

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Claudia Winter da Silveira

**AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO  
APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre  
2018

Claudia Winter da Silveira

**AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO  
APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Porto Alegre  
2018

### CIP - Catalogação na Publicação

Silveira, Claudia Winter da  
AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO  
MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL / Claudia Winter da  
Silveira. -- 2018.  
170 f.  
Orientadora: Míriam Thais Guterres Dias.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa  
de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social,  
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Política de Saúde. 2. Política de Saúde Mental.  
3. Apoio Matricial. 4. Serviço Social. I. Guterres  
Dias, Míriam Thais, orient. II. Título.

Claudia Winter da Silveira

**AS COMPETÊNCIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO  
APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias

Aprovada 23 de março de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Míriam Thais Guterres Dias  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Presidente (Orientadora)

---

Profa. Dra. Alzira Maria Baptista Lewgoy  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Membro Interno

---

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS  
Membro Interno

---

Profa. Dra. Alice Hirdes  
Universidade Luterana do Brasil – ULBRA  
Membro Externo a Instituição

Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Somos todos iguais  
Braços dados ou não  
Nas escolas, nas ruas  
Campos, construções  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção

Os amores na mente  
As flores no chão  
A certeza na frente  
A história na mão  
Caminhando e cantando  
E seguindo a canção  
Aprendendo e ensinando  
Uma nova lição

Vem, vamos embora  
Que esperar não é saber  
Quem sabe faz a hora  
Não espera acontecer

Geraldo Vandré

Dedico a todos os profissionais que mesmo diante das dificuldades do cotidiano, continuam firmes e fortes na luta por um mundo mais justo e humano para todos!

## AGRADECIMENTOS

E o caminho se faz caminhando...

Olhando para trás, ao final desse percurso, consigo enxergar o quanto tive de experiências novas e aprendizagens, que me fizeram crescer enquanto pessoa e profissional. Nesse caminho foram surgindo muitas novidades, conhecimentos, trocas de experiências, conquistas. Foi também um trajeto permeado por muitas reflexões, desconstruções, angústias e incertezas. Contudo o esforço despendido trouxe amadurecimento, novos questionamentos e a certeza que estamos sempre a aprender.

Nesse momento cabe agradecer às pessoas que, de alguma forma, contribuíram para essa conquista. Em primeiríssimo lugar, agradeço meu companheiro Luciano Bittencourt Marcos, pelo incentivo constante para realização desse mestrado, por segurar as pontas nos momentos difíceis (que não foram poucos durante esses dois anos) e pela compreensão que todo o processo exigiu. Obrigada. Te amo!

Agradeço aos amigos que a vida me trouxe e aos colegas de trabalho do CAPS II de Gravataí que me instigaram a ingressar no mestrado, enaltecendo minhas potencialidades com a certeza de que o campo acadêmico me traria muita satisfação e crescimento. No decorrer do processo, agradeço aos colegas do CREAS de Gravataí pela parceria no trabalho, por poder dividir as dificuldades e conquistas e pelas partilhas de conhecimento. Muito obrigada.

Um agradecimento especial à professora Miriam Dias, que me acolheu com sua sensibilidade e competência indescritível. Agradeço imensamente por ter acreditado em mim e ter me possibilitado trilhar esse caminho, respeitando meu tempo, minha história e minha trajetória profissional. Saibas que tenho muita admiração e carinho por você e que não foi por acaso que fostes minha orientadora...

Agradeço aos colegas que ingressaram na primeira turma de Mestrado em Política Social e Serviço Social da UFRGS de 2016: fomos privilegiadas por esse encontro, cheio de trocas, debates, desabafos e alegrias. Obrigada!

Agradeço ao Grupo Pesquisa em Política de Saúde e Educação na Saúde pelo aprendizado e auxílio imprescindível para a minha pesquisa. Vocês são parte integrante da realização deste estudo. Agradeço muito.

Agradeço a todas as professoras e professores do Programa de Pós Graduação de Política Social e Serviço Social que contribuíram para meu amadurecimento teórico e profissional através das disciplinas cursadas. Cada um (a) de vocês tem participação nesse processo, com certeza!

Um agradecimento especial às professoras Alzira Lewgoy (UFRGS) e a Alice Hirdes (ULBRA) que abrilhantaram o momento de qualificação e trouxeram sugestões para o adensamento do estudo. Ainda, pela pronta disponibilidade delas em participar da banca final de mestrado, com as quais tenho orgulho em contar nesse momento tão especial de defesa da dissertação.

Por fim, agradeço aos profissionais assistentes sociais e gestores que atuam nos serviços de saúde pesquisados e que se dispuseram a participar desse estudo. Espero que a presente pesquisa gere bons frutos para a nossa categoria e para a Política de Saúde.

## RESUMO

O presente estudo orientado pelo método dialético-crítico aborda o Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental e teve como objetivo geral analisar a ação profissional do assistente social junto às equipes de apoio matricial nos municípios da 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na direção da garantia do acesso ao direito à Saúde Mental, no intuito de contribuir na construção do conhecimento e intervenção do Serviço Social na Saúde Mental. O apoio matricial é uma tecnologia de suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial à Atenção Básica previsto no Sistema Único de Saúde (SUS), que se instituiu na problematização da ordem organizacional tradicional de atenção à saúde e o modelo técnico-assistencial hegemônico, visando melhorar a articulação entre as equipes e entre os setores com vistas à integralidade e resolutividade assistencial. Esta pesquisa fundamenta-se na teoria social crítica, que instiga a apreensão da Política de Saúde e do Serviço Social em seu movimento contraditório, tornando-se relevante a discussão sobre as ações dos assistentes sociais diante das novas demandas postas à profissão no âmbito do SUS, num contexto permeado por contradições que ora são traduzidos pela precariedade das ofertas, limitando a inserção da categoria profissional, ora engendrando um campo de trabalho com possibilidade de ser ocupado pelos profissionais de forma madura e qualificada. Os sujeitos participantes do estudo compreenderam seis profissionais de Serviço Social e cinco gestores imediatos das equipes matriciadoras, num total de onze profissionais das equipes de apoio matricial em saúde mental dos municípios da 10ª Região de Saúde. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada, submetidos à análise de conteúdo com base em Moraes (1999). Como principais resultados, esta pesquisa revelou a existência de variadas aplicações do Apoio Matricial e formas de atuação profissional, não havendo uma padronização quanto à metodologia empregada. Apesar de tímidas produções teóricas sobre o Apoio Matricial, a categoria profissional demonstrou conhecimento e intervenção afinados à metodologia proposta. Percebe-se o entendimento de saúde mental na lógica dos direitos sociais pelos profissionais, bem como seu reconhecimento e legitimidade estão ligados à “expertise” do assistente social na tradução da realidade social, ao mesmo tempo que aparecem elementos da persistência da tradição conservadora. Cabe inferir que as ações profissionais do Serviço Social nas equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental são historicamente construídas e legitimadas pela categoria no campo das políticas públicas. Os assistentes sociais e os gestores concordam que o assistente social traduz a realidade social, atua na perspectiva da interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão, fazendo parte do conjunto de ações profissionais no SUS.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Política de Saúde Mental, Sistema Único de Saúde, Apoio Matricial, Serviço Social.

## ABSTRACT

The present study oriented by the dialectical-critical method approaches the Social Service in Matrix Support in Mental Health and had as general objective to analyze the professional action of the social worker with the teams of matrix support in the municipalities of the 10th Region of Health of the state of Rio Grande do Sul, towards the guarantee of access to the right to Mental Health, in order to contribute to the construction of knowledge and intervention of Social Service in Mental Health. The matrix support is a technology of technical and pedagogical support and rearguard assistance to Basic Care provided in the Unified Health System (SUS), which was instituted in the problematization of the traditional organizational order of health care and the hegemonic technical-assistance model, aiming to improve the articulation between the teams and between the sectors with a view to completeness and assistance resolution. This research is based on critical social theory, which instigates the apprehension of Health and Social Service Policy in its contradictory movement, becoming relevant the discussion about the actions of social workers in the face of new demands placed on the profession within the scope of the SUS, in a context permeated by contradictions that sometimes are translated by the precariousness of the offers, limiting the insertion of the professional category, sometimes engendering a field of work with the possibility of being occupied by professionals in a mature and qualified way. The subjects included in the study comprised six Social Service professionals and five immediate managers of the training teams, in a total of eleven professionals of the mental health matrix support teams of the municipalities of the 10th Region of Health. Data collection was through a semi-structured interview, submitted to content analysis based on Moraes (1999). As main results, this research revealed the existence of various applications of the Matrix Support and forms of professional performance, not having a standardization regarding the methodology used. Despite timid theoretical productions on Matrix Support, the professional category demonstrated knowledge and intervention in tune with the proposed methodology. The understanding of mental health in the logic of social rights by professionals, as well as their recognition and legitimacy, are linked to the social worker's "expertise" in the translation of social reality, while elements of the persistence of the conservative tradition appear. It is possible to infer that the professional actions of the Social Service in the Matrix Support in Mental Health teams are historically built and legitimized by the category in the field of public policies. Social workers and managers agree that the social worker translates social reality, acts in the perspective of interdisciplinarity and intersectoriality, allowing concreteness, directionality and visibility to the profession, being part of the set of professional actions in the SUS.

**Key words:** Health Policy, Mental Health Policy, Single Health System, Matrix Support, Social Work.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde .....	77
Quadro 2	Objetivos para o Serviço Social no NASF .....	85
Quadro 3	Relação dos objetivos específicos e participantes da pesquisa .....	104
Quadro 4	Relação entre as competências do Serviço Social e os resultados da pesquisa.....	111

## SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
AM	Apoio Matricial.
ApM	Apoio Matricial.
APS	Atenção Primária à Saúde.
BM	Banco Mundial.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
LENO	Leste- Nordeste
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NOB	Norma Operacional Básica.
PLP	Partenon- Lomba do Pinheiro.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental.
RAS	Rede de Atenção à Saúde.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 A SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA NA GARANTIA DO DIREITO SOCIAL .....</b>	<b>19</b>
2.1 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE .....	19
2.2 CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: TRANSITANDO ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL .....	23
2.3 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA METODOLOGIA PARA O TRABALHO EM SAÚDE .....	39
2.4 INTERSETORIALIDADE: CONCEPÇÕES E DESAFIOS NO CAMPO DA SAÚDE .....	49
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SEU PERCURSO NO CONTEXTO DA SAÚDE: HISTÓRIA E NOVOS DESAFIOS .....</b>	<b>60</b>
3.1 OS ELOS ENTRE A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	60
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA E NO APOIO MATRICIAL.....	79
3.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E O APOIO MATRICIAL.....	90
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>100</b>
4.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.....	100
4.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS.....	105
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES E ASSISTENTES SOCIAIS SUJEITOS DA PESQUISA.....	108
<b>5 O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: INDISSOCIABILIDADE DAS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>111</b>
5.1 A SAÚDE MENTAL ENQUANTO DIREITO: UMA DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL .....	112
5.2 A PERSISTÊNCIA DA TRADIÇÃO CONSERVADORA E A TRADUÇÃO DA REALIDADE SOCIAL ENQUANTO EXPERTISE DO ASSISTENTE SOCIAL: CAMINHOS QUE SE CRUZAM NA PROFISSÃO.....	115
5.3 DESVENDANDO A AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL .....	120
5.4 INTERSETORIALIDADE: A MAESTRIA DO SERVIÇO SOCIAL.....	129
<b>6 CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO I – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO II – DADOS DOS PARECERES CONSUBSTANCIADOS DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELOS COMITÊS DE ÉTICA DE PESQUISAERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>	
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA: ASSISTENTE SOCIAL.....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA: GESTOR/A .....</b>	<b>166</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....</b>	<b>170</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.  
Aristóteles

O presente estudo versa sobre o Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental. O tema em questão é fruto da caminhada profissional iniciada em 2001, a partir de uma experiência de estágio curricular na Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social do município de Gravataí/RS. As inquietações na época eram referentes ao trabalho do assistente social na Política de Assistência Social, e os questionamentos envolviam a prática do assistente social junto às famílias em situação de vulnerabilidade social, foco dos programas e projetos sociais.

Diante dessa experiência de estágio e formação acadêmica, tive a curiosidade de analisar a efetivação do Projeto de Atendimento Familiar desenvolvido pela Política de Assistência Social do município de Gravataí, a fim de perceber as contribuições do mesmo na melhoria das condições de vida das famílias atendidas. Com isso, além de aprofundar conhecimentos sobre a política social de assistência social e seus desdobramentos no âmbito local, pude aprofundar aspectos avaliativos sobre o trabalho profissional nesse campo de atuação.

Após a formatura, através de nomeação em concurso público, retornei à Política de Assistência Social de Gravataí. Então, atuei em diversos projetos de atendimento às famílias, às pessoas com deficiência e em 2005 iniciei meu trabalho na área de gestão na área, participando do processo de implementação da Política Nacional de Assistência Social em âmbito local, gerenciando equipes, programas, projetos e serviços. Contribuí na implantação de diversos serviços, entre eles o reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes, o Serviço Sentinela na qual estive na coordenação, tornando-se mais tarde Centro de Referência Especializado de Assistência Social, estando à frente desse serviço até o ano de 2014.

A partir de 2014 fui trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde do mesmo município, mais precisamente na implantação de uma nova formatação de Apoio Matricial em Saúde Mental ligado à Política de Saúde Mental junto aos Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS II). Com isso, além de utilizar as experiências anteriores como assistente social, foi necessário buscar novos conhecimentos para embasar a prática profissional.

Essa nova experiência instigou a busca pela formação permanente através do retorno à vida acadêmica e a proposta de pesquisa aqui exposta abordará o Serviço Social na Política de Saúde Mental, mais precisamente a contribuição do Serviço Social junto às equipes de apoio matricial na garantia do direito à saúde mental. Por considerar ter pouca experiência profissional nessa área, muitas inquietações em torno desse tema estão latentes. Além disso, as transformações constantes do mundo globalizado trazem impactos no interior da profissão e nos espaços ocupacionais, emergindo novas demandas à profissão.

Contudo, partindo da revisão de literatura sobre o tema, percebeu-se sua relevância para o Serviço Social diante das novas demandas postas à profissão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que o SUS é permeado por contradições que, ora são traduzidos pela precariedade das ofertas, limitando a inserção da categoria profissional; ora, engendrando um campo de trabalho com possibilidade de ser ocupado pelos profissionais de forma madura e qualificada, além do atendimento assistencial direto à população.

O pressuposto para realização da pesquisa foi um questionamento sobre uma demanda que há tempos permeava o cotidiano profissional no campo da Saúde Mental, gerando inquietações e curiosidades quanto à configuração das ações dos assistentes sociais no Apoio Matricial, considerando ser um espaço sócio ocupacional recente e com potencial criativo para o Serviço Social. Para tanto, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: *Como vem se constituindo a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial em saúde mental na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul?* Em decorrência, se construiu o objetivo geral para o estudo, de *Analisar a ação profissional do assistente social junto às equipes de apoio matricial na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na direção da garantia do acesso ao direito à Saúde Mental para contribuir na construção do conhecimento e intervenção do Serviço Social na Saúde Mental.*

Os aspectos éticos foram considerados e a pesquisa foi aprovada quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia – UFRGS, e posteriormente submetida e aprovada, via Plataforma Brasil, pelos Comitês de Ética

do Instituto de Psicologia – UFRGS; da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital Mãe de Deus.

A pesquisa esteve alicerçada no método de abordagem dialético-crítico, tendo como categorias a historicidade, a totalidade e a contradição, em uma abordagem qualitativa e descritiva. Desse modo, a referida pesquisa buscou mostrar o desenvolvimento histórico do objeto em questão, apontando as contradições e estabelecendo as devidas relações entre o objeto estudado (particular) e a totalidade do social.

Pretendeu-se, com esse trabalho, contribuir com o meio acadêmico, na construção do conhecimento, além de subsidiar a categoria através de estudos sobre a ação profissional do Serviço Social na Política de Saúde Mental, mais especificamente enquanto profissional inserido nas equipes de Apoio Matricial. Entende-se que o conhecimento construído criticamente sobre esse espaço ocupacional viabiliza a inserção consciente do assistente social comprometido com o Projeto Ético-Político profissional, pois o Apoio Matricial na Saúde Mental pode se constituir num *locus* privilegiado para o desenvolvimento da cidadania e autonomia dos sujeitos, através de projetos políticos que fortaleçam princípios críticos e democráticos.

Assim, a fim de evidenciar os resultados obtidos estruturou-se esse trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo, denominado *A Saúde enquanto Política Social no Brasil e os rebatimentos da contrarreforma na garantia do direito social* contextualizou-se a Política de Saúde no Brasil a partir de um breve histórico, destacando-se o novo modelo de atenção à saúde, o SUS, ancorado na concepção ampliada de saúde e da adoção dos determinantes sociais como estruturantes do processo saúde-doença, contribuindo para a ampliação do espaço sócio ocupacional dos assistentes sociais no campo da saúde. Realizou-se o percurso entre a Política de Saúde e de Saúde Mental, elencando aspectos presentes em ambas as políticas, que se estruturaram a partir dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, garantindo a saúde como um direito universal e legalmente reconhecida através da Constituição Federal de 1988, com legislações específicas e regulamentadas em leis, com princípios e diretrizes. Na perspectiva de atenção integral à saúde, apresenta-se o Apoio Matricial em Saúde Mental, proposto por Campos (1999), configurando uma metodologia do trabalho em saúde que possibilita qualificar o manejo e

tratamento dos transtornos mentais no contexto da Atenção Básica, uma vez que suas estratégias visam interagir com as equipes da atenção básica em seu território, estabelecendo iniciativas conjuntas para enfrentamento às demandas em saúde mental. Em seguida, discorre-se sobre a intersectorialidade em suas diferentes perspectivas e concepções, considerando sua relevância na construção de ações na direção da integralidade e da garantia dos direitos sociais, demonstrando os desafios para sua concretização num campo permeado por contradições e disputas.

