa interlocução se desenvolver de maneira mais profícua e considerável, principalmente diante da necessidade apontada pelos trabalhadores da Assistência Social, de realizar encaminhamentos constantes à rede de Saúde Mental. Por isto, decidi, a partir de minhas observações acerca dos equipamentos e das entrevistas realizadas com os trabalhadores, expor algumas práticas e situações em que a necessidade de interlocução entre as equipes se faz imprescindível para a execução do trabalho em rede.

### **3.3 Práticas “Multi”, “Inter” e “Trans” e sua relação com a complexidade: intersetorialidade e transetorialidade em pauta**

**P**ara abordarmos de forma mais aprofundada a questão da intersetorialidade, faz-se necessário que a compreendamos em seus aspectos mais relevantes em relação a este trabalho. Dias, et al (2014, p. 4372) afirmam que “o exercício da intersetorialidade denota um movimento de superação da visão e das práticas fragmentadas, sendo, ainda, uma estratégia de produção crescente de articulações entre diferentes segmentos” e dizem ainda



que para que a intersetorialidade se efetive é necessário haver implicação recíproca e “partilhamento de: significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações”, sendo assim, não é possível partir de práticas multidisciplinares para tratar desta questão.

Segundo Sousa e Romagnoli (2009, p.77), “as práticas ‘multi’ podem ser visualizadas quando há uma justaposição de duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos e sem correlação e troca de informações entre elas”. Neste tipo de prática há um enrijecimento das ações que se limitam a reunir saberes diferentes em um mesmo espaço ou em torno de um mesmo objeto sem que seja efetivado o diálogo entre eles, ou seja, não há nenhuma transformação no que diz respeito ao saberes que mantém seus conceitos, teorias e métodos. Já a prática “inter”, para as autoras, traz uma flexibilidade maior em que é possível se fazer trocas entre as disciplinas, entretanto, ainda há enrijecimento e “centralização do saber e uma diferença nas relações de poder entre os campos implicados” (SOUSA; ROMAGNOLI, p.78). Na prática interdisciplinar há interação, integração e reciprocidade mútuas, entretanto, Inojosa (2001) aponta que, a crítica ao prefixo “inter” é que ele poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem daí gerar novas articulações.

Sousa e Romagnoli (2009) afirmam que “as práticas ‘trans’ vem desnaturalizar a visão estratificada dos ‘campos de saber-poder’, ao reforçar o caráter transitório e múltiplo de cada disciplina” e constroem formas de intervenção criativas e inventivas desestabilizando as fronteiras disciplinares e funcionando de maneira rizomática. Num trabalho transdisciplinar não se propõe efetivamente ignorar os saberes das disciplinas e sim de proporcionar que a comunicação entre elas se efetive verdadeiramente e que haja cooperação coletiva para que isto ocorra. É preciso que haja reciprocidade.

Parafraseando Edgar Morin, Inojosa (2001) diz que “as disciplinas nasceram sob o paradigma da disjunção e da redução. E foram dar em clausuras setoriais – ou seja, as disciplinas fecharam-se em si mesmas” e propõe o uso da palavra transdisciplinaridade ou ainda transetorialidade por considerar que esta, relaciona-se melhor com a ideia de complexidade, pois, abrange a compreensão da diversidade, a articulação de saberes e experiências e a superação da fragmentação dos saberes considerando que as práticas setoriais são incapazes de abarcar a diversidade e diz ainda que “(...) a vida está tecida em conjunto; não é possível separá-la. E é por isso que as disciplinas não tem dado conta da complexidade, dessa diversidade articulada” (INOJOSA, 2001, p. 103).

Acredita-se que a organização das políticas públicas do SUS e do SUAS, no que tange aos seus arranjos e composições influenciam drasticamente na efetivação ou não de práticas intersetoriais ou transetoriais entre os serviços. As entrevistas realizadas trouxeram informações importantes que podem ilustrar essa questão. Podemos destacar algumas potencialidades como a rede afetiva, a implicação dos profissionais, o cuidado com o usuário e a qualidade dos atendimentos, mas também desafios, como a própria organização política, hierarquização e setorialização dos equipamentos, a demanda excessiva ou a necessidade de ampliação da rede, a burocratização, a falta ou dificuldade de comunicação entre os serviços, a dificuldade de compreensão das políticas e até mesmo das práticas realizadas pelos outros equipamentos tanto da mesma rede como nas demais.

No que tange as potencialidades, Teixeira (2004) nos apresenta a ideia de rede afetiva. Para o autor esta concepção de funcionamento das redes pauta-se principalmente pela ideia de acolhimento dialogado, pela confiança e pelo “enamoramamento” e criação de vínculos entre as pessoas. O acolhimento dialogado seria uma técnica de conversa que parte da aceitação de uma gama de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro, “o que define, a rigor, seus domínios de ação e significação” (TEIXEIRA, 2004). Sendo assim, no acolhimento dialogado, o profissional da rede, abre-se para a experiência de compreender o outro, partindo da aceitação de sua singularidade e diferença, “Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2004). Na perspectiva da rede afetiva “conquistar a confiança, por si só, já é um logro. É não apenas a experiência de uma grande alegria, mas uma potência capaz de sustentar as dificuldades maiores de uma relação” (TEIXEIRA, 2004). Em relação ao “enamoramamento” e criação de vínculos entre as pessoas, estes são criados por afetos aumentativos de potência. A fala de um dos entrevistados evidencia que, em sua percepção, considera a possibilidade de haver alguma instância de constituição de rede afetiva no município, entretanto, apresenta dúvidas em relação à sua efetividade, mas, reconhece sua produção e potência:

[...] a rede de Contagem é muito afetiva. É ainda, sabe! Infelizmente, é, não sei se a gente consegue cortar esse laço aqui de Contagem não, mas funciona. Se é bom ou não, fica difícil a gente falar, então se cortar esse elo de que é uma rede afetiva, não sei. Não sei se a gente consegue cortar isso aqui em Contagem também não, mas sai um, você consegue interagir com quem tá vindo [...] Então tem vantagens e desvantagens na rede afetiva (E3).

Para a constituição de uma rede afetiva é necessário que as operações sejam autênticas e não se cristalizem nas limitações dos equipamentos reunindo ações coletivas que envolvam a participação de diversos agentes sociais para efetivamente contribuir para melhorias nas condições de vida dos indivíduos e populações. É nessa perspectiva e nesse sentido amplo que são compreendidas as redes de trabalho em saúde para Teixeira (2004). No relato abaixo, podemos observar que a boa relação entre os profissionais dos serviços parece garantir uma atenção mais qualificada ao usuário já que as parcerias e o diálogo são mais possíveis:

[...] Eu particularmente tenho um acesso muito tranquilo ao CAPS III. P: O CAPS-Sede? Não o daqui do Eldorado, o gerente lá é super acessível e o PEDIF tem muitos casos da Saúde Mental. Eu por exemplo tenho vários, então sempre a gente faz reuniões, discute os casos, é super tranquilo. Se for para ir na Promotoria também eles estão dispostos a ir. [...] O CAPSad também eu já tive e tenho alguns casos de uns pacientes do CAPSad e também tem uma articulação tranquila. Agora os demais eu não tive muito contato ainda não. Já liguei, já fiz alguns contatos com o CAPS-II, mas nunca cheguei a discutir casos, porque como eu atendo mais esta área aqui, então é mais o CAPS-III aqui do Eldorado. (E6)

A implicação dos profissionais em relação ao trabalho executado por ele e o cuidado para com o usuário, também podem ser considerados como fatores potencializadores para a efetivação de práticas intersetoriais ou transeitoriais, ou até mesmo de redes afetivas, pois, envolve coerência nas ações, abertura para o diálogo e escuta atenta na acolhida dos usuários, promovendo maior qualidade dos atendimentos e consequentemente dos encaminhamentos. Podemos observar alguns destes aspectos no trecho de entrevista abaixo:

[...] Eh, aí eu oriento, né, a pessoa, faço uma acolhida assim, né, mesmo que não seja caso daqui, assim, eu faço uma acolhida em relação à fala dela né, a demanda, né! Assim, eu não falo simplesmente assim não é daqui porque às vezes já de início você já sabe que não é, mas, assim, eu procuro ouvir, escutar, dar uma posição, dar um retorno, sabe! Pra pessoa também sair assim, um pouco mais confortável daqui, né, porque mesmo que não seja caso pra cá, mas acho que a gente tem condição de fazer com que essa pessoa saia daqui com mais conforto, com uma orientação, tá! Então eu faço isso e faço contato (E1).

Em relação aos desafios, estes sim, são muitos, e podemos identificar alguns deles por meio das falas das pessoas entrevistadas, nos trechos das entrevistas que seguem. O primeiro trecho traz questões relacionadas às dificuldades em relação à aceitação e o diálogo que pudesse promover práticas intersetoriais entre o CREAS e o CAPS e ainda sobre certa queixa sobre o funcionamento do funcionalismo público:

[...] Sinto um obstáculo muito grande, estamos no mesmo Governo, as Secretarias deveriam andar juntas e não andam. Quem está aqui há muito tempo, já está acostumado porque sabe que é o trâmite do poder público. Mas, o usuário está ai

demandando e deve ser atendido naquilo que ele necessita, não podemos virar as costas para eles. (E2)

Nos trechos abaixo, evidencia-se a dificuldade de compreensão das políticas, das práticas realizadas pelos outros equipamentos tanto da própria rede como nas demais e até mesmo dos fluxos já existentes na rede:

[...] Meio complicado. P: Por quê? Porque na verdade, muitas vezes, que nem o CAPS, a gente, não sei se eu consigo te explicar, não sei se você vai entender. Não sei se a gente que não entende o quê que é o papel do CAPS, ou se... porque muitas vezes a gente quer encaminhar e eles falam que não é deles. Ah, só se tiver em crise que a gente pega, sabe! Então vai ficando complicado e a gente fica sem onde encaminhar. Não é demanda espontânea? Sabe? Muitas vezes pode ir até lá? Mas muitas vezes chega lá e eles não acolhem (E3).

[...] Eu acho que do CAPS para o CREAS ele precisa ser bem mais definido. Inclusive qual que é o papel de um e qual que é o papel do outro. Por que às vezes o CAPS aciona o CREAS com umas demandas muito específicas da Assistência Social e o CREAS não consegue responder elas e o CAPS fica amarrado. Agora do CREAS para o CAPS acho que é completamente invertido. Isto atrasa a condução do caso, a gente perde tempo, até ir na Promotoria, a Promotoria acionar a coordenação, para a coordenação acionar o CAPS para o caso que já está rolando. Então é uma perda de tempo. É um serviço perdido. (E5)

Há muitos relatos de dificuldade de comunicação, de falta de retorno de um serviço para o outro, às vezes parece que o simples fato de trocar informações sobre os casos configura-se como compartilhamento de ações, o que na maioria das vezes não acontece. Conforme visto, a política de Assistência Social no país ainda é muito recente e há desconhecimento do restante da rede da existência dos CREAS e das ações que este executa. Na Saúde Mental, ainda que a política esteja mais consolidada, muitas vezes há uma expectativa de que o CAPS seja um local que deveria receber toda e qualquer demanda da rede em relação às questões que envolvam adoecimento mental, independentemente da gravidade ou perfil do caso. É claro que atualmente já conseguimos, devido aos avanços no que tange aos estudos realizados sobre o funcionamento da saúde pública no país, conceber a idéia de que a porta de entrada do usuário na política deveria ser o local que ele acessar, que ele procurar para ser atendido, conforme aponta Merhy (2007), entretanto, essas situações de setorização e hierarquização ainda provocam desconforto nos profissionais por não saberem driblar as adversidades já que as políticas são concebidas de forma hierarquizada e setorializada, e muitas vezes não há nem mesmo boa comunicação entre os serviços, com pouco histórico de retornos eficientes dos encaminhamentos feitos, tanto na rede mais próxima, como é o caso dos encaminhamentos entre o CAPS e a UBS, quando na rede mais ampla. Há também falta de entendimento de qual prática é realizada em cada serviço, havendo

inclusive certa “personificação” das questões de trabalho, passando a impressão de que as dificuldades enfrentadas são pessoais e que o profissional só vai realizar a tarefa se ele realmente tiver “boa vontade” para realizá-la ou se for um profissional comprometido. De fato, é sabido também, que realmente ainda faltam espaços na rede para atenção aos casos que são menos graves, o que pode provocar sensação de impotência nos trabalhadores, no que diz respeito às limitações que enfrentam em seu cotidiano de trabalho.

Em relação aos serviços de Saúde Mental, Vasconcelos (2010) nos alerta que “[...] nos últimos anos, há sinais de excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços de Saúde Mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores, muitos dos quais sem contato com a história e experiência política e profissional” (VASCONCELOS, 2010, p.21), o que pode ser percebido no relato de um dos entrevistados: “[...] eu entrei pra Saúde Mental sem nunca ter trabalhado na Saúde Mental e não tive nenhum preparo, entendeu? Então eu vou aprendendo, vou aprendendo com as colegas de trabalho aqui” (E1). Neste caso, é possível considerar, a partir da fala deste entrevistado, que não há, ou há pouco investimento real de capacitação dos profissionais para questões relacionadas à realização cotidiana do trabalho tanto como para questões que extrapolam os limites ou “muros” dos CAPS ou dos CREAS, como o funcionamento da rede, o que certamente pode dificultar que as práticas se efetivem de maneira transestorial. Na ocasião em que estive na gerência do CAPS de Contagem, houve um grande esforço de minha parte na tentativa de que se ofertasse supervisão clínico-institucional aos profissionais do CAPS, entretanto, esta proposta não foi efetivada, ainda que tenha havido diversas reuniões para tratar do assunto e inclusive levantamento de nomes de supervisores e contato com alguns deles.