No segundo capítulo resgata-se o processo de inserção do Serviço Social no campo da saúde e suas atribuições, na tentativa de articular os elos da ação profissional às proposições do SUS, especificamente na Atenção Básica, na Saúde Mental e no Apoio Matricial. Realiza-se uma breve caracterização da Atenção Básica e da Saúde Mental, traçando um paralelo com a prática profissional do Serviço Social no Apoio Matricial.

E, finalmente, no terceiro capítulo apresentam-se os resultados da pesquisa com o título: *O Apoio Matricial em Saúde mental: indissociabilidade das dimensões das competências do Serviço Social*, trazendo para a discussão as categorias temáticas que elucidam a interpretação dos significados que emergiram da pesquisa: Caracterização dos Gestores e Assistentes Sociais sujeitos da pesquisa; A Saúde mental enquanto direito: uma dimensão ético-política do Serviço Social; A persistência da tradição conservadora e a tradução da realidade social enquanto expertise do Assistente Social: caminhos que se cruzam no Serviço Social; Desvendando a inserção e intervenção do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde mental; Intersectorialidade: a maestria do Serviço Social.

## 2 A SAÚDE ENQUANTO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL E OS REBATIMENTOS DA CONTRARREFORMA NA GARANTIA DO DIREITO SOCIAL

### 2.1 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE

Abordar a constituição da saúde enquanto Política Social requer situá-la no processo contraditório do sistema capitalista: a contradição entre capital e trabalho. Isso significa entendê-la, corroborando com Pereira (2001), a partir da relação dialética entre os sujeitos políticos que estrategicamente atentam para incorporar as suas necessidades sociais transformadas em questão nas arenas decisórias. Mais ainda, é evidenciá-la a partir do processo de acumulação capitalista em que resulta a questão social e a exigência do Estado em dar respostas mais contundentes a esse conflito e suas expressões, pois:

[...] a questão social, específica da ordem burguesa e das relações sociais que a sustentam, é apreendida como expressão ampliada da exploração do trabalho e das desigualdades e lutas sociais dela decorrentes: o anverso do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social (IAMAMOTO, 2008, p.162).

O aprofundamento da questão social na sociedade brasileira nas primeiras décadas do Século XX (MENDES; WÜNSCH, 2009), alicerçada na coletivização da produção social e a ampliação social do trabalho em detrimento da apropriação dos seus frutos que ocorrem cada vez mais privados por uma parte da sociedade, pressiona o Estado a dar respostas através de políticas de proteção social, procurando conciliar interesses antagônicos:

[...] atender necessidades sociais como questão de direito ou de justiça, contando com recursos econômicos escassos porque, de acordo com a lógica capitalista, a riqueza deve gerar mais riqueza e, portanto, ser investida em atividades economicamente rentáveis (PEREIRA, 2013, p.637).

Portanto, a proteção social capitalista tem como objetivo atenuar a tensão produzida pela desigualdade social e assegurar que o capital gere mais capital, pressupondo que a satisfação das necessidades humanas atenda as necessidades e os ditames do capital, pois “uma parte da burguesia deseja

compensar injustiças sociais, para assegurar a continuidade da existência da sociedade burguesa” (MARX; ENGELS, 1998, p.56).

É nesse contexto que a classe trabalhadora se movimenta e disputa, sendo a política social “processo e resultado das relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.36). É mediante a política social que direitos sociais podem se concretizar e necessidades humanas serem atendidas na perspectiva da cidadania ampliada. Implica em um conjunto de ações, institucionalizadas ou não, que visam à proteção da vida humana, materializadas no atendimento das necessidades básicas sociais e na assistência à privação de direitos sociais (PEREIRA, 2008).

Com base em Couto (2004) os direitos sociais possuem natureza coletiva e são exercidos pelo homem por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los e calcá-los na perspectiva do alcance da igualdade no enfrentamento das desigualdades sociais, sendo materializados através das políticas sociais públicas e executados no âmbito do Estado.

A diferença dos direitos sociais em relação aos direitos individuais, principalmente os civis, reside no fato de os primeiros serem presididos por princípios e critérios rejeitados pelos últimos. Assim, enquanto os direitos individuais orientam-se pelo princípio da liberdade negativa, tão cara aos liberais, porque nega a interferência do Estado em esferas individuais protegidas, como o mercado, os direitos sociais orientam-se pelo princípio da liberdade positiva e pela noção de igualdade que exige do Estado a devida intervenção (PEREIRA, 2013, p.641).

Sendo assim, os direitos sociais estão ligados à cidadania, ao pertencimento a uma sociedade que deve assegurar através do Estado esses direitos, transformando responsabilidades individuais em coletivas, através das políticas públicas e sociais. No entanto, nas últimas décadas do século XX, tais políticas são atravessadas por um contexto de contrarreformas, quando o país passa por diversas crises: fiscal, das relações econômicas e sociais, do aparelho do Estado, da Previdência Social, ocasionando a deterioração progressiva das condições de vida, do ambiente social e físico e mudança do papel do Estado (SOARES, 2003).

As medidas pensadas e postas em prática para responder às demandas e necessidades sociais não mais preveem a universalidade do atendimento e o protagonismo do Estado, seja como provedor, seja como garantidor de direitos.

Agora, a ênfase recai na corresponsabilidade entre atores públicos e privados, na expectativa de que as políticas sociais e as políticas voltadas para o mercado de trabalho possam completar-se num esforço integrado de resposta ao acirramento da desigualdade social (BOSCHETTI, 2008, p. 11).

No rastro da reconfiguração desencadeada pelo processo de ajuste neoliberal, consequências afetam sobremaneira a vida em sociedade, as políticas e os direitos sociais. Partindo da discussão da política social e da análise de seu processo contraditório que a saúde é destacada enquanto direito social no campo das políticas sociais, sofrendo os impactos e desafios dos processos sociais, políticos e econômicos contemporâneos, mais precisamente a partir da década de 1990.

No período anterior à Constituição Federal de 1988, a saúde tem como preocupação inicial o bem-estar físico do indivíduo, contribuindo para a manutenção dos trabalhadores para o processo de industrialização. A política de saúde pública com a intervenção do Estado constituiu-se efetivamente na década de 1930, com intervenções vinculadas à saúde do trabalhador, uma vez que era a pauta central dos capitalistas da época (BRAVO, 2001). Logo, era considerado cidadão quem produzisse e pudesse manter seu acesso aos bens e serviços ofertados pelo mercado, sendo os demais alvos de programas para pobres, seletivos e focalizados.

Passados os anos, a ditadura teve um significado de afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p. 06).

Em meados da década de 1980, o Brasil é atravessado pelo projeto neoliberal, consolidando o modelo médico-assistencial privatista, criando um forte sistema privado e com baixa regulação do Estado, fortalecendo uma política de atenção médica supletiva e consolidando um financiamento sem dependência direta do Estado, tendo sua expansão através do mau funcionamento e da baixa qualidade dos serviços do setor público. Assim, criaram-se dois projetos políticos na área da saúde: o projeto privatista, pautado na política neoliberal, de contenção de gastos e descentralização da responsabilidade para a sociedade e o projeto de Reforma Sanitária, orientado pelo SUS, fruto de movimentos sociais.

Ambos têm em suas bases distintos projetos de sociedade: O projeto hegemônico, pautado na política neoliberal, traz uma contenção de gastos na área, bem como transfere a responsabilidade para a sociedade. Já a proposta da Reforma Sanitária sugere uma orientação pública de atendimento, fruto dos movimentos sociais da época, trazendo premissas de universalidade ao acesso, dimensão do atendimento humanizado, bem como direções de participação social e democratização (BRAVO, 2001). Dessa forma, entra em cena, todos os dias, os reflexos desta disputa por projeto de sociedade, pois os dois conceitos são antagônicos: um refere-se a saúde privada para alguns e o outro a uma saúde pública para todos.

Portanto, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Os anos 1990 têm como marca a ascensão da política de ajuste neoliberal, em que o grande capital redireciona o papel do Estado e ataca os avanços constitucionais aliados aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil, é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na

Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro.

No setor saúde, a contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) reforçou a concepção de mercadoria, quando a população se tornou alvo dos planos de saúde e dos serviços privativos de alto custo. O que se tem percebido é que as garantias da Constituição Federal não conseguem ser asseguradas no cotidiano da vida, pois estão sendo atropeladas pelas transformações ocorridas no papel do Estado, alavancadas pelo mercado.

Atualmente, destaca-se para um contexto de fragilização da política de saúde enquanto direito social no Brasil, marcado por uma forte ofensiva requisitada pelo capitalismo mundial para recompor a hegemonia burguesa no país e do projeto neoliberal. Essa face compõe um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre a massa da população brasileira, que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, e o desmonte da seguridade social.

## 2.2 CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: TRANSITANDO ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL

Há uma vasta produção sobre a constituição histórica da política de saúde no Brasil. Autores das mais diversas categorias profissionais e, em especial, provenientes do Serviço Social, além das publicações e normativas do Ministério da Saúde (MS) brasileiro. Mesmo entendendo sua relevância para o estudo e compreensão dos desafios atuais impostos à concretização da saúde enquanto direito social, parte-se sumariamente da década de 1980, quando da institucionalidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional. A Previdência Social vivia uma crise profunda, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. Enquanto que, na saúde, o movimento da Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco

histórico e determinante para o novo modelo de saúde - O Sistema Único de Saúde (SUS), (MELO, 2009).

Na redemocratização política da década de 1980 a sociedade brasileira passa por um reboiço de mobilização política e em específico o movimento na saúde coletiva<sup>1</sup>. O direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os brasileiros (MELO, 2009).

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado. Estado este que se havia constituído sob uma base no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social. Situação que atravessava outros setores, mas explicitados com mais dureza no debate da saúde (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Pautado na perspectiva da Determinação Social da Saúde, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) buscava elaborar respostas condizentes com as necessidades da população, e efetivar uma política que fortalecesse a concepção ampliada de saúde.

Nesse movimento eminente de construção de um direito como a saúde, que o percurso se inicia a partir da Reforma Sanitária Brasileira, por considerá-la um movimento contra hegemônico que se utilizou do aprofundamento da consciência sanitária dos diversos atores sociais. Desse modo, a reforma se caracteriza, inicialmente, como um movimento de desenvolvimento de um novo saber, seguido da prática da política sanitária e o movimento em si (BERLINGUER et. al., 1988).

Correia; Medeiros (2014) afirmam que os pressupostos ideopolíticos do MRSB foram fundamentados na teoria crítica marxista, que propiciou uma leitura totalizante da realidade para contestação da medicina hegemônica e construção de uma luta pela saúde que concebe a necessidade de problematizar as condições sócio históricas desiguais, através do resgate da Medicina Social para compreensão do processo saúde doença enquanto determinação estrutural. Tal compreensão pauta-se na crítica ao modo de produção capitalista, que tem em sua essência o fundamento das desigualdades sociais, apontando que a reforma

---

<sup>1</sup> Sobre a história da Reforma Sanitária no Brasil consultar: Campos, 1988; Fleury, 1997; Teixeira, 1988; Arouca,1988; Oliveira, 1988.

na saúde precisa ter como base mudanças nas condições de vida em sociedade.

É nesta conjuntura que passa a haver uma sintonia entre os postulados do Movimento pela Reforma Psiquiátrica com os ordenamentos instituídos mundialmente pelas agências multilaterais. Mas esta conjuntura histórica não supera o antigo problema do preconceito, da segregação e da desassistência, pois “[...] uma coisa é falar dos direitos do homem [...] outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva, o que se transforma em desafio constante para as forças sociais que lutam por justiça social e emancipação humana” (DIAS, 2007, p. 117).

Em relação às políticas de saúde mental nesse contexto de movimentação para mudanças no setor saúde, Dias (2007, p. 56-57) destaca que:

[...] no campo de saúde mental também se expressou uma importante movimentação dos segmentos sociais nele implicados. Inicialmente os trabalhadores de saúde mental, seguidos pelos usuários dos serviços e seus familiares, passam a reivindicar alterações no modo de atenção vigente.

Esse movimento de trabalhadores, usuários e familiares afinados com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, desencadearam a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), que de acordo com DIAS (2007) é realizada após embates entre o governo e o movimento da saúde mental, levantando o debate sobre a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais e a mudança do modelo manicomial hospitalocêntrico, este instituído sob os auspícios da eugenia, da higiene mental e do assistencialismo - fontes inspiradoras da institucionalização das pessoas com transtornos mentais.

Portanto, cabe destacar que as mobilizações do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e do Movimento da Reforma Psiquiátrica geraram resultados: a saúde é hoje considerada legalmente como “direito de todos e dever do Estado”. Com a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90, temos instituído e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui princípios e diretrizes que visam garantir à população o acesso universal, integral, igualitário, com resolutividade (BRASIL, 1990). Essas foram leis fundamentais que orientaram a operacionalização do sistema de saúde, visto

que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento.

Como afirma Dias (2007, p. 48), os movimentos produziram mudanças que alteraram as “concepções de saúde e de saúde mental, e criaram novos desenhos institucionais, alterando significativamente a política pública e a relação dos segmentos sociais envolvidos com a gestão da saúde”. Portanto, a concepção ampliada de saúde considera multifatores e determinações, considerando o contexto social e seus impactos na vida das pessoas. A garantia da saúde como um direito universal, compreendida como resultante da complexa produção social, sobretudo da distribuição de riqueza, sendo resultado dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença da população brasileira.

Ressalta-se que o SUS conformou o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil e representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, determinando um novo arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental (BRASIL, 1990, p. 01).

O SUS é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional e parte de uma concepção ampliada de direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Além disso, a saúde é tida com um dos tripés da Seguridade Social, composta também pela Assistência Social e Previdência Social, considerando que:

a característica peculiar da noção de seguridade social é o reconhecimento dos direitos sociais como condição da cidadania, e a responsabilidade do Estado em provê-los por meio de sistemas de políticas sociais – Direito do Cidadão, Dever do Estado. (DIAS, 2017, p.32).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica teve início no ano de 1978, com a denúncia de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, que antes de tudo primavam pelo lucro gerado pela empresa saúde, como afirma Cerqueira (1984, p. 226):

Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem.

Este contexto de críticas é protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que tem como objetivo a Reforma Psiquiátrica considerando que:

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (AMARANTE, 2008, p. 58).

Concomitante, começaram a surgir diversos documentos oriundos de encontros nacionais e internacionais, que apontavam para uma necessária mudança no modelo da assistência em saúde e em saúde mental.

Assim, a Reforma Psiquiátrica pretendeu, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os *loucos* deveriam ser isolados para o tratamento. Dessa forma, criou-se a possibilidade de um tratamento humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família ao qual eram submetidos os usuários até esse período (AMARANTE, 2009).

Paralelo às reformas no campo da saúde, articuladas às de saúde mental, no mesmo momento histórico, o mundo, com economia globalizada, enfrentava o fim da estabilidade financeira, passando por nova crise, o que levou ao chamado ajuste econômico que, dentre outros efeitos, provocou maior recessão

e cortes substanciais nos investimentos na saúde. A influência do neoliberalismo no plano político e econômico associada às dificuldades de organização da classe trabalhadora, repercutiu na regressão e no cerceamento de direitos sociais historicamente conquistados, característica marcante no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Portanto, o realinhamento produtivo instado pelo neoliberalismo provoca repercussões profundas nas relações sociais e em especial na atuação dos governos na mediação das propostas de expansão do capital para a classe que vive do trabalho (ANTUNES, 2007).

Todavia, as mudanças desencadeadas pelos movimentos e pela Reforma do Estado, referidos anteriormente, refletem diretamente na forma e execução da Política de Saúde e de Saúde Mental, recebendo intrinsecamente, o impacto das transformações sociais presentes nas demais políticas sociais do país. “A política social de saúde é tensionada a partir de uma tendência privatizante, através do segmento privado supletivo e complementar” (SILVA, 2004, p.145). Com isso, “a privatização induzida, nesse caso, é por meio de estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tornando-se um problema de direito do consumidor e não um problema de direito social” (BEHRING, 2003, p. 268).

A realização da Reforma ou Contrarreforma do Estado na saúde brasileira, demanda o rompimento com o caráter universalista do SUS, pois “[...] a saúde constitui-se numa mercadoria a ser comprada no mercado [...]” (MOTA, 2006, p. 44), ficando o Estado encarregado de prestar atendimento aos mais empobrecidos, que não podem pagar pelos serviços oferecidos pelo mercado. É assim, um modelo assistencial que privatiza o que é público.