No que se refere a esta questão, da insuficiência de formação, ou formação complementar e até mesmo de conhecimento das políticas e serviços que os profissionais fazem parte, pode ser observada em muitas entrevistas, principalmente na área da Assistência Social, que tem a maior parte de seus trabalhadores ocupando cargos por meio de indicações políticas. Obviamente que esta situação não se restringe ao município de Contagem. Em pesquisa de mestrado realizada recentemente, Pereira Júnior (2014) aponta que muitos dos gestores que trabalham na política de Assistência Social são nomeados por favorecimentos políticos clientelistas e que possuem pouca ou nenhuma experiência ou formação profissional adequada para exercer esta função. Acredita-se que a falta de experiência e conhecimento da área pode gerar graves problemas na condução das políticas, principalmente se o profissional

que assumir o cargo for realmente alheio às questões que devem ser tratadas em sua função ou se ele assumir posturas assistencialistas, clientelistas ou reproduzir favorecimentos políticos, pois pode provocar morosidade no que tange a processos que deveriam ocorrer de forma mais dinâmica e desassistência aos usuários das políticas, procrastinando o exercício da cidadania. Devemos deixar claro que não se defende aqui uma posição corporativista que visa a excluir novos profissionais de participarem e/ou contribuírem para a execução e condução das políticas, impedindo-os de assumir pela primeira vez uma carreira em serviços públicos, mas sim, de ofertar capacitação e condições favoráveis para que este profissional possa envolver-se com as problemáticas e questões/causas que necessitam de seu auxílio e empenho na efetivação e consolidação das políticas públicas.

Devemos ressaltar que mesmo que as dificuldades sejam grandes para a efetivação das políticas públicas, durante a realização deste trabalho, podemos observar entre as práticas dos serviços, duas iniciativas importantes de ações municipais que propuseram tratar o fluxo de atendimento entre os serviços, ainda que estas não sejam totalmente conhecidas pelos trabalhadores e não terem sido efetivadas. Uma delas foi uma proposta feita pelo CREAS junto à DIPE, para pactuar fluxos de atendimentos entre o CREAS e a Atenção Básica e a Atenção à Saúde Mental de Contagem, a outra iniciativa, ainda incipiente, foi o convite feito pela Coordenação de Saúde Mental de que o CREAS participe das reuniões dos colegiados que ocorrem na rede.

A proposta de fluxo entre o CREAS e a Atenção Básica e Atenção em Saúde Mental, no CAPS, se deu a partir da necessidade de implantação do Plano Individual de Atendimento (PIA), no atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no CREAS. O PIA, citado pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) e pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), estabelecido pela Lei nº12.594/12, é um instrumento que visa priorizar a atenção integral à saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa e dispõe sobre a previsão, o registro e a gestão das atividades a serem desenvolvidas pelas diversas políticas que atendem aos adolescentes. Sendo assim, para que este se consolide é necessária a criação e pactuação de fluxos intersetoriais entre as políticas públicas. Assim, a proposta elaborada pela equipe do serviço visava a uma série de ações que pudessem estreitar os laços entre o CREAS e o CAPS, principalmente o CAPSi, para que começassem a ocorrer frequentemente atividades coletivas preventivas e curativas, coordenadas pelos dois equipamentos, como grupos de promoção da saúde do adolescente que ocorressem nas dependências do CREAS, com profissional

capacitado da Saúde/Saúde Mental para abordar temas diversos que se relacionam com a saúde do adolescente. Houve também proposta de se constituir grupos de adolescentes no CAPSi, abordando questões de Saúde Mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas. A proposta contemplava também atenção à acolhida dos adolescentes nos serviços de saúde, e conseqüentemente, sua inserção no que se relaciona à responsabilização do mesmo por suas condições de saúde, pois, é sabido pela rede que os adolescentes são o público que menos procura os serviços de saúde de uma forma geral. Segundo relatos que emergiram nas falas dos entrevistados, esta proposta de ação conjunta foi apresentada pelo menos duas vezes à Superintendência de Saúde do município de Contagem, entretanto, esta não se efetivou e parece estar muito distante de ser efetivada, conforme podemos observar no relato abaixo:

[...] Nós começamos a primeira conversa e a gente não teve nem retorno [...] A gente criou dois (fluxos), um pra Atenção Básica à Saúde e um pra Atenção para a Saúde Mental. Estas propostas já foram discutidas com as coordenações só que até o momento não tivemos retorno, a gente está em discussão aí para marcar agora diretamente com o Secretário de Saúde, pra gente tentar viabilizar estes fluxos que a gente já discutiu. [...] Aqueles fluxos não foram ainda viabilizados. Porque a gente não teve retorno da Saúde. Que o fluxo no CAPS está assim, maravilhoso... Porque, a Saúde pensa que eles tem o fluxo deles, tem os protocolos deles, eles não tem nenhuma brecha pra discussão, tá fechado, se a gente quiser, se adequar a eles. Foi o que foi proposto pra gente. Tanto na Atenção Básica quanto no CAPS. A verdade foi isso. A Saúde já tem, então a gente tem que adequar com o que eles já tem. [...] Então entra no fluxo deles. Não tem como criar prioridades para o público que é atendido pelo CREAS. A fala deles foi essa. (E2)

Quanto à questão da participação do CREAS nas reuniões dos colegiados, que seria a proposta de interlocução intersetorial advinda da Saúde Mental, trata-se de uma atividade ainda embrionária que está sendo construída pela Coordenação de Saúde Mental, conforme podemos observar:

[...] Nós temos trabalhado no caso a caso, amanhã mesmo eu vou numa reunião no CREAS para discutir alguns encaminhamentos de alguns casos que eles fizeram, que na minha visão estão equivocados. Eu percebo uma dificuldade mesmo dos técnicos do CREAS em entender qual que é a solicitação que as equipes de Saúde Mental estão fazendo. Então tem esta dificuldade dos técnicos. O quê que é um acompanhamento que a gente pede pro CREAS? Tem que dar algumas respostas. Então a iniciativa municipal é muito em cima da discussão do caso. Dos casos que surgem, a gente tá tentando fazer esta conversa com eles a partir dos casos, pra que fique melhor. P: Mas, há alguma reunião, algum evento que propicie isto? Eles são convidados para os eventos que a gente faz. Há seminários, teve um seminário de autismo agora e o CREAS foi convidado. A gente não consegue que eles participem dos colegiados, mas acho que vai ser um caminho ainda para que eles participem dos colegiados, ainda isto não é formalizado, os colegiados gestores, dos distritos. Que eles participem mesmo dos colegiados, mas isto ainda não está estabelecido, acho que é uma saída, agora os eventos maiores que a gente faz eles são convidados. P: E eles participam? Às vezes sim, às vezes não. Há uma adesão frágil neste contato.