Com o crescimento do mercado de serviços privados, o SUS é precarizado, distanciando-se do SUS legalmente instituído e, dessa forma, flexibiliza os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento da política de saúde. O governo Collor foi o primeiro a dar início ao processo de contrarreforma; nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) esse processo se intensifica e se estrutura, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), dirigido pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira (SIMIONATTO; LUZA, 2011).

Seguindo os ditames do capital, o Estado deveria financiar um mínimo de saúde, especialmente para uma camada específica da população (os mais

vulneráveis ou pobres) e o mercado se encarregaria do financiamento privado do restante dos serviços de saúde. Proposta difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial<sup>2</sup> (BM) que ao financiar projetos para a área da saúde pretendia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor.

É perceptível, nessa conjuntura neoliberal no Brasil, a redução dos direitos sociais e trabalhistas, ocasionando o sucateamento das políticas sociais e a redução da intervenção do Estado. Posteriormente, os governos petistas (Lula e Dilma), sucessores de FHC, deram continuidade à política neoliberal, mantendo o desmonte das medidas nas áreas sociais, com destaque na política de saúde. O país é liderado por governos populistas que não abandonaram esse receituário neoliberal por completo (BIANCHI, 2017).

Nessa perspectiva de minimização do Estado, de mercantilização, lucratividade e privatização dos serviços públicos a saúde acaba por se tornar um dos campos preferidos desse processo, pelo investimento tecnológico e possibilidades do mercado privado.

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de super capitalização e relevante fonte de maximização do capital [...] desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamentos bancários, entre outros (SOARES, 2010, p. 41-42).

Desse modo, com vistas ao lucro em potencial que tal política gera ao capital, a saúde é engendrada em meio a concepções que preconizam a redução do papel do Estado diante da intensificação do processo de focalização, seletividade e privatização da política de saúde, além do questionamento da universalidade do acesso à assistência à saúde, e assim como a previdência social, torna-se alvo da mercantilização (BRAVO, 2006).

Identifica-se uma forte tendência de complementaridade e de mixagem das ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, surgindo as organizações sociais, organizações filantrópicas e o terceiro setor, a tão

---

<sup>2</sup> Também conhecido por Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). É um organismo internacional de assessoramento técnico e de financiamento de projetos nas áreas social e de infraestrutura, com atuação no Brasil desde 1949, quando foi firmado o primeiro empréstimo (MATTOS, 2001).

chamada responsabilidade social, como parte da formação de uma nova cultura, para dar conta do que o Estado e o mercado não dão, com apelo à filantropia e ao voluntariado. “Assim, o sujeito de direitos torna-se cidadão-cliente, consumidor de serviços de organizações, numa perspectiva empresarial”. (BEHRING, 2003, p. 259).

Como exemplo de focalização, pode ser destacada a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva dos princípios da universalidade. “Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência” (BRAVO, 2008, p.18).

Cunha e Campos (2011) apontam que em muitos países com sistema público, duas das funções primordiais da atenção primária para o funcionamento do sistema são a coordenação clínica dos pacientes compartilhados em várias instâncias da rede assistencial e a capacidade de *filtrar* (selecionar) os usuários que necessitam de acesso a serviços e a profissionais de saúde especializados. Isso significa que a Atenção Básica, integrante da rede assistencial, assume a responsabilidade global e intransferível pelo usuário (intransferível, porém compartilhável), reduzindo a fragmentação da atenção, o que ainda é algo insipiente no Brasil.

Mesmo com dificuldades, torna-se cada vez mais frequente a utilização da Atenção Básica como referência aos serviços municipais, concepção que sofreu forte influência do Banco Mundial na organização das ações. O termo *atenção básica* foi usado inicialmente pelo movimento da reforma sanitária para designar a atenção primária desejada no SUS, “no esforço de distanciar dos programas de Atenção Primária em Saúde (APS) seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 582).

O processo de constituição da Atenção Básica no país inicia-se com a criação de dois programas “especiais dirigidos aos pobres e excluídos, como política de focalização” (PAIM, 2008, p. 560): o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1996 que posteriormente, são unificados na modalidade de estratégia de

saúde da família (ESF), integrando um conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conforme a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) (BRASIL, 1996 e 1999).

Conforme Nascimento e Oliveira (2010), com a ESF a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias. Preconiza ainda a abordagem e a intervenção nos determinantes sociais da saúde e nos condicionantes culturais, étnicos, comportamentais, entre outros, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde.

Em 2011, o Sistema Único de Saúde passou por um reordenamento quando foi sancionado o Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011a) para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), visando sua organização, planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. Entre as deliberações, está a oficialização da Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS.

Tal Decreto referido atualiza a Política Nacional da Atenção Básica e “considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2011a, p. 04). Ocorre um alinhamento com as mudanças na estrutura sistêmica do SUS e sintoniza com a mais recente concepção de modelo de atenção à saúde no país: as Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme as diretrizes para sua organização da Portaria n.º 4.279 (BRASIL, 2010).

A contribuição da Atenção Básica ao funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, com vistas à construção da atenção integral, está em:

[...] ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos

terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013, p. 20).

Dialogando com os mesmos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e sendo fruto de movimentos e lutas sociais, a Reforma Psiquiátrica no Brasil buscou superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação à *loucura*. Para isso, implantou estratégias de cuidado territoriais e integrais, ancorados em novos saberes e valores culturais, pressupondo o reconhecimento das pessoas com sofrimento psíquico e melhorias nas suas condições de vida. Tais princípios surgiram no contexto de ditadura militar no Brasil, em busca da superação da violência asilar e do reconhecimento das pessoas com sofrimento psíquico como sujeitos de direitos. No passar dos anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica foi se materializando e influenciando uma nova Política de Saúde Mental a ser implantada no país.

Destaca-se que o Rio Grande do Sul foi pioneiro na legislação específica através da Lei Estadual nº 9716, criada em 1992, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica e traz algumas regulamentações<sup>3</sup>. Em nível nacional, somente em 1992, através da Portaria nº 224 do Ministério da Saúde, são regulamentados as normas para atendimento e os serviços de assistência em saúde mental<sup>4</sup>.

Na década de 2000, com financiamento e regulação nas três esferas, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Nesse sentido, em 2001, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), foi sancionada no país, enquanto instrumento do processo de construção dos direitos no campo da saúde mental. Essa lei prevê

---

<sup>3</sup> Segundo o artigo 2 da Lei nº 9716/92: "a reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais e atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noites, centro de convivência, centros comunitários, centro de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividade construtivas e similares".

<sup>4</sup> Sobre a história da política de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul, ver DIAS, 2012.

a constituição de uma rede comunitária de atenção psicossocial em substituição ao modelo manicomial, opressor e excludente, sendo estabelecida uma forma de assistência orientada pelos princípios fundamentais do SUS.

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que dentro da política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, mas sempre em direção à comunidade. Portanto,

[...] devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental [...] (BRASIL, 2004).

No sentido do território e da comunidade, que o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), marcam um progresso indiscutível da política do SUS, que apesar de avanços e aumento de resolutividade produzidos, ainda não significa uma situação ideal em termos de melhoria da atenção.

Em 2002, no Rio Grande do Sul, através do Guia de Saúde Mental, a Secretaria Estadual de Saúde propõe uma rede de atenção à saúde mental, composta pela atenção básica em saúde mental, que tem a unidade de saúde (posto de saúde) como referência. As ações possuem ênfase na promoção da prevenção, do tratamento e da reabilitação realizados por médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Da mesma forma, é realizada a atenção especializada em saúde mental, que serve de contrarreferência para apoio, assessoria ou supervisão aos serviços de atenção básica (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Com relação ao Programa Saúde da Família, sua criação ocorreu em 1994 pelo Ministério da Saúde, num cenário permeado pela focalização e reducionismo dos investimentos na área, ditados pelos organismos internacionais e na ótica do Estado mínimo (SOARES, 2000). Os esforços empreendidos visavam reorganizar a prática de atenção à saúde em novas

bases e substituir o modelo tradicional, constituindo-se em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua (HOFFMANN, 2007). Mais tarde é tomado como uma estratégia de organização do sistema e assumida, em 2006, no campo da Política Nacional de Atenção Básica. Estratégia, pois possibilitava “a integração do setor saúde, organizando suas atividades em território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados” (BRASIL, 1997, p.8).

Os avanços conquistados com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica relacionados com a determinação social e a visão de totalidade na saúde numa lógica de direitos humanos e cidadania vêm acompanhados com diversos desafios à saúde: a necessidade de mudanças na organização dos serviços, as intervenções de acordo com os novos dispositivos, dinâmicas diferentes para atingir os seus objetivos, distintas dos hospitais e ambulatórios tradicionais.

A saúde enquanto Determinação Social se opõe ao modelo explicativo biomédico, que restringe a saúde aos aspectos biológicos e assunto de cunho individual-curativo. Busca compreender a saúde como totalidade, que estabelece relação dialética entre o biológico e o social, tendo sua determinação maior na forma de produção e reprodução social. Considera, portanto, a saúde como reflexo da contradição de classes, resultante dos embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindo dos embates entre capital e trabalho. (MOREIRA, 2013, p. 113).

As mudanças são sentidas na concepção de saúde como algo mais abrangente que a simples ideia de ausência de doença, tornando-se inviável o cuidado em saúde sem considerar os demais fatores. Os processos que compõem o sofrimento psíquico são decorrentes da vida em sociedade, atravessada pelas desigualdades que decorrem da estruturação em classes, e, não necessariamente possuem causas biológicas.

Na perspectiva de atenção integral à saúde fica evidente a forma como são desenvolvidos os processos de trabalho, havendo a necessidade de contar com ações complementares, envolvendo a criação de espaços comunicativos. Tendo em vista que os serviços de saúde mental se dedicam aos casos mais graves, às crises e ao processo de desinstitucionalização de pessoas asiladas, uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS): 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua finalidade e forma de atuação junto à comunidade, a AB apresenta-se, potencialmente, como elemento estratégico no enfrentamento de agravos vinculados ao sofrimento psíquico apresentados pela demanda (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a atenção em saúde mental passa a ser feita dentro de uma rede de cuidados: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004). Essa rede corrobora com os pressupostos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), que traça como fundamental a formatação do manejo e tratamento dos transtornos mentais no contexto da Atenção Básica<sup>5</sup> por facilitar o acesso de um número maior de pessoas ao cuidado em saúde mental, reduzindo a adoção de tratamentos impróprios e proporcionar uma atenção de melhor qualidade.

Na linha do modelo de redes de cuidado-vínculo e acolhimento, com base na transversalidade com outras políticas específicas e no território, as ações de articulação entre atenção básica e saúde mental devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004), a saber: noção territorial; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Como analisam Castro, Oliveira e Campos. (2016), a partir de 2003, o Ministério da Saúde incorpora uma perspectiva de integração dos programas Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica. Ainda, em 2006, cria a Política Nacional de Promoção de Saúde, que visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entende-se então, a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades, visando o

---

<sup>5</sup> O histórico da articulação da Atenção Básica e Saúde Mental consiste nos seguintes eventos: os principais eventos: 2001 - Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica - Brasília/DF; 2002 - Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária: reorganização dos serviços e formação de RH - UFRJ – RJ; 2003 - Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva intitulada “Desafios da integração com a rede básica” - Brasília/DF; 2004 - Oficina “SM na AB: o vínculo e o diálogo necessários - Encontro de Coordenadores de SM e da Atenção Básica - Brasília/DF. (DIAS, 2010)

fortalecimento dos sujeitos e a produção de saúde (BRASIL, 2007). Assim, os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas que necessitem simplesmente de cura.

Todavia, somente em 2008, através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde formaliza uma nova política, denominada Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. Prevê recursos financeiros destinados especificamente para a contratação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para trabalhar de forma integrada e dar apoio às equipes de Saúde da Família, que utilizariam o arranjo estrutural Apoio Matricial, que será discutido posteriormente.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2013, p.20).

Cunha e Campos (2011) descrevem o trabalho desenvolvido pelo NASF e alertam para a evidência de alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, a indução para sua utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função. Além disso, na medida em que outros serviços especializados ainda não praticam o Apoio Matricial, o trabalho das equipes do NASF é maior, tanto pelo aprendizado mútuo quanto pelo isolamento que a atenção básica experimenta na relação com a rede assistencial.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe uma rede de serviços de saúde mental integrada e ampliada em relação à atenção às pessoas com transtornos mentais. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº

3.088, de 23 de dezembro de 201<sup>6</sup>, possui a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS fundamenta-se nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011). Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial.

No entanto, apesar do aprofundamento do processo de expansão e regionalização da rede de serviços ao longo desses dezesseis anos de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de seu notório potencial indutor de transformações e avanços no cenário assistencial do país (MACEDO et al. 2017) tem-se avistado tentativas de mudanças que representam retrocessos no campo da saúde mental através de medidas propostas pelo atual governo de Temer com o propósito de revisão da Política Nacional de Saúde Mental sem a participação e controle social, entre elas destacam-se: o fortalecimento, por meio de ampliação de recursos, das internações em Hospitais Psiquiátricos; a volta dos ambulatórios de saúde mental; as Comunidades Terapêuticas como serviços ou equipamentos da RAPS.

---

<sup>6</sup> Esta Portaria foi alterada em 2017, demonstrando alguns retrocessos que a Política de Saúde Mental tem sofrido recentemente no atual governo: criação de ambulatório de SM, como serviço intermediário entre AB e Caps; aumento de leitos no Hospital Geral com pagamento por diária (R\$185,00 diária); hospital psiquiátrico como parte da rede; fim do recurso incorporado do teto após o fechamento de Hospital Psiquiátrico, entre outras mudanças que retomam a lógica hospitalocêntrica e que reduzem investimentos em ações/serviços/Programas com base na inserção comunitária e social (BRASIL, 2017).

O debate sobre a proposta de revisão da política de saúde mental do atual governo vai além da disputa de um modelo de cuidado, considerando ser a disputa pelo fundo público um dos elementos centrais. Cabe destacar a histórica presença de entidades privadas na execução dos manicômios no Brasil, e o retorno do modelo hospitalocêntrico - que viola direitos - está no centro da questão da destinação de recursos em detrimento aos designados aos serviços substitutivos, com enfoque na terceirização e privatização da saúde pública sendo uma expressão do impacto do ideário gerencialista e neoliberal no âmbito do SUS. Corroborando com Bravo (2008, p. 21),

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Com base nesse pressuposto, entende-se que o ponto de partida para as reflexões sobre a Política de Saúde é o cenário político-econômico atual do Brasil, que vem sinalizando, no último período, em direção à desproteção social e ao acirramento da flexibilização, desregulamentação e precarização das relações de trabalho, através das iminentes reformas trabalhistas e previdenciárias e da já aprovada PEC do teto dos gastos públicos (Emenda Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 2016) - que congela as despesas do governo federal, com cifras corrigidas pela inflação por 20 anos, e limita o crescimento dos gastos públicos. Tais reformas são substanciadas por um projeto de enxugamento das responsabilidades estatais no que se refere à garantia dos direitos sociais e mais ativo na esfera das políticas econômicas, favorecendo o livre mercado, frente às necessidades de reestruturação do capital, de reinvenção e expansão de outras formas de acumulação do capital.

Diante das contradições do tempo presente em que “o predomínio do capital fetiche conduz a banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro” (IAMAMOTO, 2008, p.125), das perspectivas de desmonte da saúde pública e do SUS urge a necessidade de organização de estratégias de resistência em prol da defesa da saúde e do SUS estatal e de qualidade para todos. Alguns movimentos coletivos como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, evidenciam a importância dos sujeitos políticos

coletivos que visam fortalecer a construção de uma nova hegemonia, sendo necessária a resistência contra a mercantilização e privatização da saúde.

Portanto, aproximar-se de uma reflexão da política de saúde inscrita em um contexto sócio histórico atual, significa considerar o processo em curso de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito da saúde. E mais, além disso, buscar entender o trabalho de uma profissão, no caso o Serviço Social, e inseri-lo em um cenário mais amplo, numa perspectiva de superação de práticas imediatistas e pontuais, requerendo se assumir e priorizar a universalidade, a integralidade e a igualdade que se espera de nosso sistema de saúde.

Nesse sentido, enquanto tecnologia de trabalho utilizada pelos assistentes sociais na saúde, o tópico a seguir discorrerá sobre o apoio matricial em saúde mental, problematizando conceitos e aplicabilidade dessa ferramenta para o alcance dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a partir de uma relação dialógica entre atenção básica e atenção especializada, visando à integralidade do atendimento aos sujeitos com sofrimento psíquico.

### 2.3 APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UMA METODOLOGIA PARA O TRABALHO EM SAÚDE

No sentido de buscar a integralidade e atender ao requisito da territorialidade do cuidado, preconizado pelo SUS, destaca-se o papel dos serviços de Atenção Básica para a efetivação dos princípios basilares da Reforma Psiquiátrica. Ainda, a importância da atenção básica como um dos componentes da RAPS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para possibilitar o estabelecimento de vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população, de trabalho norteado por uma perspectiva ampliada acerca dos modos de vida, de saúde e de doença articuladas ao contexto familiar e cultural.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Dialogando com tais princípios, o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a

população. Essa proposta de apoio matricial e equipe de referência como recurso para a organização do trabalho em saúde na Atenção Básica, objetiva limitar a fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais.

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados em Saúde Mental à Atenção Básica. Essa metodologia de gestão do cuidado foi, inicialmente, adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde de Campinas-SP (1989), Belo Horizonte-MG e também na cidade de Rosário/Argentina. A partir de 2003, alguns programas do Ministério da Saúde – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/ Saúde da Família – também os incorporaram (CASTRO; CAMPOS, 2016).

O método de Apoio Matricial é composto por dois conceitos: o termo *matricial* traz a ideia de matriz, sugerindo que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, em detrimento à vertical, tradição dos sistemas de saúde. Já o termo *apoio* retirado do método Paidéia (CAMPOS, 2000) sugere uma metodologia para ordenar essa relação, não mais com base na autoridade, mas sim em conceitos dialógicos.

O contato entre os *profissionais-referência* e *apoiadores* pode ocorrer das seguintes maneiras: mediante a combinação de encontros periódicos e regulares - a cada semana, quinzena ou mais espaçados – em que se discutiriam casos clínicos selecionados pela equipe de saúde, elaboração de projetos terapêuticos, pactuação de linhas de intervenção e também diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Como também, para dar suporte aos casos imprevistos e urgentes que não pudessem esperar a reunião regular, utilizando meios diretos de comunicação, sempre levando em consideração a pactuação de diretrizes de risco e de acesso aos especialistas apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Tal processo pode ser materializado nas práticas de saúde de distintas formas: discussões de caso e de temáticas consideradas relevantes para as equipes; atendimentos individuais e grupais compartilhados; visitas e atendimentos domiciliares compartilhados; e, quando necessário, a equipe de apoio acolhe diretamente o sujeito em questão (BARROS, 2015).

Nas últimas décadas, esse arranjo organizacional para o trabalho em saúde, proposto por Campos (1999), ganha relevância, estabelecendo iniciativas conjuntas para enfrentamento às demandas em saúde mental para o atendimento conjunto de situações complexas. Campos (2000) considera que, para os profissionais de saúde substituírem ações epistemologicamente centradas no modelo biomédico por perspectivas nucleadas em modelos biopsicossociais, é imprescindível a transformação dos processos de trabalho, sobretudo a partir da incorporação da prática interdisciplinar. O apoio matricial constitui-se como estratégia fundamental para desterritorializar os profissionais de seu núcleo de saber específico e favorecer a busca de novas possibilidades de produção de saúde e a consolidação de um novo paradigma.

Estudos sobre o processo de trabalho em saúde informam que há uma hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença, e no ato prescritivo do médico, caracterizando um excessivo consumo de exames e medicamentos. Ao mesmo tempo, as relações de trabalho são hierárquicas, com valoração do conhecimento especializado, além de mediadas pelo alto consumo de equipamentos e medicamentos (PANIZZI et al. 2017, p. 157).

Como proposta de reordenamento do cuidado em saúde, o Apoio Matricial valoriza outras dimensões que não a biológica, subvertendo o modelo médico dominante, que se identifica na fragmentação do trabalho e no excesso de encaminhamentos desnecessários às diversas especialidades (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, CAMPOS, 2000).

Por se tratar de uma metodologia para ordenar relações interprofissionais dentro de um mesmo serviço ou na rede de saúde, possível de ser utilizada em várias áreas de saber especializado, depois de um tempo, se expandiu para outras áreas, como a reabilitação física, traumatologia, dermatologia e outros serviços especializados (CASTRO; CAMPOS, 2016, p. 457).

Entretanto, afirmam os autores, que devido à nova forma de gestão no SUS inaugurada na década de 1990, em que prevalecem parcerias entre público e privado, o modelo de atenção à saúde recebeu um aspecto de fragmentação, segmentação, desigualdade e foi orientado pela lógica da produtividade de procedimentos, prejudicando o potencial de plasticidade e resolutividade do Apoio Matricial.

No âmbito internacional, Castro e Campos (2016) referem estudo de Oliveira e Campos (2015) relacionando o trabalho interprofissional em saúde sob a denominação “Cuidado Compartilhado e Trabalho Colaborativo” com o Apoio Matricial, identificando que tal proposta vem sendo utilizada de forma sistemática em diversos países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, e iniciando em Portugal.

No Brasil, iniciativas de cuidado compartilhado e colaborativo entre equipes multiprofissionais tem sido implementadas em vários municípios do país, estudadas através de pesquisas que tratam do apoio matricial em saúde mental na atenção básica<sup>7</sup> (CASTRO; CAMPOS, 2016). Ressalta-se nessa articulação, a produção de um tipo de cuidado colaborativo entre as atenções de saúde mental e básica, desconstruindo um modelo tradicional de hierarquização/verticalidade dos sistemas de saúde: um encaminha e outro recebe, transferindo a responsabilidade ao encaminhar, geralmente por meio de informes escritos, formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolutividade.

O Apoio Matricial (ApM) vem sendo definido como uma estratégia de cogestão para o trabalho interprofissional e em rede, valorizando-se, nessa definição, a concepção ampliada do processo saúde/doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre os profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016, p. 1626).

Hirdes e Silva (2014) inferem que a supervisão e o suporte de especialistas, a sistematicidade dos encontros, a longitudinalidade, a capacitação de profissionais generalistas e especialistas, os cuidados coordenados em rede e os recursos invisíveis desempenham um papel central para a integração saúde mental e atenção primária. Em outro trabalho, Hirdes (2015) reforça que os resultados desse processo denotam a sustentação do trabalho por relações personalizadas, mediado por princípios como a interdisciplinaridade, o vínculo, a integralidade, a acessibilidade, a corresponsabilização e longitudinalidade.

---

<sup>7</sup> Nos artigos analisados por Castro e Campos (2016), os autores observaram a prevalência de investigações sobre o Apoio Matricial ligadas à sua aplicação metodológica na rede de saúde mental e sua articulação com a Atenção Básica (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; SILVEIRA, 2012; JORGE, Maria S.et al., 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; PINTO et al., 2012; MORAIS; TANAKA, 2012; QUINDERÉ et al., 2013; FREIRE; PICHELLI, 2013; AZEVEDO et al., 2013; BACHETTI, 2013; MINOZZO; COSTA, 2013).

Apesar das relevantes conquistas, há muito que se avançar quanto à efetivação das ações e serviços propostos, pois além da insuficiência de serviços para atender a população com sofrimento psíquico, há a necessidade de qualificar a formação dos profissionais que atuam na Política de Saúde Mental viabilizando a prática de ações baseadas na integralidade e intersetorialidade. Corroborando com Morais e Tanaka (2012, p.168),

O ApM tem o potencial de permitir a construção de novos processos de trabalho que põem em questão a necessidade de deter maior conhecimento teórico-prático e informações de saúde mental, com enfoque multi e transdisciplinar, questionando a formação tradicional nesta área de atenção.

Esse modelo de integração da saúde mental objetiva oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Implica a construção compartilhada de diretrizes sanitárias entre profissionais de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial. O profissional ou a equipe de referência têm a responsabilidade pela condução de um caso, quer seja individual, familiar ou comunitário. Ambos, apoio matricial e equipe de referência compreendem arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetivam a ampliação da clínica e a interação dialógica entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com base nessa metodologia, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) previu a inclusão na atenção básica de vários profissionais antes alocados somente em serviços especializados, com a criação dos NASF. Suas principais atividades na realização do Apoio Matricial são: atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; intervenções específicas do profissional NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso; ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada entre as equipes apoiadoras e de referência (BRASIL, 2009).

O trabalho de ambas (*equipe ApM e de EsF*) é norteado por diretrizes contidas em documentos ministeriais e municipais. Tais documentos são apenas um ponto de partida já que as práticas se delineiam de forma particular a depender das equipes (formação, experiência profissional,

integração, etc.), do território de abrangência, dos recursos, das condições de trabalho disponíveis e das características da população atendida (BARROS et al., 2015, p.2848- *grifos das autoras*).

Portanto, a forma de trabalho proposto leva em conta a realidade em que as equipes e os usuários estão inseridos, não havendo uma fórmula pronta de se fazer matriciamento, mas uma condução na forma de organizar o trabalho em saúde, enquanto um processo longitudinal, resolutivo e calcado em valores democráticos e em princípios de integralidade na atenção.

Cunha e Campos (2011) apontam que a reforma do modelo de gestão é sugerida tanto em função de valores democráticos quanto por reconhecer que diante de cada núcleo de poder político ou gerencial há contra poderes de usuários e de trabalhadores, com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos.

O Ministério da Saúde, através da Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização, preconiza o apoio matricial como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde.

O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009, p.130).

A complexidade das demandas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde implica a abrangência de distintos saberes, bem como o conhecimento dos serviços da rede e do papel que possui cada um, para que seja assegurado aos usuários da Política de Saúde o atendimento de suas múltiplas necessidades. Para isso, cada vez mais na área da saúde, tem-se observado o processo de reestruturação produtiva do cuidado, “apostando em processos relacionais, interdisciplinares e de corresponsabilização para um trabalho integrado entre as equipes, de apoio e referência, associando o trabalho e a educação no cotidiano” (PANIZZI et al, 2017, p. 157).

Figueiredo e Campos (2009) afirmam que o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades.

O ApM, ao favorecer a autonomia e as tomadas de decisão dos profissionais, produz uma resposta direta no atendimento à demanda na AB. É possível identificar que as práticas, quando revisitadas, intimam os profissionais a construir maior expertise no rol das ações da AB, especificamente as destinadas à atenção da saúde mental, o que conseqüentemente prenuncia a possibilidade de menor demanda aos serviços especializados (MORAIS; TANAKA, 2012, p.167).

Mudanças nas práticas profissionais e qualificação do trabalho em saúde, possibilitando maior resolutividade das ações no território provocado pela incorporação do AM, são propostas desta tecnologia. Em consonância com a perspectiva de integralidade, Lima e Dimenstein (2016) avigoram que o modelo de apoio matricial articulado à atenção primária advém de uma visão complementar e menos fragmentada do atendimento em Saúde Mental. A articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (EsF) e do CAPS pelo processo de matriciamento estabelece inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários.

Onocko-Campos et al. (2012) contribuem afirmando que as atividades do matriciamento em saúde mental disponibilizam ampliação de acesso e diversificação da atenção à saúde direcionada para a integralidade. O vínculo com o especialista, a estrutura das equipes de Saúde da Família e a troca de experiências e saberes são identificados como fatores facilitadores. A articulação em rede e o suporte sistemático e longitudinal de especialistas são fundamentais para a descentralização em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm também como finalidade articular ações de saúde mental no território, principalmente na Atenção Básica e o apoio matricial é uma das formas para esta articulação, pois objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de saúde.

Na lógica de produção de saúde, as equipes da atenção primária precisam ter apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde

mental. A integração das equipes potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas e comunidades e potencializa recursos de forma mais eficiente e efetiva, além de aumentar as habilidades e satisfação dos profissionais. Conforme Panizzi et al.(2007, p.168),

[...] para esta mudança nos processos de trabalho, além da adequação da formação e da incorporação de conhecimento, é necessária uma mudança na atitude dos profissionais, e, para isto, as estratégias pedagógicas orientadas pela educação permanente contribuem fundamentalmente.

Com o Apoio Matricial ocorre a construção compartilhada entre as equipes numa proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011). Trata-se de uma mudança fundamental na concepção e na forma de como deve ser o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde e adoecimento.

Concordando com Figueiredo e Onocko-Campos (2009), o principal propósito do Apoio Matricial em Saúde Mental está em desfazer a delimitação entre as diferentes disciplinas e tecnologias, através das discussões de caso e da regulação de fluxo, evitando práticas que levem à *psiquiatrização* e à *medicalização* do sofrimento humano. E de acordo com Campos e Domitti (2007) amplia possibilidades de integração e articulação entre as atenções e os serviços, desburocratizando-os, através de ações horizontais, somando componentes e seus distintos saberes e fazeres nos diferentes níveis assistenciais.

Nesse sentido, Campos (2000b) esclarece que existe o campo comum a todos e o núcleo específico de cada profissional, demarcando através do núcleo a identidade de uma determinada área do saber e da prática profissional e o campo, o espaço onde cada profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Considera-se necessária a conjugação das diferentes competências profissionais, conformando o campo, contanto que as atribuições sejam preservadas.

Na mesma direção Chiaverini et al. (2011) explica que matriciamento ou apoio matricial é uma nova maneira de se trabalhar na saúde, onde duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta

de intervenção pedagógico-terapêutica. Com isso, pode-se afirmar que o apoio matricial se diferencia do modo tradicional de atendimento na atenção básica, no qual ocorre apenas por um especialista. Essas intervenções são realizadas em conjunto e para que obtenham sucesso é necessário que os profissionais envolvidos tenham clareza de suas atribuições privativas, pois durante o desenvolvimento dos processos de trabalho, profissionais de diferentes áreas partilham o saber específico de cada um.

A partir da pesquisa realizada por Quindere et al. (2013), percebe-se que as discussões em saúde mental na atenção primária possibilitam a apropriação dos casos pelos trabalhadores da APS e promovem a aproximação entre as equipes. Deste modo influenciam na resolubilidade dos casos de saúde mental. Por outro lado, estes mesmos trabalhadores demonstram não se sentir instrumentalizados para intervir nos casos de saúde mental. Existe uma precipitação nos encaminhamentos dos usuários para os CAPS, dificultando a acessibilidade da assistência em saúde mental.

Como afirma Pinto (2012), no atendimento das demandas de saúde da população ainda prevalece a lógica do déficit patológico do viver, ou seja, nos agravos, doenças e crises. Por conseguinte, as redes assistenciais são interpostas nesta premissa emergente de cuidar na dor e na enfermidade, reduzindo, por vezes, o espectro da prevenção e da promoção em saúde, mantendo a condição de psiquiatrizado do usuário.

Ainda, o usuário depara-se com entraves no fluxo de atenção nas redes assistenciais caracterizados como dificuldades para a integralidade do cuidado em saúde. Consoante divulgado, as filas e as listas de espera para atendimento individual e, muitas vezes, de avaliação inicial emperram a possibilidade de superação da concepção hierarquizada do conjunto de serviços de saúde do SUS. Fica difícil para as equipes concretizarem uma abordagem mais integralizada, pois precisam dar conta de inúmeras demandas significativas para a saúde da comunidade.

Da mesma forma, Pinto (2012) percebe que na rede de atenção à saúde do SUS a produção do cuidado recorre à hegemônica prática assistencial fundamentada na operacionalização de procedimentos de cunho biologizante, quase sempre voltados para a cura ou a reabilitação. Dessa forma, o modelo de atenção baseado na promoção da saúde, preconizado na formulação das

políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas.

Dimenstein (2009) através de estudos apontam que não há clareza acerca da proposta de Apoio Matricial (ApM) e há uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida, além dos profissionais da Atenção Básica não se sentirem capacitados para tal, indicando a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo. Além disso, as possibilidades de referenciamento são pequenas em função da precariedade da rede de serviços substitutivos e destes com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. O trabalho compartilhado com o CAPS é ainda uma promessa e a resolubilidade assistencial delimita-se pelo reconhecimento das condições sociais da demanda pelas equipes e na superação de práticas medicamentalizadas de saúde. Por outro lado, as dificuldades de encaminhamento ao CAPS aparecem como barreiras à articulação em rede.

Cunha e Campos (2011) advertem para alguns problemas para este trabalho articulado, como a escassez de serviços especializados, levando à utilização do NASF de forma equivocada, em que por vezes, os profissionais do NASF acabam por *tapar furos* na ausência de um centro de referência especializado. Ainda, trazem para a discussão a valorização social, bem como a força simbólica e financeira dos serviços hospitalares e especializados, assim como de alguns profissionais das equipes, dificultando o reconhecimento da importância da complementaridade da rede assistencial, assim como do trabalho em equipe interdisciplinar com toda a sua pluralidade.

Além disso, há uma diversidade de compreensões sobre a organização do Apoio Matricial em Saúde Mental e seu papel na organização de redes de saúde, havendo diferentes entendimentos sobre sua operacionalização no contexto local, permitindo a coexistência de vários modelos. Desse modo, é possível existir diferentes formatos e direcionamentos, dados pelas gestões locais de saúde, o que tem impacto direto na defesa por diferentes modelos de saúde em disputa no SUS (LIMA, 2016).

A partir de Castro, Oliveira e Campos (2016), observa-se a incorporação do apoio matricial no fazer das equipes e a diversificação dos dispositivos terapêuticos, havendo a necessidade de aprimorar as avaliações e a importância da criação de espaços permanentes de análise sobre essa metodologia de

trabalho, a fim de realimentar sua potencialidade em transformar as práticas hegemônicas em saúde e contribuir para que as discussões geradas pelos profissionais possam ser significativas no interior das transformações políticas e assistenciais na área da Saúde Mental.

Apesar do Apoio Matricial ser um modelo alternativo de organização dos serviços, as diversas experiências implantadas no país, demonstram potencialidades e fragilidades apresentadas pelo apoio matricial no acolhimento da demanda e efetivação da atenção em saúde mental de qualidade. Contudo, salienta-se a importância da reflexão sobre o modo que tem sido implantado essa metodologia, a fim de não se reproduzir a lógica da fragmentação das especialidades e precarização do trabalho dos profissionais, bem como do referenciamento dos casos, tendo em vista uma melhor articulação e organização da rede de cuidado em saúde mental.