Importante salientar, que nas entrevistas realizadas, apenas dois dos entrevistados colocaram ter conhecimento de que existe alguma iniciativa municipal para tratar dos fluxos entre os serviços o que demonstra a fragilidade do contato entre a rede já que as iniciativas são muito isoladas, pontuais e não efetivas. Pode-se perceber ainda, algumas falas bastante reativas de um serviço para o outro, em diversos momentos das entrevistas. Neste caso, parece haver uma organização, esforço e abertura maior da equipe de Assistência Social de Contagem para a realização de ações conjuntas com a Saúde Mental e com a Saúde, a partir das propostas de diálogo que me foram apresentadas. Já em relação à Saúde Mental, parece haver um distanciamento maior, ou seja, a Assistência Social é convidada a assistir e participar das ações realizadas por esta rede, porém, em uma posição menos colaborativa e interventora, pois não é formalizado ainda um convite para construir coletivamente, de forma intersetorial, os seminários, as reuniões, etc, mesmo se tratando de questões de discussão de casos, ou da atenção ao “caso a caso”, conforme apontado na fala de um dos entrevistados.

Outro desafio enfrentado pela rede de Contagem pode ser observado no relato seguinte e consiste no desafio de lidar com a demanda excessiva ou a necessidade de ampliação da rede, considerando que esta situação se faz dificultadora para o processo:

[...] Existe um gargalo na Saúde, não estou dizendo com isto que é 100% da responsabilidade da Saúde não, porque ele também existe na Assistência (Social), mas é porque realmente a demanda é muito grande, não consegue, sabe, por mais que a gente discuta, que a gente tente, que veja o esforço do outro lado, a gente vê que é impossível em muitos casos, a demanda é grande demais (E7).

Nos relatos abaixo, ficam claros os desafios que as práticas intersetoriais enfrentam no que diz respeito à hierarquização, a setorialização dos equipamentos, a própria organização política e principalmente a burocratização das ações:

[...] Vou falar primeiro do fluxo CAPS para CREAS, depois ao contrário. O CAPS vai acionar o CREAS quando ele vê que dentro do projeto terapêutico ele precisa do entendimento do caso dentro do equipamento de Assistência Social, para as intervenções, o CREAS então vai ser chamado para discutir o caso e propor intervenções. Agora do CREAS para o CAPS, não é muito claro, o CREAS faz os encaminhamentos mais formais mesmo, é muito voltado para a Promotoria, o CREAS faz uma curva, ao invés do CREAS acionar o CAPS, ele aciona a Promotoria e a Promotoria é que aciona a coordenação de Saúde Mental que vai acionar o CAPS. Então assim, esta conversa entre o CREAS e CAPS ainda não é bem definida. É tão esquisito isto porque às vezes eles acionam via Promotoria, o CAPS, e o paciente já está em acompanhamento do CAPS. Já é do CAPS. Aí, chega assim o CREAS (E4).

Embora seja possível perceber uma burocratização e judicialização das relações no âmbito da Assistência Social, não se pretende aqui fazer uma crítica antiprodutiva e sim um



destaque para que estas relações e ações possam ser pensadas de outra maneira, mais flexíveis, mais rizomáticas. Deste modo, o que pretendemos problematizar é o que nos parece ser a maior dificuldade de toda a rede, a falta de comunicação entre os equipamentos, ou, para além disso, a falta de compreensão das equipas de quais são as competências e atividades dos outros setores da rede, o que dificulta sobremaneira a realização da intersectorialidade entre esta rede municipal. Sendo assim, acredito que uma das possibilidades de avançar no que se refere à adoção de práticas intersectoriais ou transectoriais passa por essa abertura ao diálogo e a necessidade de se estabelecer construções realmente afetivas tanto entre os trabalhadores das redes, quanto entre os trabalhadores e os usuários das políticas públicas, pois, conforme apontado anteriormente, o público destas políticas, e, principalmente do CAPS e do CREAS, apresentam grande vulnerabilidade e fragilidade diante do sofrimento mental e das violações que sofreram até chegarem ao atendimento destes serviços. Obviamente que não temos “receitas” para o SUS, como diria Merhy (2007), nem tampouco para o SUAS, mas certamente podemos fazer algumas considerações.

Para a efetivação de práticas realmente intersectoriais, ou transectoriais, segundo Inojosa (2009), faz-se necessário considerar quatro aspectos básicos que são: mudança de paradigma, ou seja, adotar uma visão de mundo que considere a complexidade e a diversidade ao invés de divisões setoriais e fragmentação da vida, considerando a diversidade e apostando na singularidade; projeto político transformador, que consiste em uma reviravolta na organização governamental tal qual se configura nos dias atuais, pois, esta assume práticas assistencialistas e privilegia pequenos grupos de interesse; planejamento e avaliação participativos e com base regional, em que o planejamento seja um processo permanente e não pontual como ocorre atualmente, considerando sempre a participação de distintos segmentos da população e das regiões específicas; e a atuação em rede de compromisso social, assumindo a ideia de redes e agregando novos atores que se articulam, avaliam resultados juntos e reorientam as ações. Neste último, não nos referimos a uma rede formal e sim, à novas formas de participação e articulação que visem ao desenvolvimento de práticas genuinamente transectoriais, que ultrapassem as barreiras setoriais, que sejam afetivas e efetivas e, funcionem como um rizoma, em que as conexões não são limitadas, mas infinitas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O correr da vida embrulha tudo.  
A vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.*  
(GUIMARÃES ROSA)

A proposta inicial deste trabalho se concentrou na tentativa de compreender como se dava a configuração da intersetorialidade entre as políticas públicas de Assistência Social e de Saúde Mental no município de Contagem, a partir da observação das práticas e as relações de trabalho estabelecidas pelos profissionais que compõem suas equipes e atuam no CAPS e no CREAS do município. A decisão por este tema, pela realização da pesquisa em Contagem e pelos equipamentos escolhidos para a realização da mesma, se deu por considerar que há uma necessidade latente de se discutir a efetividade das práticas intersetoriais, já que estas são incentivadas e até mesmo determinadas nas legislações vigentes no que diz respeito à execução de políticas públicas, de uma forma geral e também porque neste município e nos equipamentos citados tive a oportunidade de exercer a prática da psicologia como trabalhadora e gestora nestas redes. Experiência que, além de contribuir para o surgimento de muitos questionamentos e inquietações, serviu também para fazer surgir um desejo, ainda que modesto, de contribuir por meio deste estudo, para a reflexão sobre o trabalho que é executado nesta rede, a partir de um Mestrado Profissional, já que, mesmo sendo inegável que há a necessidade de se discutir a configuração das práticas intersetoriais entre as políticas públicas, ainda são poucos os estudos específicos que se destinam a compreender como estas se configuram no campo da Assistência Social e da Saúde Mental. Foi sob a necessidade de se refletir sobre tal fenômeno em âmbito municipal, que o presente trabalho analisou as redes que incorporam o CAPS e o CREAS de Contagem.