#### 2.4 INTERSETORIALIDADE: CONCEPÇÕES E DESAFIOS NO CAMPO DA SAÚDE

Durante a incursão teórica sobre a intersectorialidade identificou-se diversos pontos de vista, havendo uma polissemia acerca da temática, o que implica seu tratamento a partir de variáveis diversas. Trata-se de um tema complexo, principalmente para quem trabalha nas políticas sociais, quanto à necessidade de avançar de forma mais consistente na organização intersectorial do trabalho nas políticas.

De acordo com Bidarra (2009) apesar de consensual, mas com prerrogativas diferenciadas (motivação economicista ou de fundo político), há convicção de que é por meio da intersectorialidade que é possível abordar de forma ampla as problemáticas sociais em seu caráter complexo e multidimensional. No entanto, afirma a autora, é necessário estabelecer a base conceitual sobre a noção de intersectorialidade, que costuma ser identificada como uma articulação de saberes e experiências para o alcance de desenvolvimento social. Ainda deve-se considerar que a intersectorialidade não é um dado preexistente ou de fácil trato, pelo contrário, pactuá-la requer trabalho

árduo de construção política, acreditando ser esta alternativa a melhor opção por articular saberes e intervir nas políticas sociais<sup>8</sup>.

Inicialmente, considera-se que abordar o tema intersetorialidade requer situá-la no contexto atual da sociedade e das políticas sociais, considerando as novas e complexas expressões da questão social na cena contemporânea que atravessam a vida dos sujeitos das mais variadas formas. A atual crise estrutural do capital, “[...] que se estende por toda parte e viola nossa relação com a natureza, minando as condições fundamentais da sobrevivência humana” (MÉSZÁROS, 2009, p. 130), produz o acirramento do desmonte das políticas públicas e dos serviços a elas interligados. Como exemplo as propostas atuais de reformas trabalhista e previdenciária, desmonte do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, mercantilização da Educação, privatizações, convênios, sucateamento dos espaços de atendimento, formas de destituição da responsabilidade do Estado e a sua transferência para a solidariedade dos cidadãos.

Cabe ressaltar que a descentralização estabeleceu-se como categoria precursora da intersetorialidade, na medida em que ela propõe transferência de poder, especialmente para o nível municipal. Existem diferentes perspectivas em relação ao objetivo da descentralização: uma que visa à distribuição de poder até então centrado no nível federal, pautado pela luta das forças sociais contra a ditadura militar. Outra, defendida pelo campo progressista que percebe a descentralização como uma estratégia para reestruturação do Estado e democratização das relações de poder entre Estado e sociedade (JUNQUEIRA, 1997).

O próprio terreno contraditório da política pública faz da intersetorialidade uma proposta para o embate político, que envolve distintos projetos em disputa neste âmbito. O que requer uma divisão de responsabilidades entre entes governamentais, de recursos e de poder de decisão, de pactuação e de

---

<sup>8</sup> Considera-se o conceito de política pública e social trazido por Pereira (2008, p. 173): Ao contemplar todas as forças e agentes sociais comprometendo o Estado, a política social se afigura uma política pública, isto é, um tipo dentre outros de política pública. Ambas as designações (política social e política pública) são policies (políticas de ação) [...] Fazem parte desse gênero relativamente recente na pauta dos estudos políticos, todas as políticas (entre as quais a econômica) que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e execução de procedimentos e metas voltadas para a satisfação das necessidades sociais.

articulação que capaz de uma intervenção totalizante, rompendo a fragmentação e a setorialidade das políticas sociais (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Vários autores têm adensando as proposições teóricas sobre a intersetorialidade, com intuito de contribuir para sua efetivação, os quais serão aqui abordados acerca de suas considerações. Para Nascimento (2010), a incorporação da intersetorialidade passou a ser requisitada na implementação de políticas setoriais à medida que não se atingiam os níveis de eficácia, eficiência e efetividade esperados, especialmente, no que se refere ao atendimento das demandas da população. Inojosa (2001, p. 103), ao apontar para esta questão, é contundente: “[...] O aparato governamental é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações. Ninguém encara as pessoas e famílias como totalidades que são.”

Conforme Bellini e Faler, (2014, p.27), “a intersetorialidade se configura a partir da mediação da articulação e das vinculações integradas”, passando a ser valorizada no domínio das políticas setoriais, visando a sua efetividade por meio da articulação de saberes técnicos. Nascimento (2010, p. 96) corrobora, “já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e a compartilhar objetivos comuns”.

Assim, quando se implementam políticas públicas no país, constata-se que o nível de intersetorialidade decorre ora pela alegada escassez de recursos ora pela insatisfação das organizações quanto as respostas dadas às demandas sociais e aos problemas complexos dos cidadãos, não ficando claro se a defesa da ação intersetorial seria uma resposta à uma conjuntura de precariedade de recursos ou se os argumentos utilizados pautam-se numa referência ética-cultural democrática (BIDARRA, 2009).

Na direção política que reduz investimentos e cobertura estatal para as políticas sociais, a intersetorialidade é equiparada a um procedimento da reforma administrativa estatal, com vistas ao enxugamento e qualificação profissional para modernizar e agilizar a máquina estatal, desviando o debate político sobre os efeitos da reforma no sistema de seguridade social, chegando por decidir pela desobrigação do Estado na execução direta das políticas sociais (BIDARRA, 2009). Nesse viés, as ações intersetoriais são estimuladas enquanto complementares, intituladas como parcerias, que ainda contam com incentivos financeiros e que objetivam ampliar a atuação das organizações não

governamentais, “numa lógica economicista da contabilidade do Estado e da lógica cultural do fortalecimento da solidariedade” (MIOTO, 2002, p.52).

Em contraponto, se aposta na intersetorialidade das políticas no modo como afirma Sposati (2006, p.134), de que “ela não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar, ou seja, deve-se realizar uma combinação entre política setorial com intersetorial, e não contrapô-las no processo de gestão”. Assim, a proposta é unir ações com o foco em um fim, pautado “[...]no princípio da convergência da ação, devendo refletir uma racionalidade interna da ação governamental [...] O que a move é o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo” (SPOSATI, 2006, p. 140).

Portanto, partindo das considerações de Sposati (2006) e Bellini e Faller (2014), percebe-se a intersetorialidade é uma questão prática e coletiva, devendo ser enfrentada e conquistada, levando em conta que o trabalho intersetorial é um processo bastante complexo, que exige dos atores sociais uma mudança cultural, pois estão inseridos em um ambiente tradicionalmente setorial e “não está dada a priori, é um processo e não é solitário, não pode ser pensada, necessita de mãos e cabeças” (BELLINI; FALER, 2014, p.26).

Tendo em vista uma realidade complexa, são necessárias ações também complexas e totalizantes que possam ser pensadas e praticadas concretamente. Desse modo, Inojosa (2001, p. 105) afirma que a intersetorialidade pode ser entendida como uma “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.

A lógica dialética crítica de totalidade impressa pela intersetorialidade vai de encontro ao paradigma mecanicista e composto por divisões de disciplinas e especialidades para o paradigma, percebendo uma relação de complementaridade entre setores, entendendo que a “superação do modelo historicamente segmentado e pontual de intervenção das políticas sociais deve pressupor que nenhuma política social tem resolutividade integral em si mesma (BELLINI; FALER, 2014)”.

Para Junqueira (2000), trata-se de uma nova lógica de gestão pública, que busca superar a fragmentação das políticas. Todavia, esse processo, por vezes, se depara com a resistência de grupos de interesses, uma vez que essa nova forma de atuar implica mudanças nas práticas e na cultura das organizações

gestoras das políticas sociais. Porém, ressalta o autor, ações intersetoriais precisam do envolvimento de profissionais críticos e conscientes do alcance e da responsabilidade ética de sua intervenção e da intersectorialidade.

Outra contribuição relevante sobre a temática foi construída por Bronzo (2010) a partir de seu uso no enfrentamento a pobreza, articulando a compreensão de sua multicausalidade, do território onde ela se expressa. Ela parte da tese de que o processo de utilização dos arranjos intersetoriais devem ser sistemáticos e concretizados em vários planos da gestão “multiníveis”, desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais (planejamento) até a implementação das ações (arranjos de alta e baixa densidade), introduzindo inovações como gestão em rede, a descrição territorial ou mesmo possibilidades técnico-profissionais como o apoio matricial.

Concordando com Bronzo (2010), o uso de arranjos intersetoriais com base no território utilizando o planejamento das ações por níveis de gestão das ações em rede de forma sistemática, utilizando a metodologia do Apoio Matricial enquanto ferramenta para viabilizar a intersectorialidade, adquire relevância teórico metodológica e técnico operativa, traduzindo “uma intenção política de se investir em uma construção coletiva, que requer conhecimento da realidade e da demanda explicitadas pelos sujeitos que partilham projetos e compromissos políticos em comum” (BIDARRA, 2009, p.485).

Contudo, na construção de uma ação e relação intersectorial tem-se a necessidade de considerar a tendência de corporativismos e de atitudes defensivas, sendo preciso reforçar o investimento na aproximação e participação ativa dos sujeitos, na presença e no sentir-se parte e pertencente, considerando que a articulação entre os sujeitos/ setores/políticas possibilita melhor utilização dos recursos, alcance de melhores resultados em menor tempo, reduz resistências com completude entre as especificidades e resulta em impactos nas condições de vida da população.

Alinhado ao Projeto Ético-Político da profissão, a proposta de intersectorialidade alicerçada na participação dos sujeitos proporciona engajamento e reelaboração de valores e significados de liberdade e igualdade, bem como para os parâmetros de justiça social, e desafia os profissionais para práticas mais autônomas, pautadas no exercício da liberdade, no diálogo e na partilha de conhecimentos, poderes, saberes e de responsabilidades. Pois

“defender a intersectorialidade é um caminho para tecer as redes” (BIDARRA, 2009, p. 492) numa perspectiva democrática, que recusa o modelo historicamente vertical que predomina nas relações e na cultura política e institucional da sociedade brasileira.

Por isso o Trabalho com Redes teria o papel político de desmascarar o funcionamento da ideologia dominante. Permitiria a coletivização dos problemas e a concretização de um processo de participação nas vivências afetivas que, quando alimentadas pela análise ideológica, redundariam em questionamentos e confrontações que desembocariam também em ações coletivas (MIOTO, 2002, p. 55).

O trabalho em redes preconiza construção conjunta que evidencie propostas de direção social, projetos alinhados com a interlocução e conexão de “natureza horizontal, entre sujeitos que interagem sob a dinâmica das redes” (BIDARRA, 2009, p.493). Se expressa no desenvolvimento da perspectiva de integração dos polos e na atuação simultânea e complementar na tentativa de dar conta da fragilidade do trabalho fragmentado e precarizado, o que requer o comprometimento dos sujeitos que atuam e integram os serviços no sentido de garantia de direitos.

Para que se efetive o trabalho em redes, considerando o cenário atual brasileiro, “é preciso que as políticas públicas, e fundamentalmente, a macropolítica econômica, priorizem em sua agenda a pactuação, o desenho e o fluxo articulado para a implementação dos serviços que traduzam direitos” (BIDARRA, 2009, p.495-496).

Ademais, na direção do arcabouço teórico que cerca a intersectorialidade, temos a contribuição de Pereira (2014) sinalizando que essa estratégia deve estar ancorada numa perspectiva interdisciplinar, numa abertura a outros campos do saber. Indica que a adoção do mecanismo intersectorial e sua defesa, não significa a negação dos espaços setoriais (em se tratando de políticas públicas), mas, fundamentalmente da adoção de diálogo entre os setores.

A intersectorialidade, requerendo primordialmente à interdisciplinaridade, tida como um pilar estruturante da integralidade (NOGUEIRA; MIOTO, 2006), configura-se como meios de acesso e viabilização de serviços sociais e direitos, sendo no bojo do planejamento e da implementação das políticas sociais que se dará a atenção e a rede de cuidados aos sujeitos.

Nesse sentido, a intersetorialidade tem na sua base os fundamentos de um projeto de sociedade justa e igualitária, na medida que prioriza as pessoas, as comunidades e suas necessidades e não as necessidades do mercado. Parte-se do reconhecimento de que ações intersetoriais são formas de ruptura e resistência à compartimentalização e como prevenção à desresponsabilização das políticas, permitindo a definição de competências e responsabilidades, potencializando um atendimento integral aos sujeitos por meio das políticas sociais (BELLINI; FALER, 2014).

Diante do que foi exposto, fica claro que o desenvolvimento de uma ação intersetorial entre as políticas setoriais promove a ampliação do desempenho das mesmas e a superação da fragmentação da atenção, além de proporcionar um olhar mais amplo e integral às necessidades sociais da população.

Envolve a agregação de diferentes políticas sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção de redes municipais. Desse modo, transcende o caráter específico de cada política e potencializa as ações por elas desenvolvidas, ampliando a possibilidade de um atendimento menos compartimentado aos cidadãos que dela se utilizam (COUTO et al., 2012, p.54).

Dessa forma, a intersetorialidade deve promover a articulação entre distintos setores para contemplar as questões que se referem à complexidade da realidade da saúde, com ênfase na proposta de integração entre as políticas públicas especialmente políticas de saúde e de assistência social, que juntamente com a Previdência Social compõe o tripé da Seguridade Social, por isso, reforçam a importância da intersetorialidade.

A política de saúde concebe a intersetorialidade como a articulação entre diferentes setores para a materialização da promoção, prevenção e recuperação da saúde. A presença da intersetorialidade remonta aos documentos da OMS de 1961 e é na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, em 1978, realizada em Alma-Ata, que a ideia de intersetorialidade é explicitada pela primeira vez (ANDRADE, 2006). Nesse sentido a integralidade, demarcada no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma diretriz demanda o reordenamento das práticas profissionais, da organização do processo de trabalho e das políticas, de modo que as necessidades de saúde da população sejam pensadas e atendidas em sua totalidade (MATTOS, 2007).

O debate que historicamente se produz em torno da produção social da saúde demonstra que a mesma não pode ser forjada apenas pelo setor da saúde, mas em uma articulação intersetorial com demais setores. Entre os autores do campo da saúde coletiva há compreensão compartilhada de que a atuação, a partir das múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença incorporadas ao conceito de promoção da saúde é, de fato, promissora, mas também desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto técnico (TEIXEIRA; PAIM, 2000, CAMPOS, 2003).

Portanto, diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e sua totalidade, considerando que muitas das ações necessárias para a promoção da saúde envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde.

Para que haja aproximação com a concepção ampliada de saúde atingindo a proposta de ser universal e integral, faz-se necessária que a política de saúde esteja articulada com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde. Assim, “exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde” (D’ANDRÉA et al. 2010. p.139).

A intersetorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Estudo sobre a intersetorialidade na política de saúde constatou que ela se constitui em uma estratégia frequente na atividade profissional dos Assistentes Sociais, por “[...] mediar as articulações e aproximar o diálogo entre setores diversos” (CAVALCANTI; MACEDO, 2015, p. 209), tarefa necessária para contribuir para a resolutividade da atenção à saúde da população. Entre os elementos dificultadores do processo de desenvolvimento da ação intersetorial, Pansini (2011, p. 198) identificou “a falta de compromisso e de diálogo entre os

serviços, espaço físico inadequado, desconhecimento dos serviços da própria rede territorial e grande demanda por atendimentos”.

Estes profissionais indicam a intersetorialidade nos seus espaços de trabalho como estratégia para as políticas públicas se integrarem, constatada a fragmentação na oferta dos serviços à população. “Os assistentes sociais ressaltam que a gestão destas políticas ainda não criou canais capazes de consolidá-la. Ao contrário, as políticas sociais estão fragmentadas e focalizadas” (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p. 20).

Mioto e Schutz (2011, p. 14) evidenciam que “[...] os assistentes sociais tentam conceituar a intersetorialidade a partir de seu exercício profissional, mas nem sempre visualizam neste exercício a ação intersetorial”, considerando tarefa rotineira e naturalizando-a. Do mesmo modo, a intersetorialidade “[...] aparece por sua ausência no trabalho cotidiano, representado nos discursos pelos entraves à execução de uma prática intersetorial e não por sua expressão concreta” (idem).

Em pesquisa realizada por Bellini e Faler (2014), os profissionais apontam que a intersetorialidade pode tornar os cotidianos de trabalho mais produtivos e provocar sentimento de gratificação na medida que as ações intersetoriais revelam impactos mais efetivos e dão visibilidade às ações dos trabalhadores. Sendo que para isso, conforme Mioto e Nogueira (2006, p. 276-277) a intersetorialidade deve ser entendida:

como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabiliza um olhar ampliado das especificidades, que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Neste âmbito, um dos grandes desafios é construir relações interdisciplinares, fundamentais para a abordagem intersetorial nos serviços de saúde, em função da cultura de especialistas que neles se gesta. Em estudo sobre equipes multidisciplinares de saúde, Mioto (2007) aponta que as ações dos profissionais reforçam a hierarquia entre profissões, historicamente construídas, bem como condições desiguais de trabalho. Para a autora, dificultase a execução de um trabalho coletivo, uma vez que as práticas continuam isoladas e fragmentadas.

Nesse enfrentamento da construção da intersetorialidade, o desafio das disputas entre as categorias profissionais é relevante, mesmo quando o cotidiano é atravessado por demandas complexas e requerem respostas afinadas com tal complexidade. Considerando que neste caso, como refere Costa (2010, p. 219), “[...] a intersetorialidade não constitui objeto do conjunto das práticas em saúde e, como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão”. Isto revela que muitos profissionais têm dificuldades de incorporar a intersetorialidade enquanto uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas em sua concepção ampliada.

Portanto, as relações e estruturas presentes nas instituições responsáveis pela execução das políticas públicas são permeadas de dificuldades, obstáculos e contradições. São mazelas que, historicamente, impregnam os espaços, que deveriam estar concretizando direitos sociais. No campo da saúde, Costa (2010) aponta que uma das principais dificuldades é a incorporação da concepção ampliada de saúde e a organização fragmentada e setORIZADA do trabalho em saúde: a influência exercida pela lógica privatista e biomédica na rede de atendimento, priorizando ações pontuais e curativas em detrimento das práticas de prevenção e promoção de saúde.

Na mesma linha, Bellini e Faler (2014) advertem ser possível encontrar práticas que refletem tendências conservadoras e progressistas em um mesmo momento histórico, típicas das primeiras concepções de saúde no Brasil. O conservadorismo, explica as autoras, compartimenta os serviços e os usuários, somente podendo ser superado através de uma gestão fortalecida, da coletividade e da educação permanente.

O setor saúde deve não só buscar a intersetorialidade, como também ser receptiva a ela, como Monnerat e Souza (2011), Mito e Schutz (2011) e Andrade (2006), destacam, pois, o objetivo maior deve ser a construção de uma rede de proteção social na perspectiva da garantia de direitos e de melhores condições de vida. Desafios intrínsecos à sua realização são apontados por Campos (2003, p. 747), que assegura ser necessária “[...] a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população”.

Assim, entende-se que a atenção integral preconizada pelo SUS só pode ser efetivada na articulação com outros setores, envolvendo a criação de espaços comunicativos, estando diretamente relacionada à forma como são desenvolvidos os processos de trabalho. Nessa perspectiva é fundamental que a categoria profissional dos assistentes sociais se aproprie deste debate, a partir de reflexões que possam qualificar suas ações e que evidenciem as ações intersetoriais constantemente desenvolvidas em seu exercício profissional.

Ressalta-se que as ações intersetoriais no âmbito da tecnologia do apoio matricial em saúde mental, partem das experiências de discussões de problemas concretos do cotidiano em que diferentes atores aportam suas experiências e demandas e procuram soluções conjuntas, com a participação dos sujeitos envolvidos e compartilhamento de decisões e ações. Deste modo torna-se um mecanismo para a garantia do direito ao acesso à saúde, já que esta resulta de múltiplas políticas sociais para promover qualidade de vida que só pode ser alcançada através do acionamento e articulação entre atores e serviços como condição para a efetiva integralidade.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SEU PERCURSO NO CONTEXTO DA SAÚDE: HISTÓRIA E NOVOS DESAFIOS**

#### **3.1 OS ELOS ENTRE A PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES**

O Serviço Social enquanto profissão e a atuação do Assistente Social como trabalhador está inserido na divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista, cabendo a este profissional a venda de sua força de trabalho, assim como os demais trabalhadores. Para Iamamoto (1999, p. 27), “o Serviço Social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social”.

Elucidando a relação entre o Serviço Social e o modo de produção capitalista, observa-se que com o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais vinculadas a este processo, distintas necessidades sociais e impasses emergem, demandando novos profissionais especialmente qualificados. Partindo desse pressuposto, pode-se compreender a origem do Serviço Social como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho coletivo, em um contexto de desenvolvimento do capitalismo industrial e da expansão urbana, quando ocorre a consolidação das classes do proletariado e da burguesia.

Tal profissão configura-se, portanto como uma especialização do trabalho coletivo, ao ser expressão de necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais no ato de produzir e reproduzir os meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada (IAMAMOTO, 1986, p. 77).

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social. É a profissão que atua no campo das Políticas Sociais com o compromisso de

defesa e garantia dos Direitos Sociais da população, visando o fortalecimento da Democracia.

Conforme Behring; Boschetti (2016) a relação entre a política social e Serviço Social possui um vínculo ontológico, requisitado pelo movimento da realidade, numa relação histórica da profissão e do Estado Social com suas políticas sociais vinculadas ao movimento da totalidade concreta, da passagem do modo de produção capitalista de livre concorrência para o monopolista.

Coloca-se a análise da “questão social” como sendo indissociável das configurações assumidas pela relação entre capital e trabalho, implicando considerar a contradição entre as forças produtivas e o desenvolvimento da sociabilidade humana, num movimento em que a reprodução da desigualdade social acompanha a reprodução ampliada da riqueza. Nesta ordem, remete ao modo peculiar de produção e exploração que desde o século XIX revelava ser “[...] radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava”. Pois, pela primeira vez na história registrada “[...] a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 43).

O Estado passa a se preocupar com a classe trabalhadora, no anseio de que possíveis reivindicações atropelassem o andamento da produção na efervescência do processo de industrialização. Passa a adotar como estratégia o atendimento, em parte, das reivindicações populares que demandavam condições de reprodução, como alimentação, moradia e saúde, ampliando dessa forma as bases do reconhecimento da cidadania social, através de uma legislação social e salarial. A atitude do Estado em pensar e organizar políticas sociais em favor da classe trabalhadora visava principalmente o interesse do próprio Estado e das classes dominantes de atrelar as classes subalternas ao Estado, facilitando sua manipulação e **dominação (IAMAMOTO, 2009b).**

Dispondo de uma dimensão estrutural, a “questão social” atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania. (IANNI, 1992), no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos. Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos de cada um e de todos os indivíduos sociais. É nesse terreno de disputas que trabalham os assistentes sociais.

Assim, no período da década de 1930 no Brasil, surge a atuação profissional do Assistente Social com características normativas e educativas, intrinsecamente relacionadas com tais exigências, sendo chamados a trabalhar com a questão social que emergia decorrente do processo de industrialização e urbanização, ou seja, decorrente da relação capital/trabalho.

Com o crescimento da industrialização e das populações das áreas urbanas surge a necessidade de controlar a massa operária, e o Serviço Social irá colocar-se a serviço do capital, inserindo-se em estruturas institucionais, colaborando no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora (SODRÉ, 2010). Como afirmam Behring e Boschetti (2016, p. 123),

[...] é da combinação entre reação católica, projeto varguista e a questão social na cena pública impondo a necessidade de antecipar as possibilidades de insurgência e cooptar parcelas de trabalhadores, que nasce o Serviço Social no Brasil.

Nesse sentido, a atividade do profissional assistente social, como tantas outras profissões, esteve e permanece submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista. Ainda, pode-se sublinhar no curso da história, a relação entre trabalho, questão social, lutas de classe, política social e Serviço Social.

No campo do direito à Saúde, o assistente social conquistou sua importância e atualmente se tem maior entendimento das funções e atribuições nesse contexto. Não há como se falar da atuação do assistente social na saúde e não mencionar o fator essencial que o Serviço Social tem na Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece a “categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde [...]” (SOUZA, 2009, p. 05, 06).

Conforme Nogueira (2011), a preocupação com as ações do assistente social na área da saúde não é recente e tem sido objeto de reflexões por pesquisadores e assistentes sociais nos últimos dez anos. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe exigências aos assistentes sociais por novos saberes e novas práticas para responder de forma competente as demandas dos usuários e do próprio sistema nos demais espaços sócio

ocupacionais do setor, o que demandou um esforço analítico para qualificar teoricamente as respostas oferecidas por parcelas da categoria vinculadas profissionalmente ao vasto, complexo e diverso campo da saúde.

Assim, pode-se ter como suposto que a ação profissional em saúde se assenta em três pilares que permitem o trânsito dos teórico-metodológicos e dos princípios ético-políticos à concretude da intervenção: o direito à saúde; as necessidades sociais em saúde; e a produção da saúde (NOGUEIRA, 2011, p. 50).

O entendimento sobre o trabalho profissional do assistente social no campo da saúde traz desafios que vem desde sua inserção nesta área de atuação. Desde os primórdios da profissão, a ação profissional e os fundamentos que perpassam a intervenção profissional foram construídos e reconstruídos, permitindo mudanças importantes em sua direção nos espaços próprios aos cuidados de saúde.

Nesse contexto, a ação profissional é entendida pela ótica da totalidade, e a materialização do Projeto Ético-Político da profissão se realiza através de ações profissionais nas quais o Serviço Social tem longa trajetória.

As ações profissionais se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo. Parte-se da premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo à priori, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais (NOGUEIRA; MIOTO; 2009, p.09).

De acordo com Nogueira e Miotto (2006), as ações profissionais do assistente social no campo da saúde se articulam em eixos e processos que podem se diferenciar ou se aproximar entre si, integrando um processo coletivo de trabalho em saúde, pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, no direito a ter direitos, baseada na organização em torno das necessidades de saúde que abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços, o que exige uma consciência sanitária e ações operativas na concretização do direito.

Destaca-se que mesmo entendendo a relevância sobre a categoria trabalho para o Serviço Social e a complexidade teórica que o tema requer para aprofundamento e relevância, a perspectiva utilizada neste trabalho afina-se com os referenciais abordados pelas autoras Nogueira e Mito (2006), sobre a ação profissional do Serviço Social na saúde.

Retomando o resgate histórico da profissão na saúde, a década de 1940 marca a institucionalização do Serviço Social no país, fato ainda relacionado com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil, em consonância também com as mudanças que estavam ocorrendo no cenário internacional.

No contexto do desenvolvimentismo, o arcabouço técnico operativo orientado pelo tomismo e pela reação católica era extremamente limitado para a intervenção, seja nas grandes instituições de previdência e saúde – articuladas em boa parte desse período – assistenciais, como a LBA e a Fundação Leão XIII, seja no sistema SENAI, SESI, SESC, que vinham complexificando seus serviços e projetos desde os anos 1940 (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.125).

Nesse período, o Serviço Social brasileiro embasava-se no Serviço Social americano, com enfoque funcionalista, individualista e pontual sobre os problemas sociais, com abordagens isoladas e descoladas da história, com vistas à coesão social a partir da integração das situações desviantes e patológicas, numa atitude conservadora dentro das políticas sociais.

Nesta mesma década, Bravo; Matos (2006) afirmam que a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os Assistentes Sociais até os anos 2000. Esta ampliação dos espaços para a profissão na saúde foi possível também, devido ao reconhecimento em 1948 do conceito de saúde enfocando aspectos biopsicossociais, resultante da Conferência de Alma-Ata, em 1978, determinando também, por consequência, a requisição de outros profissionais no setor saúde.

Bravo e Matos (2006) destacam que a política de saúde estava organizada em dois subsectores que demandavam a presença do Serviço Social: o da saúde pública e o de medicina previdenciária, havendo maior ênfase para a ampliação dos serviços de assistência médica na Previdência Social, apesar do incremento de hospitais e centros de saúde.

A atuação do Serviço Social desde sua primeira inserção na área, através de uma “ação pioneira do Serviço Social no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, sob a denominação de Serviço Social Médico, criado pelo Decreto-lei 13.192” (CFESS, 1990 apud NOGUEIRA, 2005 p. 04), sedimentou suas ações na prática curativa com o objetivo de viabilizar aos usuários acesso aos serviços e benefícios, restringindo-se aos atendimentos individuais e de grupo, sendo um serviço muito mais institucional. Nessa lógica:

O Assistente Social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2006, p. 199).

A exigência do momento aos assistentes sociais concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar, e os profissionais eram considerados sujeitos importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Por outro lado, as referências teórico-políticas da profissão, que na saúde eram majoritariamente da clínica e da psiquiatria, ainda não permitiam o envolvimento com práticas mais progressistas.

Nesta década de 1940, a saúde vinha sendo debatida no mundo e para Bravo e Matos (2006), o “novo” conceito de saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. O papel do profissional era de educar seus usuários a terem hábitos saudáveis, “ajustando-os” na sociedade.

Percebe-se, portanto, que ainda nesse período, a atuação profissional permanecia submetida a uma atenção em saúde voltada para uma prática médica, educativa e higienista. Essa prática tinha uma orientação teórico-metodológica denominada pela categoria como Serviço Social tradicional, que a partir de 1960 foi questionada pela profissão. Esse processo estava articulado, sobretudo, com a perspectiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, cujo eixo do debate se centrava na contestação do Serviço Social importado, com práticas assistencialistas e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica (BRAVO, 1996, p. 88).

Inaugura-se no início da década de 1960 um novo direcionamento na atuação profissional, caracterizado como um processo de crítica ao Serviço

Social tradicional. No entanto, a renovação profissional materializada na reconceitualização viu-se estagnada por mais de uma década “[...] produto da brutal repressão que então se abateu sobre o pensamento crítico latino-americano” (NETTO, 2005, p. 10). Fica evidente que esse processo foi abortado pelo golpe de 1964 no Brasil, e a estratégia utilizada foi a implementação do projeto de modernização conservadora, no qual constituiu-se como primeira expressão do processo de renovação do Serviço Social. Conforme Bravo e Matos (2006, p. 05) “o projeto exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática”.

Nas décadas de 60 a 70 do século XX observa-se um contexto marcado pela reatualização do serviço social para modernizar a profissão e também pelas novas propostas na saúde, com um caráter mais preventivo, mas ainda centrado na abordagem individualizada. Netto (2005, p. 131) ressalta:

Entendemos por renovação o conjunto de características novas, que no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições (...), procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Parte da renovação do Serviço Social brasileiro foi no sentido de se incorporar à lógica desenvolvimentista e modernizadora em evidência na conjuntura brasileira. O período de renovação profissional em meio à ditadura se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura (NETTO, 1996a).

Nos anos 1980, década marcada pelos movimentos sociais e pelo envolvimento de diversos atores no cenário de lutas políticas, principalmente da saúde, é que o Serviço Social vai caminhar para uma tentativa de ruptura com seu conservadorismo e a área da saúde irá ganhar um enfoque mais crítico. No âmbito da saúde, mudanças significativas começam a ser sinalizadas, quando a luta pela democratização da saúde ganha corpo no Movimento pela Reforma Sanitária.

O Movimento de Reconceituação ocorrido no Serviço Social foi quase que simultâneo ao da saúde coletiva, o Movimento de Reforma Sanitária. Conforme Netto (2005) mesmo contida e pressionada nos limites de uma década, a reconceituação marcou o Serviço Social Latino-americano e foi a base para a renovação crítica do Serviço Social brasileiro na década de 1980.

O fato é que há uma inflexão teórica e político-profissional a partir dos anos 1970, [...] no Serviço Social brasileiro, que repercute na pesquisa, na reflexão teórica, qualifica o Serviço Social como área do conhecimento, e altera as referências ético-políticas profissionais, a exemplo dos Códigos de Ética do Assistente Social de 1986 e 1993, que apontam para o compromisso com os trabalhadores, suas demandas e direitos, o que implicou numa profunda alteração da relação que vimos debatendo até este momento (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.128).

O contexto de ampliação das liberdades democráticas, próprio da abertura política do momento, cria as condições para o fortalecimento do processo de intenção de ruptura com o conservadorismo da profissão. Soma-se a isso, a importância das entidades do Serviço Social no tocante ao desenho da Seguridade Social brasileira inscrito no marco constitucional de 1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2016). No entanto, para Bravo; Matos (2006, p.205),

[...] o Serviço Social na área da saúde chega à década de 90 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do movimento de reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.

A ação organizativa e o aprofundamento teórico da profissão expresso no Movimento de Reconceituação não influenciou o Serviço Social na saúde. Ou seja, o Serviço Social na saúde não se identifica de imediato com os temas do Movimento da Reconceituação e do Movimento da Reforma Sanitária, evidenciando que a prática profissional permanecia restrita às clínicas, com perspectiva curativa, distante das reflexões e ainda subalterna ao protagonismo médico.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO; MATOS, 2006, p. 204).

Apesar de avanços conquistados pelo Movimento Sanitário, e também no Serviço Social, estes não foram tão expressivos no segmento da categoria que atuava na saúde e a profissão só começa a atuar e lutar por direitos quando estes passam a ser garantidos por lei, ou seja, pós Constituição Federal promulgada em 1988. Reconhece-se, no entanto, que, apesar dessa postura em relação ao Movimento Sanitário, identificou-se que os assistentes sociais se sensibilizaram no que tange ao campo da saúde coletiva, iniciando sua participação em eventos na área, entre eles a VIII Conferência Nacional de Saúde, os Congressos de Saúde Coletiva e apresentados e debatidos trabalhos nos CBAS. Também houve uma preocupação em realizar estudos voltados para a profissão, aprofundando temas como direitos, assistência, cidadania e políticas públicas (BRAVO, 1996).

Assim como na Saúde, o Serviço Social possui duas teses, claramente opostas, como aponta Montaño (2009), que explicam a origem da profissão e influenciam o modo de ser e agir profissional. A primeira conhecida como perspectiva endogenista que atribui à origem do Serviço Social a profissionalização e qualificação das práticas de ajuda e filantropia. Com base nesta perspectiva, temos a prática profissional vinculada ao ajustamento social, à legitimação do poder vigente, à fragmentação da Questão Social e à individualização dos processos sociais. Tal perspectiva influencia fortemente a ação de muitos profissionais de outras áreas do conhecimento, e não apenas o Serviço Social, mas também muitos espaços ocupacionais, como é o caso da Saúde.