A primeira parte desta pesquisa traz uma revisão bibliográfica relevante sobre a conceituação das políticas públicas de Saúde Mental e Assistência Social no Brasil, apresentando tanto sua forma organizacional como os processos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica até a criação do CAPS, bem como as políticas que o fizeram possível no

âmbito da Saúde Mental e a aprovação da Constituição Federal de 1988 e o processo de efetivação da Assistência Social como política pública e os desdobramentos oriundos desta, além das dificuldades enfrentadas até se alcançar esta condição, bem como o surgimento do CREAS e sua localização dentro desta política, contextualizando-os com as políticas e os processos socioculturais em que foram propostos e sua respectiva importância para o SUS e o SUAS.

Considerando estas condições históricas, de mudanças, que acompanharam a constituição dos sistemas complexos estabelecidos pelo SUS e pelo SUAS e a efetivação de suas práticas, é que surge, conforme visto, a necessidade do aprofundamento de questões referentes às articulações e conexões estabelecidas entre elas, o que configura o ponto central deste trabalho.

Por se tratar de um estudo com um recorte específico, dois equipamentos, integrantes de dois sistemas organizacionais, o SUS e o SUAS de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, acredita-se que a escolha do referencial metodológico embasado nas idéias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, a cartografia, tenha se configurado como opção consistente e ao mesmo tempo satisfatória para a análise dos dados apresentados, pois, na proposta cartográfica, há possibilidade ímpar do pesquisador se colocar e intervir na realidade estudada, que pôde ser observada em uma perspectiva bastante interessante já que neste caso, a opção por dois equipamentos de qual fiz parte como trabalhadora, gestora e pesquisadora oportunizou uma visão ainda mais crítica e aprofundada da realidade estudada, o CAPS e o CREAS de Contagem, permitindo sem dúvidas, o traçando um percurso singular de pesquisa e de amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal.

Acrescenta-se ainda que na ocasião em que atuei como conselheira do Conselho Municipal de Assistência Social de Contagem (CMASC), no período de 2011 a 2013, onde representava a sociedade civil e o Conselho Regional de Psicologia/4ª Região (CRP04), pude notar em muitas Conferências Municipais de Assistência Social das quais participei, especialmente a última, em 2013, que estive enquanto conselheira, um grande desconhecimento da política por parte da maioria dos participantes da sociedade civil, que demonstrou pouca participação, desconhecimento dos programas ofertados pela rede e dúvidas importantes de como poderiam participar e contribuir com a construção coletiva da política e que não foram sanadas por meio de pré-conferências municipais, que ocorreram anteriormente a realização da Conferência. Além do que há um esvaziamento importante desses espaços e até manipulações para favorecimento e aprovação de algumas propostas. É

claro que as conferências são essenciais para o exercício da cidadania, mas certamente este planejamento e avaliação participativos e com base regional que seja permanente e não pontual necessita de vontade e investimento político para que aconteça e deve ocorrer também em outros momentos e locais específicos, não somente nos espaços instituídos das conferências, para se fazer mais abrangente e poder contar com a participação de distintos segmentos da população e das regiões específicas para planejar e avaliar coletivamente as dificuldades e potencialidades na execução das políticas públicas nas distintas regiões.

Nesta perspectiva, avaliando as redes estudadas, podemos considerar que um dos principais desafios a serem enfrentados concentra-se na efetivação do planejamento e avaliação participativos e com base regional. Esta é uma tarefa difícil de alcançar e necessita de intenso investimento político para que ocorra. Podemos assim considerar também que, para além deste desafio, existem muitos outros avanços a se fazer no que diz respeito às melhorias e ampliação da rede de atenção, entretanto, embora Contagem não tenha avançado em alguns dos aspectos apontados por Inojosa (2009) no que se refere a alcançar a construção de redes e práticas transeitoriais, algumas potencialidades merecem ser mencionadas. Em relação ao projeto político transformador, há muito a avançar considerando que ainda se contratam profissionais utilizando-se o critério do favorecimento político, precarizando a assistência aos usuários e desconsiderando muitas vezes os trabalhos já consolidados, simplesmente pela troca da gestão político-partidária, contudo, duas gestões seguidas do PT no município pouco avançaram na ampliação e consolidação da rede, principalmente no que diz respeito à rede de Saúde Mental. No que se refere à atual gestão pública municipal, administrada pelo PCdoB (2013-2016), foi possível notar a redução à zero do número de internações em hospitais psiquiátricos em Belo Horizonte, fato este que potencializa não só a rede de atenção à Saúde Mental no município como também fortalece o movimento de luta antimanicomial, o que certamente traz benefícios, mas não soluciona o problema da não efetivação das práticas intersetoriais, no âmbito da rede de Saúde Mental do próprio município.

No que tange a atuação em rede de compromisso social, foi possível identificar avanços, podemos citar especificamente a tentativa de aproximação da Assistência Social à Saúde Mental, pois, esta assume a ideia de redes propondo articulação e discussão conjunta para reorientação das ações. Obviamente esta aproximação seria mais profícua caso considerasse para além da Saúde Mental, a Educação, a Habitação, a Segurança Pública, a Cultura, o Esporte, a sociedade civil a fim de discutir juntos e de forma participativa e colaborativa as demandas que surgirem e as insurgentes.

Além das iniciativas municipais de abordar, discutir e pactuar a efetivação de fluxos ou práticas intersetoriais na rede de Contagem há ainda uma nova ação, que teve início após a troca da gestão política, que foi a contratação de supervisão para os técnicos dos serviços. Atualmente tanto os CAPS quanto os CREAS contam com supervisão semanal de profissionais contratados que são especialistas em temáticas relacionadas à violência e violações de direitos no caso dos CREAS e em Psicanálise no caso do CAPS. Esta iniciativa certamente contribui para que os serviços funcionem melhor no que diz respeito à capacitação e segurança dos técnicos diante das diversas demandas apresentadas, entretanto, não se pensou ainda na realização de supervisões institucionais, ou até mesmo conjuntas, o que poderia contribuir para tratar questões referentes à rede de atendimento e não somente as questões de cada setor.

Por fim, acredito que a possibilidade de se trabalhar em rede na perspectiva do rizoma, poderia contribuir de forma significativa para produzir movimentos de transversalidade entre os serviços da rede de Contagem, fazendo emergir mais linhas de fuga, que provocassem desestabilização e desterritorialização dos instituídos burocráticos, assistencialistas, reativos e hierárquicos que enrijecem a circulação e o movimento dinâmico do trabalho e da vida nas redes de Saúde Mental e Assistência Social. Tal proposta e postura poderia provocar uma efetiva mudança de paradigma, pois, certamente adotaria uma visão de mundo que considera a complexidade e a diversidade. Longe de se propor um modelo ideal, fixo e pronto, a perspectiva rizomática se constrói e desconstrói a todo instante e atualiza seus fluxos, funcionando a favor da complexidade e singularidade dos encontros, promovendo laços mais afetivos, inespecíficos, inéditos, corajosos e revolucionários.

## REFERÊNCIAS

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. *Filosofando: introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; NICÁCIO, Fernanda; BARROS, Denise Dias. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

AMORIM, Margarete. *Esquizoanálise, Esquizodrama e as Clínicas da Educação*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Unincor, Betim: 2008.

ANDRADE, L. O. M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

BAREMBLIT, Gregório F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3º edição. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1996.

BASAGLIA F. *A psiquiatria alternativa: conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates; 1979.

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília: Letras Livres; Editora UNB, 2008.

\_\_\_\_\_. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. Brasília: Ivanete Boschetti, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. *Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 jul.1990a.

BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set.1990b.

BRASIL. *Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000*. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União, 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 09 de abril de 2001.

BRASIL. *Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002*. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 30 de janeiro de 2002a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. *Portaria n.336*, de 19 de fevereiro de 2002c.

BRASIL. Ministério da Assistência Social. *Relatório da IV Conferência Nacional de Assistência Social*. 10 de dezembro de 2003a.

BRASIL. *Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, 1º de agosto de 2003b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, *Portaria n.52, de 20 de janeiro de 2004*. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Diário Oficial da União, 21 de janeiro de 2004b.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS*. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. *Portaria n. 648*, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 28 de março de 2006.

BRASIL. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília – DF: Diário Oficial da União 2009a.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, de 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*. Brasília-DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011a.

BRASIL. *Portaria n.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 (SUS). Diário Oficial da União, 26 de dezembro de 2011b.

BRASIL. *Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). Diário Oficial da União, 18 de jan. de 2012.

CEFESS, *Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS) - Brasília CFP/CEFESS, 2007*.

CFP, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf). Acesso em: Junho/2015.

COUTO, Berenice R. *O direito social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução ao rizoma. In \_\_\_\_\_. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, v.1, cap. 1, p.11-37.

\_\_\_\_\_. Micropolítica e segmentaridade. In: \_\_\_\_\_. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996, v.3, cap. 9, p.91-125.

INOJOSA, Rose M. *Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade*. Cadernos FUNDAP, nº 22, 2001, p. 103-110.

KASTRUP, Virgínia, PASSOS, Eduardo. *Cartografar é traçar um plano comum*. Fractal: Revista de Psicologia, Niterói, v. 25 – n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1109>. Acesso em Junho de 2014.

DIMENSTEIN, M; LIBERATO, M. *Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede*. Card. Bras. Saúde Mental, vol 1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_minas\\_gerais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf). Acesso em Junho de 2015.

MAIRESSE, D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T. M.G. ; KIRST, P. (Orgs). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MERHY, Emerson E. *et ali. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONNERAT, Giselle L.; e Rosimary G. de SOUZA. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. R. *Katál.*,



Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05>. Acesso em: janeiro de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Mental*. 1ªed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

PARPINELLI, Roberta S; SOUZA, Edmilson W. F. de. Pensando os fenômenos psicológicos: um ensaio esquizoanalítico. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a15.pdf>>. Acesso em: junho de 2012.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS; E. KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, I. (Orgs). *Pistas do método da cartografia*. Rio de Janeiro: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: FONSECA, T. M.G.; KIRST, P. (Orgs). *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

PASSOS, Izabel C.F.; BARBOZA, Maria Aline G. Três Momentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Três Modos de Inserção da Formação “Psi” Mineira. O que esperar como cenário futuro? In: MELO, Walter (Org) et al. *Que país é este?* Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2012.

PASSOS, Izabel C.F. et ali. *Relatório Técnico Final de Pesquisa: Construção e desconstrução de demandas: uma cartografia dos dispositivos de Saúde Mental infanto-juvenil da cidade de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, UFMG, 2011. 101p. (Mimeo)

PAULON, Simone Mainieri, ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, RJ, Ano 10, N.1, p.85-102, 1º Quadrimestre de 2010.

PENIDO, Claudia M. F. A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

PEREIRA JUNIOR, Marcelo G. *A atuação da(o) psicóloga(o) no SUAS: um enfoque no CREAS, em seus desafios e potencialidades*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – PUC-Minas, Belo Horizonte: 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. *Conheça Contagem: História de Contagem*. Disponível em: [http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia\\_contagem&artigo=883112](http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem&artigo=883112). Acesso em Junho de 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Ranking IDHM Municípios 2010*. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>. Acesso em Junho de 2015.

ROMAGNOLI, Roberta C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000200003&script=sci_arttext). Acesso em: novembro de 2013.

ROMAGNOLI, Roberta C. Algumas reflexões acerca da Clínica Social. *Revista do Departamento de Psicologia (UFF)*. Niterói, v.18, n.2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdpsi/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em: março de 2007.

ROMAGNOLI, Roberta C; MOREIRA, Maria Ignez Costa. *O Sistema Único de Assistência Social - SUAS: a articulação entre psicologia e o Serviço Social no campo da proteção social, desafios e perspectivas*. \_\_\_\_\_. (Orgs.) Curitiba, PR: CRV, 2014.

SAVIANI, D. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.

SOUSA, Letícia S. de; ROMAGNOLI, Roberta C. Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. *Mnemosine*, vol. 8, nº 1, p. 72-89, 2012.

SOUZA SANTOS, B. *Um discurso sobre as ciências*. 10ª ed. Porto: Afrontamento, 1993.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. *Assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão de análise*. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. (Org) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em: outubro de 2008.

VEIGA, Laura de; BRONZO, Carla. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. *Adm. Pública – Rio de Janeiro* 48(3): 595-620, maio/jun. 2014.

YAMAMOTO, O.H., OLIVEIRA, I. F. Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 Anos. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, v. 26, n.especial, 2010, p.9-24.

ZOURABICHVILI, François. *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: disponibilização eletrônica 2004. Disponível em: <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2010/05/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf>. Acesso em: julho de 2015.