A segunda perspectiva, histórico-crítica, explica a origem do Serviço Social ligada ao surgimento da questão social, fruto das desigualdades sociais geradas pelo modo de produção capitalista. Com isso, de acordo com Iamamoto (2009), o Serviço Social é um produto histórico da sociedade burguesa que vislumbra a necessidade de uma profissão que atue na formulação e/ou implementação de políticas sociais atenuando os efeitos gerados pelo capital.

É consenso de que se trata de uma atividade inscrita predominantemente no terreno político e ideológico, com refrações nas condições materiais da existência dos sujeitos via serviços, programas e projetos implementados pelas políticas públicas -, com destaque para o campo da seguridade social e, nela, da assistência, que interferem no padrão de consumo e na qualidade de vida das famílias trabalhadoras (IAMAMOTO, 2008, p. 418).

Compreendendo o caráter contraditório da profissão de Serviço Social, percebe-se a possibilidade de no cotidiano o profissional direcionar suas ações buscando fortalecer os interesses da classe trabalhadora. É neste sentido que a categoria profissional dos assistentes sociais vem consolidando, desde a década de 1980, a compreensão acerca de um projeto profissional alternativo àquele condizente com a ordem social capitalista. Um projeto profissional construído sobre o aporte teórico-metodológico materialista histórico-dialético e sobre princípios éticos que tem como direção social incorporada a emancipação humana.

os projetos profissionais, construídos pela respectiva categoria: [...] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2006, p. 04).

Em síntese, o projeto profissional vincula-se a um projeto de transformação da sociedade diretamente relacionado com a dimensão política que a intervenção profissional impõe e, portanto, compreender o significado da profissão de Serviço Social nos marcos da divisão social e técnica do trabalho coletivo, impera compreender as tensões e contradições que compõem a sociedade de classes. Isto porque, conforme **salienta Yamamoto (2009b, p. 28):**

[...] é na tensão entre produção da desigualdade, da rebeldia e do conformismo que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos os quais tecem a vida em sociedade não podendo, portanto, deles livrar-se. Foram as tensões e as lutas sociais entre capital e trabalho conforme buscamos indicar que possibilitaram a Questão Social transcender o âmbito privado e atingir a esfera pública mediante a exigência de reconhecimento e formalização dos direitos sociais dos trabalhadores, os quais encontram-se consubstanciados nas políticas e serviços sociais, mediações fundamentais para o trabalho do assistente social.

Portanto, analisar as ações profissionais do assistente social nos espaços sócio ocupacionais em que atuam pressupõe considerar uma série de determinações e mediações, destacando sua condição de trabalhador assalariado junto com os demais assalariados e nesse sentido, a intervenção

profissional do assistente social se efetiva a partir da venda de sua força de trabalho especializada, a fim de custear sua manutenção e reprodução. Dessa forma Raichelis (2011) destaca o que considera ser uma primeira pontuação importante, a qual remete ao próprio reconhecimento do assistente social como trabalhador assalariado e as dificuldades para aprofundar a análise do conjunto de implicações decorrentes dessa relação no estágio atual do capitalismo contemporâneo.

O Serviço Social segue inserindo-se na Política de Saúde, sendo requisitado pelo Estado para atender aos interesses de legitimação da ordem dominante, expressando o tensionamento presente no trabalho profissional, tendo de um lado, as requisições do Estado e de outro os interesses da classe trabalhadora, sendo necessário ao profissional a mediação de interesses antagônicos e projetos societários em disputa e dentro desta proposta compartilha-se da compreensão de Raichelis (2011, p. 6, 7), a qual indica que

[...] exige um sujeito profissional qualificado capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, que tenha competência de propor, negociar com os empregadores privados ou públicos, defender projetos que ampliem direitos das classes subalternas, seu campo de trabalho e sua autonomia técnica, atribuições e prerrogativas profissionais. [...] Envolve o assistente social como intelectual capaz de realizar a apreensão crítica da realidade e do trabalho no contexto dos interesses sociais e da correlação de forças políticas que o tensionam; a construção de estratégias coletivas e de alianças políticas que possam reforçar direitos nas diferentes áreas de atuação na perspectiva de ampliar o protagonismo das classes subalternas na esfera pública.

Nesse contexto permeado por contradições e projetos societários em disputa, expressos na Política de Saúde o Serviço Social serve como estratégia do Estado tanto para a reprodução do capital, ao mesmo tempo para o atendimento das bandeiras de luta da classe trabalhadora. Assim, o Serviço Social que possui um projeto profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora vê-se no tensionamento entre o atendimento das requisições institucionais e o atendimento dos interesses da classe trabalhadora.

A partir das contradições de classes que determinam a profissão – e daí a dimensão política da prática profissional, (...) os assistentes sociais podem, desde que num ambiente de democracia política – o que significa afirmar que tal democracia é um pressuposto para a própria existência do Projeto Ético-Político –, escolher caminhos, construir estratégias político-profissionais e definir os rumos da atuação e, com isso, projetar ações que demarquem claramente os compromissos (ético-políticos) profissionais. O

que está a dizer é que nosso projeto é expressão das contradições que particularizam a profissão e que seus princípios e valores (...) colidem (são mesmo antagônicas em sua essência) com os pilares fundamentais que sustentam a ordem do capital (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p.11).

Partindo de um ambiente democrático instituído no país, combinado com a nova Constituição Federal de 1988 e a VIII Conferência Nacional de Saúde, novos princípios e formas de organização foram incorporados aos serviços de saúde, trazendo o conceito ampliado de saúde relacionado com as políticas sociais e econômicas, entendida como um direito de cidadania, com ações e serviços de relevância pública, incluindo a saúde no campo da Seguridade Social e criando o SUS.

Neste momento histórico, constata-se uma relação entre o Projeto Ético-Político e o de Reforma Sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.

Apesar de avanços importantes na consolidação do SUS, a década de 1990 é caracterizada por um governo neoliberal, o que se confronta com a profissão e seu Projeto Ético-Político, pois se percebe cada vez mais que as políticas estão focalizadas e o profissional tem dificuldade em garantir os direitos sociais, pois de acordo com Behring; Boschetti (2016, p.132),

Em contexto de crise, as políticas sociais são os principais alvos da mercantilização, da focalização, da privatização, da transformação de bens e serviços em mercadorias destinadas a manter aquecido o consumo e a competitividade, e sofrem diretamente a ofensiva capitalista em sua permanente busca por superlucros.

No que se refere à profissão, no início da década de 1990, o Serviço Social apresentou avanços em seu aspecto legal, institucional, acadêmico e político, materializando-se na construção do Projeto Ético-Político da profissão sustentado no Código de Ética e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos em 1993 e nas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação aprovadas em 1996.

No entanto, como afirma Soares (2010), a Reforma do Estado tencionada em 1990 e flexibilizada nos anos 2000, provocou grandes impactos na política

de saúde e no interior do SUS, constituindo-se num espaço de intensos conflitos e contradições. Esses impactos vêm atingindo o trabalho do assistente social na saúde pública, ampliando a complexidade das problemáticas que lhe são apresentadas cotidianamente.

Em sua peleja para assegurar direitos e universalizar as políticas sociais, as/os assistentes sociais são duramente tensionados com exigências institucionais para endurecer critérios de elegibilidade, estabelecer ou ampliar condicionalidades e contrapartidas, focalizar benefícios sociais; desenvolver serviços sem as devidas condições financeiras e institucionais, transferir cuidados e proteção públicos às famílias e/ou organizações não governamentais, entre outras demandas que impõe intransponíveis limites à universalização das políticas e dos direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p.132).

Todavia, a política de saúde ao refletir a racionalidade hegemônica, determina os espaços de trabalho profissional e indica as tendências na forma de atuação do assistente social. Apesar de abertos novos espaços de atuação profissional na saúde depois do SUS, possibilitando o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, a atuação do Serviço Social, nas últimas duas décadas, permanece centrada na atenção de média e alta complexidade, sendo predominantemente assistencial.

Assim, mesmo tendo incorporado ao longo de sua trajetória histórica, outras competências que extrapolam a assistência propriamente dita, o assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência numa política cujo conteúdo assistencial, fragmentado, precarizado e focalizado tem sido uma de suas tendências mais presentes (SOARES, 2010, p.353).

Assim como na saúde, as tendências e prioridades de políticas sociais de cunho assistencial, de forma fragmentada, precária e focalizada são facetas de um sistema que precisam ser descortinadas, situando-as na totalidade histórica, com o propósito de desafiar a profissão a não cair no voluntarismo e pragmatismo presentes nos primórdios de sua constituição, e sim, compreender as implicações da crise nas políticas sociais e na vida da classe trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2016). Ainda parafraseando estas autoras:

[...] cabe ao profissional entender e desmistificar as interpretações superficiais e equivocadas da crise, que a restringem aos seus efeitos e não reconhecem suas causas, enraizadas no antagonismo entre produção social e apropriação privada da riqueza (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 132).

Cabe ressaltar que o assistente social é um trabalhador e vive as mesmas condições de precariedade e remuneração que atinge a maioria da classe trabalhadora, desafiado a vivenciar situações de desvalorização e desqualificação profissional em seu cotidiano de trabalho, entre outras facetas que tendem a rebaixar a formação e o exercício profissional. Ainda assim, compete a ele sustentar a direção social e a consciência hegemônica da direção profissional no sentido de manter processos democráticos decisórios aliançados ao Projeto Ético-Político da profissão, sem concessões ao “gigante que nunca dorme”: o capital, nas palavras de Behring e Boschetti (2016).

O Projeto Ético-político do Serviço Social, que se institucionaliza como direção social da profissão a duas décadas, tem suas prerrogativas no Código de Ética Profissional. Este tem como núcleo a “liberdade como valor central, [...] concebida historicamente como possibilidade de escolher entre alternativas concretas” (NETTO, 1999, p. 104). Esse núcleo, por sua vez, implica compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais.

Vincula-se, ainda, a um projeto societário, o qual propõe a construção de uma nova ordem social sem dominação ou exploração de classe etnia e gênero, afirmando a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do preconceito e contemplando positivamente o pluralismo na sociedade e no exercício profissional.

Considera a dimensão política articulada à dimensão ética do exercício profissional, uma vez que se posiciona a favor da equidade e da justiça social na perspectiva da universalização do acesso aos bens e serviços; da ampliação e consolidação da cidadania como condição para a garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras e do princípio democrático da socialização da participação política e social da riqueza socialmente produzida.

E, do ponto de vista profissional, assume o compromisso com a competência, com base no aprimoramento intelectual do profissional e com ênfase numa formação acadêmica qualificada, alicerçada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social.

O projeto profissional consiste na articulação entre a dimensão macro societária e a dimensão profissional, considerando assim, o terreno sócio

histórico sobre o qual a profissão se movimenta com seus limites e possibilidades juntamente com a compreensão das respostas técnico-profissionais dos assistentes sociais. Estas que expressam, por sua vez, como estão sendo apropriadas e redefinidas pela categoria profissional a realidade e as imposições macro societárias (IAMAMOTO, 2004). A autora, após analisar os desafios colocados ao Serviço Social na atualidade, aponta três dimensões das competências do trabalho e da formação do assistente social:

- 1) *Competência ético-política*: o assistente social não é um profissional “neutro” e suas ações profissionais se materializam no marco das relações de poder e de forças sociais contraditórias da sociedade capitalista. Portanto, assumir um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social e ter clareza quanto à direção social da profissão, implicam em assumir valores ético-morais que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e que sustentam uma postura profissional que articula sua intervenção aos interesses das classes trabalhadoras;
- 2) *Competência teórico-metodológica*: o profissional deve ser qualificado para compreender e desvelar a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita explicar essa sociedade e os fenômenos particulares que a constituem em seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;
- 3) *Competência técnico-operativa*: referem-se aos elementos e habilidades técnicas e instrumentais para o desenvolvimento da intervenção junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não-governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim, tanto uma inserção quanto respostas qualificadas às demandas impostas pela realidade social.

Essas três dimensões de competências têm relação intrínseca entre si, e o desafio profissional impera na necessidade de articulação entre teoria e prática, investigação e intervenção, pesquisa e ação, ciência e técnica, condição para a formulação de respostas profissionais que atribuam materialidade aos princípios ético-políticos norteadores (IAMAMOTO, 2004).

Cabe ao profissional, nos diferentes espaços sócio ocupacionais, apropriar-se das teorias que embasam a profissão, das ferramentas teórico-metodológicas e, sobretudo, reafirmar na coletividade a competência técnica do assistente social. Estas estão consubstanciadas, além do referido Código de Ética, na Lei de Regulamentação \_ lei nº 8.662, artigo 4º, e nas Diretrizes Curriculares de 1996:

As competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permitem ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe e seu próprio processo de trabalho (ABESS, 1997, p.67).

Mioto (2009) corrobora as dimensões que configuram o tripé da competência profissional: Ético-Político, que diz respeito ao posicionamento e compromisso político com a classe trabalhadora; Teórico-Metodológico, que constitui a apropriação de um referencial teórico crítico para a leitura da realidade social; e, Técnico-Operativo, que refere-se ao saber fazer. Portanto, “[...] é impossível conceber a ação profissional de forma isolada das dimensões teóricas, éticas e técnicas da profissão e separadas entre si, pois uma depende da outra, numa relação dialética” (MIOTO, 2009, p. 39).

Dessa forma, aponta-se a importância de apropriação teórica conceitual sobre a política em que o profissional está inserido, a fim de evitar uma incorporação acrítica de conceitos e propostas. A ofensiva neoconservadora gera repercussões nos âmbitos social, econômico, político, ideológico e cultural, com refrações que recaem sobre a sociedade e com grandes implicações sobre o Serviço Social e o seu projeto profissional crítico, pois fortalece a razão instrumental e fragiliza os paradigmas críticos, desarticulando o tripé da competência profissional (NETTO, 1996; SIMIONATTO, 2009).

Orientar o trabalho profissional nos rumos aludidos requisita um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Um profissional informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas também um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento,

negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade (IAMAMOTO, 2004).

Considera-se que a trajetória do Serviço Social na saúde possibilitou a aquisição de conhecimentos que qualificaram o profissional para atuar na equipe de saúde como articulador do “recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (NOGUEIRA, 2005, p. 190).

Nesse sentido, a contribuição do assistente social no campo da saúde deve-se ao debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e demarca ainda hoje um posicionamento macro político que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades. Não é recente o conflito em que o assistente social se insere e que demarca os interesses polarizados entre as instituições sociais e as necessidades dos usuários na busca pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais (CFESS, 2010).

Atuar na questão social por meio das políticas sociais representa apenas uma parte da ação de todo o compromisso profissional do Serviço Social. No campo da saúde não é diferente, considerando não existir uma única forma de fazer do assistente social, visto que o trabalho é atividade de um sujeito vivo, enquanto realização de faculdades, possibilidades e capacidades do sujeito trabalhador (IAMAMOTO, 2008).

O objetivo da profissão na saúde, como retrata o CFESS (2010, p. 26) “[...] passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.” Desta forma, trabalha-se o indivíduo como um todo, pois para o SUS, os trabalhadores devem ter uma visão generalista para atender a demanda populacional.

A apreensão da determinação social da saúde pelo Serviço Social e sua vinculação, quando seus profissionais atuam na saúde, perpassa pelo campo do conhecimento das ciências sociais em saúde. Esse vínculo fortalece a base das ações profissionais, sem enfraquecer a especificidade disciplinar do Serviço

Social, tendo em vista que a ação profissional pressupõe a apropriação crítica dos aspectos sociais que constituem o processo saúde-doença.

Em outros termos, resgata o significado e relevância da ação profissional junto aos micros espaços no setor saúde, contribuindo para “recheiar” o andaime construído pela reforma sanitária em suas dimensões política, teórica e operativa (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 228).

O documento do CFESS (2010, p. 28), estabelece os Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na área de saúde, expostos no Quadro 1:

**Quadro 1 – Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**

1. Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
2. Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
3. Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
4. Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
5. Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
6. Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
7. Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
8. Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Fonte: Sistematização da autora.

Assim, o assistente social pode contribuir levantando e sistematizando dados sobre a realidade socioeconômica dos usuários; divulgando e propiciando

o acesso às informações pelos usuários, visto que o assistente social tem a seu favor sua prática educativa que traz a informação perpassada em todas as suas atividades; e incentivando a participação da comunidade junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso, seu campo de atuação.

É, pois, competência do assistente social contribuir para o acesso aos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, uma vez que, a partir desta, a participação da sociedade civil organizada é estimulada através da descentralização político administrativa, da municipalização e da criação dos conselhos gestores de políticas públicas e também, dos conselhos de direito.

Todavia, independente do serviço ou tecnologia da saúde, sendo na Atenção Básica, Média ou de Alta Complexidade, atuar na perspectiva da garantia do direito à saúde, pela socialização de informações, desburocratização dos serviços e rotinas, ampliando espaços para discussão com a comunidade, gestão e controle social, pressupõe que o/a assistente social tenha condições de “[...] captar o que há de social na saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual, [...] de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência”. (VASCONCELOS, 2006a, p. 450).