## ANEXO I: ROTEIROS DE ENTREVISTAS

### 1. Roteiro de Entrevista Semiestruturada com profissionais da Assistência Social de Contagem/MG

#### Cabeçalho:

Nome do profissional entrevistado:

Instituição/serviço:

Cargo/função na instituição:

Formação profissional:

Tempo de experiência na rede de Assistência Social:

Tempo de serviço **nesta** unidade:

Contatos (telefones e email):

#### Questões:

- 1) Como chegam os casos para atendimento especializado em assistência social?
- 2) Quais são os serviços que mais encaminham para o CREAS que você trabalha?
- 3) Quais as principais razões ou demandas dos encaminhamentos?
- 4) Quais critérios adotados por você para decidir se é ou não um caso para atendimento no CREAS?
- 5) Como é feita essa avaliação? Você poderia descrever as etapas técnicas do procedimento utilizado?
- 6) Quando notado que não é um caso para intervenção no serviço, quais os procedimentos adotados?
- 7) O que você pensa sobre essa forma utilizada pelo CREAS ou por você para devolver os casos?
- 8) Como você percebe que os profissionais de outros serviços da rede ou mesmo da assistência social (outras unidades) recebem a devolução desses casos?
- 9) Aponte os serviços para os quais você mais encaminha para acompanhamento?
- 10) Indique os serviços com os quais você mais compartilha a intervenção (como por exemplo: justiça, saúde, etc.). Como é feito esse processo?
- 11) De uma forma geral, como você percebe que tem funcionado o fluxo de encaminhamento entre o CREAS e o CAPS?
- 12) Em sua opinião, este fluxo atende as necessidades do serviço?
- 13) Existe alguma iniciativa municipal que propõe tratar desse fluxo?
- 14) Como você percebe a qualidade da formação dos profissionais da rede especializada (SUAS e SUS)?
- 15) Teria algo a mais que você gostaria de dizer que não tenha sido mencionado ou indagado?

## 2. Roteiro de Entrevista Semiestruturada com profissionais da Saúde Mental de Contagem/MG

### Cabeçalho:

Nome do profissional entrevistado:

Instituição/serviço:

Cargo/função na instituição:

Formação profissional:

Tempo de experiência na rede de Saúde Mental:

Tempo de serviço **nesta** unidade:

Contatos (telefones e email):

### Questões:

- 1) Como chegam os casos para atendimento especializado em Saúde Mental?
- 2) Quais são os serviços que mais encaminham para o CAPS que você trabalha?
- 3) Quais as principais razões ou demandas dos encaminhamentos?
- 4) Quais critérios adotados por você para decidir se é ou não um caso para atendimento no CAPS?
- 5) Como é feita essa avaliação? Você poderia descrever as etapas técnicas do procedimento utilizado?
- 6) Quando notado que não é um caso para intervenção em Saúde Mental, quais os procedimentos adotados?
- 7) O que você pensa sobre essa forma utilizada pelo CAPS ou por você para devolver os casos?
- 8) Como você percebe que os profissionais de outros serviços da rede ou mesmo da Saúde Mental (outras unidades) recebem a devolução desses casos?
- 9) Relate os serviços para os quais você mais encaminha para acompanhamento?
- 10) Aponte os serviços com os quais você mais compartilha a intervenção (como por exemplo: justiça, assistência social, etc.). Como é feito esse processo?
- 11) De uma forma geral, como você percebe que tem funcionado o fluxo de encaminhamento entre o CAPS e o CREAS?
- 12) Em sua opinião, este fluxo atende as necessidades do serviço?
- 13) Existe alguma iniciativa municipal que propõe tratar desse fluxo?
- 14) Como você percebe a qualidade da formação dos profissionais da rede especializada (SUS e SUAS)?
- 15) Teria algo a mais que você gostaria de dizer que não tenha sido mencionado ou indagado?

## **ANEXO II: TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Vimos convidá-lo para ser entrevistado em uma pesquisa realizada pela mestrandia Kelly Dias Vieira do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulada “Interfaces entre dispositivos especializados da Saúde Mental e da Assistência Social em Contagem-MG: desafios da intersectorialidade”.

As entrevistas têm por objetivo o diagnóstico exploratório sobre a situação atual da rede especializada a fim de compreender se há ou como se dá a intersectorialidade entre os equipamentos especializados das Políticas Públicas de Saúde Mental – CAPS e Assistência Social – CREAS de Contagem/MG.

Este diagnóstico pretende descrever os recursos existentes, as formas de encaminhamento e de atendimento às demandas da população e os tipos de ações desenvolvidas. Além disso, pretende-se contribuir para o compartilhamento dos saberes dos profissionais envolvidos, de modo a potencializar as ações da rede, visando ao aprofundamento da intersectorialidade.

A relevância desta pesquisa concentra-se na contribuição da mesma para o avanço das políticas públicas de Saúde Mental e de Assistência Social, que, em sua legislação, tem apontado para uma necessidade latente da promoção de maior aproximação entre os equipamentos que as compõem, visando ampliação e qualificação da rede de atenção. Para tanto, sua participação na pesquisa é muito importante, pois contribui com subsídios para se pensar a configuração prática destas políticas no município de Contagem.

Ao concordar em participar, você será entrevistado em um local de sua preferência e sem qualquer custo material para você. A entrevista será confidencial, os resultados serão utilizados somente nesta pesquisa e serão apresentados e publicados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. Ao final da pesquisa, você será convidado a participar da devolução dos resultados.

As perguntas da entrevista estão relacionadas à sua prática profissional, sendo assim, um possível risco seria o fato de você se sentir desconfortável ao responder algumas das questões, entretanto, sua participação é voluntária, e você tem o direito de a qualquer momento interrompê-la, assim como se recusar a responder a qualquer pergunta, sem penalização alguma e sem prejuízo à sua vinculação profissional. Acreditamos que sua participação poderá gerar benefícios através da reflexão sobre sua prática. Você poderá solicitar esclarecimentos antes, durante e após a entrevista. Não será dada nenhuma forma de remuneração pela participação na pesquisa. O COEP/UFMG somente deverá ser acionado em caso de dúvidas éticas em relação à pesquisa.

### **Consentimento:**

Declaro que estou devidamente esclarecido quanto aos objetivos, riscos e benefícios da minha participação, e concordo em participar da pesquisa.

Este formulário foi lido por mim, juntamente com o(s) pesquisador(es), que assinamos abaixo. Declaro ainda que recebi uma cópia do mesmo.

Local:

Data:

Participante:

Assinatura do (a) participante:

Pesquisador(es):

Assinatura(s) do(s) pesquisador(es):

**Pesquisadores:**

Kelly Dias Vieira (Mestranda)

e-mail: kellydvieira@hotmail.com

Izabel Christina Friche Passos (Coordenadora)

e-mail: izabelfrichepassos@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:**

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º. Andar - sala 2005 -  
CEP: 31270-901 - BH - MG - Telefax (31) 3409-4592 - email: coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO III: PARECER FINAL COEP/UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-graduação em Psicologia**

Belo Horizonte, 18 de outubro de 2014.

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em “Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais  
 Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa

Interessados: Kelly Dias Vieira (aluna)

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (Orientadora)

Título do projeto: “Intersetorialidade entre os equipamentos especializados da saúde mental – CAPS e da assistência social – CREAS em contagem – Minas Gerais”

Análise:

Trata-se de projeto de pesquisa que pretende, segundo a autora, alcançar melhor compreensão acerca da intersectorialidade entre dois equipamentos que integram as políticas de Saúde Mental e Assistência Social, a saber o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Parte-se do pressuposto de que “parece haver certa cristalização de saberes e fazeres que impossibilitam a discussão de casos de forma a envolver a rede psicossocial e privilegiar o caso, ou seja, o público atendido pelos serviços”(p. 05). Quanto ao referencial teórico-metodológico apresentado, destaca-se a Esquizoanálise, também conhecida como Filosofia da Diferença, “que tem por objetivo observar a vida em sua maneira mais ampla” (p. 08). O referencial está baseado na proposta de Deleuze e Guatarri (1995) que concebem a realidade como composta por linhas, que a autora pretende rastrear e pesquisar “como elas funcionam e quais composições são feitas no saber e fazer dos trabalhadores inseridos nos equipamentos especializados da Política de Saúde Mental - CAPS e de Assistência Social - CREAS de Contagem” (p.09). Para tanto será “realizada observação participante no CAPS – Sede e no CREAS Eldorado, que são os equipamentos mais antigos da rede” (p. 12). Além disso, serão realizadas “entrevistas semi-estruturadas com gestores das referidas políticas públicas, entrevistas individuais e grupos focais em que participem

APROVADO AD REFERENDUM  
 EM 18/10/2014  
 CHEFIA DO DEPT. DE PSICOLOGIA/UFMG

Prof. Orestes Diniz Neto  
 Chefe do Deptº de Psicologia  
 FAFICH/UFMG



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-graduação em Psicologia**

profissionais de ambos os equipamentos, e acompanhamento de reunião para discussão de caso intersetorial, ou seja, que envolva os dois equipamentos” (p.12).

Os procedimentos adotados não apresentam riscos psicológicos, e os riscos em termos de participação e exposição estão sendo devidamente considerados e com estratégias de proteção aos sujeitos e suas relações. Os benefícios serão de ordem subjetiva, tendo visto a partilha e construção da compreensão sobre a prática intersetorial entre as equipes dos CAPS e CREAS de Contagem, refletindo sobre o fazer cotidiano no contexto da rede. O trabalho irá contribuir para auxiliar as equipes multiprofissionais destes equipamentos (CAPS e CREAS), em sua prática profissional promovendo caminhos coletivos mais libertários que opressores, fazendo com que surjam novos modos de subjetivação em que a novidade, a invenção, a vida, possam circular, tanto em relação ao profissional quando ao público por ele atendido.”

O projeto contém Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O TCLE apresentado atende aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de saúde (CSN) a respeito de pesquisas com seres humanos. Nesse sentido são atendidos os seguintes itens:

- a) Instrução completa e adequada do processo e objetivo da pesquisa;
- b) Identificação dos responsáveis pela pesquisa, com respectivos contatos;
- c) Identificação do COEP com seus respectivos contatos;
- d) Garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, sigilo, privacidade, desistência, informações sobre indenização e ressarcimento; recusa; uso dos dados para fins de pesquisa; acesso aos pesquisadores e órgão competente);
- e) O texto é conciso e objetivo;
- f) Linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa;
- g) Contém descrição suficiente sobre riscos e desconfortos;
- h) Explicita as garantias descritas acima;

Análise e Mérito:





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-graduação em Psicologia**

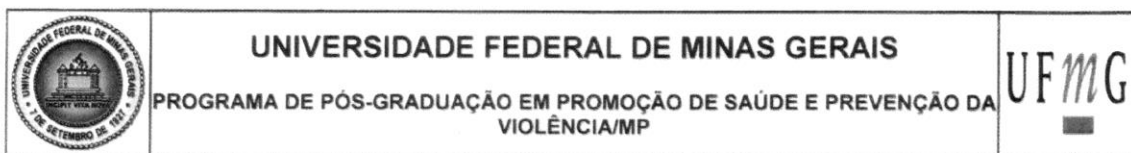
Quanto ao projeto de pesquisa apresentado, pode-se mencionar a relevância do tema e a consistente argumentação que o justifica. As atividades propostas podem ser plenamente executadas conforme apresentadas no cronograma e na metodologia, além de atender os procedimentos éticos em pesquisa. A realização do projeto está condizente com a linha de pesquisa da área de concentração “Cultura e Subjetividade” do Programa de Pós-Graduação em “Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Voto:

Considerando os elementos acima apresentados, sou, s.m.j., favorável à aprovação do projeto, tendo visto sua adequação aos procedimentos éticos em pesquisa.

Cordialmente,

Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA KELLY DIAS VIEIRA - 2013712760

Realizou-se, no dia 23 de setembro de 2015, às 10:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 062, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE: INTERFACES ENTRE EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS DA SAÚDE MENTAL E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CONTAGEM-MG*, apresentada por KELLY DIAS VIEIRA, número de registro 2013712760, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador (UFMG), Prof(a). Roberta Carvalho Romagnoli (PUC Minas), Prof(a). Cláudia Maria Filgueiras Penido (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

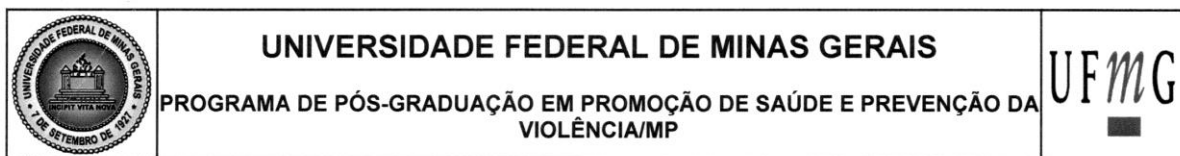
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 23 de setembro de 2015.

  
Prof(a). Izabel Christina Friche Passos

  
Prof(a). Roberta Carvalho Romagnoli

  
Prof(a). Cláudia Maria Filgueiras Penido



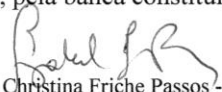
## FOLHA DE APROVAÇÃO

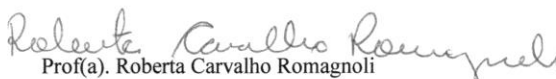
**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE: INTERFACES ENTRE EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS DA SAÚDE MENTAL E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CONTAGEM-MG**

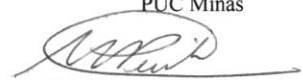
### **KELLY DIAS VIEIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 23 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Roberta Carvalho Romagnoli  
PUC Minas

  
Prof(a). Cláudia Maria Filgueiras Penido  
UFMG

Belo Horizonte, 23 de setembro de 2015.