Ao assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. E por isso, como afirma Iamamoto (1999, p. 20), um dos maiores desafios para o profissional nesse campo é o de “decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo”.

Desenvolvemos uma ação educativa na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los e contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos. Afirmamos o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2014, p.618-619).

Todavia, trabalhar nas políticas públicas que impactam diretamente sobre a vida requer quebrar posturas estanques e padronizadas. Como analisa

lamamoto (2008), representa repensar as ferramentas de trabalho, mas principalmente repensar o próprio trabalho do assistente social como potência, constituinte — um trabalho que trará à tona manifestações da questão social que se conectam na sua dimensão micro e macro política na rotina de atuação desse profissional. Prates (2003, p. 01) aponta que o desafio atual do Serviço Social

[...] se inscreve mais do que nunca, na realidade concreta, no acirramento do projeto neoliberal que fragmenta, focaliza e precariza as políticas sociais. Espaço este de atuação do Serviço Social, exigindo dos profissionais resistência às forças alienantes presente no cotidiano profissional, dialogando com os princípios que orientam o Projeto Profissional e com o compromisso ético e político com os interesses da classe trabalhadora, na busca constante pela construção de estratégias de atuação nos diferentes espaços que se inserem, dentre eles a Política de Saúde.

### 3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA E NO APOIO MATRICIAL

A Rede de Atenção à Saúde é constituída por um conjunto de serviços que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado, que interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. A operacionalização da RAS se dá pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção (BRASIL, 2010).

Tendo em vista a organização da RAS com seus atributos e Redes Prioritárias (BRASIL, 2017), destacam-se as funções executadas pela Atenção Básica na RAS constituindo-se enquanto base e ordenadora das redes, estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde de forma resolutiva.

Nesse sentido, a inserção profissional do assistente social na Atenção Básica está envolvida em um debate tanto na categoria profissional como na política de saúde. Os debates do Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde do CFESS, em 2008, trazem alguns indicativos em relação a isso:

[...] sugerem que os(as) Assistentes Sociais devem ter uma dupla inserção na Saúde da Família: tanto na composição das equipes definidas como “mínimas” ou “básicas”, como nos NASF, com atribuições diferenciadas. Na

SF, devem se voltar para o desenvolvimento de ações socioeducativas; no NASF, devem atuar na capacitação de profissionais, no planejamento estratégico das ações e na assessoria às equipes da Saúde da Família (VASCONCELOS, 2009, p. 22).

A autora revela que existem duas posições: uma que acredita que o assistente social não deve se incorporar às Equipes de Saúde da Família (ESF), pelos aspectos contraditórios e mercadológicos envolvidos [na estratégia], e outro, que não desconsidera tais aspectos, mas entende enquanto campo de potencialidades e de enfrentamento político para a defesa dos princípios do SUS<sup>9</sup>.

Conforme citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), na ESF os profissionais atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade, se caracterizando também

[...] por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Ibidem, p. 01).

Apesar da constatação de que o modelo biomédico ainda predomina nos serviços do setor saúde (VASCONCELOS, 2009), embora a proposição do sistema e das políticas constituídas adote um conceito ampliado de saúde. Isso não significa que a inclusão do Serviço Social vá sanar essa lacuna ou que tê-lo na equipe, o “social” será de responsabilidade de um profissional específico. No entanto, faz-se necessário avançar de uma explicação biomédica da doença para uma interpretação social do processo saúde/doença, bem como, abordar a problemática de saúde como fenômeno coletivo e o profissional de Serviço Social pode contribuir nesse sentido.

O reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que abrange os modos de vida, a garantia da qualidade de vida, os direitos sociais, identifica o Serviço Social no campo de atuação do Programa de Saúde da Família como área de excelência para seu trabalho (HOFFMANN, 2007, p.115).

---

<sup>9</sup> Sobre este debate e as demandas da categoria em nível nacional consultar Vasconcelos, 2009.

Portanto, afinada com as funções da atenção básica na RAPS, o trabalho do assistente social possibilita conhecer a realidade social das famílias e dos territórios, qualificando o planejamento e a atenção em saúde, através da compreensão de como as iniquidades sociais impactam no cotidiano de determinado território e na vida dos sujeitos. A partir dessas condições, torna-se possível construir juntamente com o usuário, estratégias possíveis de acesso aos direitos sociais e ao exercício da cidadania, pressupondo para isso, a identificação, articulação e disposição da rede de proteção social.

O ponto chave das ações profissionais do assistente social na saúde, e especificamente na articulação de território, equipes multiprofissionais e o contexto macrossocial embasa-se na competência profissional de identificar as expressões da questão social que atravessam os processos de saúde/doença dos usuários, a partir da perspectiva dos determinantes sociais, fator primordial para pensar a saúde por um viés de totalidade numa perspectiva de integralidade.

Ainda, a contribuição do Serviço Social pode estar alicerçada na promoção da saúde, incluindo perspectivas e estratégias que vão além da doença, mas, sobretudo, aquelas que incidem sobre o modo e as condições de vida das pessoas e grupos sociais, utilizando de uma abordagem voltada para a intersetorialidade, por considerá-la transversal no cotidiano dos serviços de saúde com vistas à integralidade. E principalmente, considerando que a atuação de assistentes sociais tem se voltado para construir a articulação entre os diversos setores e políticas sociais, inclusive, conforme demonstra o estudo de Costa (2006, p. 341):

Pode-se afirmar que o assistente social se insere no interior de processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações.

Outra linha de atuação extremamente pertinente e para a qual o Serviço Social pode contribuir na Atenção Básica é a da educação em saúde, entendida como um processo educativo baseado no diálogo entre saber científico e popular, bem como na inter-relação entre profissionais, usuários (as) e

organizações sociais, visando o alargamento do cuidado à saúde a partir dos interesses, do pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS, 1997).

A intersectorialidade ou a educação em saúde não são áreas específicas do assistente social, pois toda a equipe precisa considerar as determinações sociais do processo saúde-doença, envolver-se com práticas intersectoriais e educativas. Contudo, o profissional de Serviço Social possui competência para colaborar com sua consecução e para fortalecer a adoção da promoção da saúde na rotina dos serviços (VASCONCELOS, 2008).

A atuação do profissional tem particularidades como toda profissão, pois de acordo com Netto e Carvalho (2012), o Serviço Social não atua sobre uma única necessidade humana, nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe; sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade.

O Serviço Social possui modos particulares de plasmar suas racionalidades que conforma um 'modo de operar', o qual não se realiza sem instrumentos técnicos, políticos e teóricos, tampouco sem uma direção finalística e pressupostos éticos, que incorporam o projeto profissional (GUERRA, 2007, p.203).

A ação profissional do assistente social é realizada por meio da mediação, do saber teórico-político e de instrumentais teórico-metodológicos que imprimem um sentido a sua atuação profissional. A instrumentalidade pressupõe ao assistente social o uso dos instrumentais técnicos operativos da profissão (relatórios, cadastros, fichas, encaminhamentos, entre outros) com uma determinada intencionalidade.

Esta intencionalidade parte de uma percepção que considera além das manifestações físicas dos sujeitos, os processos envolvidos de âmbito social, em consonância com o conceito ampliado de saúde, que de acordo com Mito e Nogueira (2009, p. 228) "refere-se à aceitação que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano".

É nesse sentido que o profissional de Serviço Social junto às equipes de saúde, seja na ESF, NASF, Apoio Matricial, entre outras pode atuar nesse

espaço constituído de contradições, através da dimensão educativa da profissão, parafraseando Martinelli (1998, p.141): [...] somos educadores no sentido pleno do termo, trabalhamos com a consciência, com a linguagem que 'é relação social', trabalhando valores e proporcionando vivências potencialmente democráticas, capazes de fortalecer a participação na elaboração de projetos, possibilitando a construção coletiva e a problematização de uma cultura de subalternidade e de tutela, colaborando assim para a construção de experiências que viabilizem a autonomia e a consciência crítica.

Merece destaque a dimensão educativa da profissão, considerando que ao longo da história de implantação do SUS, as principais demandas postas ao Serviço Social foram e continuam sendo relacionadas às contradições presentes no próprio processo de reorganização do sistema em relação às necessidades de saúde da população usuária dos serviços do SUS. Como destaca COSTA (2000), tais contradições permeiam todo o processo do modelo de gestão e atenção em saúde, a racionalização, hierarquização por níveis de complexidade (básica, média e alta complexidade), descentralização e democratização do acesso, inclusive modificando os processos de trabalho dos profissionais de saúde.

Dentro desse panorama de reordenamento do sistema, o assistente social é requisitado por realizar atividades que incidem sobre comportamentos e atitudes da população, tendo na linguagem seu principal instrumento privilegiado de ação, o que lhe permite conhecer e trabalhar nas expressões concretas das relações sociais, no cotidiano da vida dos sujeitos e faz com que disponha de relativa autonomia na condução do exercício de suas funções institucionais (IAMAMOTO, 2008). Suas ações podem ou não materializar direitos e estar afinados com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, tendo em vista que os assistentes sociais “assumem inevitavelmente, posições hegemônicas ou contra hegemônicas e, portanto, possuem determinada orientação ético-política - reconhecendo ou não isso” (SILVA, 2008, p.05).

Enquanto categoria profissional que pode compor a equipe multiprofissional do NASF, o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2009), destaca que o profissional assistente social no NASF tem como um dos objetivos desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários, que contribua e incentive no processo de fortalecimento da autonomia e da

organização pessoal do usuário, entre outros. No entanto faz-se necessário ressaltar que toda ação deve ser desenvolvida de forma interdisciplinar e integrada com os demais profissionais das equipes, partindo de um conhecimento aprofundado do território de abrangência, de seu perfil epidemiológico, do mapeamento das situações e áreas de maior risco.

O CFESS (2010) aponta que as ações profissionais do assistente social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (CFESS, 2010).

A direção apontada remete a intersetorialidade, permitindo uma articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes, vontades. A integralidade é outra direção que pode ser considerada como a principal diretriz do NASF e que poderá contribuir na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

Ainda, as ações do assistente social devem promover o desenvolvimento de toda comunidade, fortalecendo os espaços sociais, comunitários e locais em geral, percebidos através de conselhos e conferências. No documento BRASIL (2010) estão estabelecidos os seguintes objetivos para o Serviço Social no NASF, conforme expostos no Quadro 2.

Contudo é premente que o profissional ao se inserir em um espaço ocupacional tenha conhecimento histórico e crítico deste ambiente, sabendo que as situações demandadas pelo empregador, neste caso, o Estado, podem ser para o ajustamento e para a compensação. O NASF surge como apoio as ESFs e traz em sua equipe a proposta de contar com o assistente social, profissional capaz de trabalhar com questão social nas suas mais variadas expressões, e atuar na defesa dos direitos sociais, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade.

## Quadro 2 - Objetivos para o Serviço Social no NASF.

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros (BRASIL, 2010 p. 90).

Fonte: Sistematização da autora.

Em pesquisa realizada por Santos e Lanza (2014), há a afirmação de que existe uma frágil definição quanto à intervenção profissional no AM realizada pelos NASFs, o que pode reforçar as incertezas e inseguranças nos profissionais, bem como nos gestores que possuem o papel de formatar a proposta e demarcar quais profissionais irão compor as equipes. Em tese, essa definição dar-se-ia pelas necessidades de saúde apresentadas pela realidade do município, mas se torna mais complexa à medida que não se clarifica as possibilidades da atuação dos profissionais. Nesse caminho,

[...] o matriciamento em Saúde da Família tem como referencial as elaborações do campo da Saúde Coletiva que, apesar de ter uma produção em franca expansão, não contempla na totalidade as necessidades dos assistentes sociais que se propõem a atuar nessa perspectiva (SANTOS; LANZA, 2014, p. 235).

Apesar disso, a possibilidade de inserção do assistente social no AM aponta para um espaço profícuo em diversidade e possibilidades para esse profissional. O que requer ser decifrado em suas contradições, potencialidades, particularidades e relações de trabalho nas quais se inscreve. Conforme destacam Santos e Lanza (2014), há, ainda, ausência de práticas desse cunho nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, publicado em 2010 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que além de não apontar o matriciamento como parte do processo de trabalho do assistente social na saúde, tampouco localiza o NASF como espaço sócio ocupacional.

Ainda que a inserção de profissionais do Serviço Social na Atenção Básica seja reduzida, os NAS, preveem que: [...] as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2008).

Apesar do distanciamento do Serviço Social das construções em torno do NASF, evidenciado na ausência da temática no meio profissional, é possível afirmar que:

O perfil profissional demandado no trabalho dos Núcleos dialoga com as perspectivas construídas na lógica da instrumentalidade profissional, quais sejam: os aspectos teleológicos da ação do NASF, os aspectos ético-políticos, os aspectos teórico-metodológicos e a interdisciplinaridade. Tais correlações se traduzem na defesa dos direitos sociais, na qualidade dos serviços e na superação do trabalho fragmentado, favorecendo a interdisciplinaridade e o campo da saúde coletiva, em detrimento do campo isolado das profissões. (SANTOS; LANZA, 2014, p. 238).

Para atuação na perspectiva do matriciamento, o apoiador deve contar com conhecimentos e propostas de ações no âmbito da saúde coletiva, “[...] um

espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000b, p. 220), que, em geral, excedem as ações produzidas em seu núcleo profissional ou conhecimento técnico.

É necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais. São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

Concorda-se com autora que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. Considera-se necessária a conjugação das diferentes competências profissionais, conformando o campo, contanto que as atribuições sejam preservadas, sendo importante destacar que na interdisciplinariedade, “[...] a sua complexidade consiste precisamente na sua própria construção, que é impregnada de trocas e articulações, mas profundas entre os diferentes elementos participantes” (MENDES et al, 2008, p.54). A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais constituídos.

As ações de apoio realizadas pelos profissionais assistentes sociais, como afirmam Santos e Lanza, (2014), imprimem contribuições por meio de suas habilidades e conhecimentos, e que o processo de trabalho estabelecido e legitimado, torna-se uma estratégia importante para a construção de vínculos no cotidiano do trabalho. Desse modo,

[...] é potente, ainda, para horizontalizar as relações, uma vez que o profissional vive os êxitos e frustrações da ação cotidiana, assim como dotar a relação de processos que induzem um trabalho criativo e produtor de cuidado, de modo mais qualificado e efetivo (SANTOS; LANZA, 2014, p. 238).

Tal modelo pode ser reproduzido em outras experiências de trabalho interprofissional, servindo ainda, para reconstruir o modo de operar o trabalho das equipes de saúde da família as quais apoiam, contribuindo para que as interpretações das equipes de referência ultrapassem a questão biológica.

O assistente social tem sido demandado pelas equipes a descortinar e traduzir a realidade em suas múltiplas mediações, sendo chamado a dar proposições às questões identificadas no modo de viver das famílias atendidas. Essa perspectiva remete à particularidade do profissional de Serviço Social, forjada por meio de sua formação acadêmica e da construção sócio histórica de sua instrumentalidade.

O momento em que se encontra o trabalho dos assistentes sociais no NASF nos sugere que a atuação desse profissional encontra-se em fase de transição entre o trabalho tradicional e uma prática inovadora. Revela-nos também que o assistente social tem muito a contribuir, desde que o cotidiano do seu trabalho esteja calcado no fortalecimento das práticas interdisciplinares e na perspectiva política que encerra o matriciamento, ou seja, a superação do modelo médico-hegemônico (SANTOS; LANZA, 2014, p. 244).

As ações em saúde sedimentam determinada concepção de saúde, doença e cuidado, que se vincula a um dos projetos de saúde em disputa no país. Dessa forma, a atuação do assistente social nos diferentes formatos de Apoio Matricial existentes, ainda que alicerçados num projeto de saúde democrático, favorece a um ou a outro projeto.

Sendo assim, cabe ao profissional assistente social projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida a partir de seu trabalho profissional, contemplando o seu movimento, suas metamorfoses, suas contradições e seus nexos de articulação. Utilizar, com habilidade conquistada e construída, qualquer técnica ou instrumento, desde que iluminada por referenciais teóricos e por um Projeto Ético-Político, parece ser hoje uma questão fundamental que preocupa, instiga e desafia o Serviço Social (PRATES, 2003).

Ter clareza da implicação ético-política de sua ação possibilita qualificá-la e, talvez, seja essa uma importante contribuição do assistente social nas equipes de Apoio Matricial no contexto da Política de Saúde, tendo em vista seu direcionamento social, que assim como o matriciamento, não tem um caráter neutro e despretensioso, ambos se inserem na defesa da saúde pública universal. De acordo com Santos e Lanza (2014, p. 242), “sem a dimensão política, o apoio matricial perde parte de sua característica, correndo o risco de ser mais um elemento ou uma atividade sobreposta às atuações do SUS, estéril e com pouco alcance”.

O conjunto desses elementos sugere que o apoiador matricial tenha que aglutinar certa habilidade para atuar entre os modelos e processos de trabalho em saúde. Os apoiadores devem ter capacidade de agenciar e aproximar pessoas, favorecer espaços de conversa e negociação. Assim, é possível destacar que o papel do apoio sempre encerra uma teleologia. Isso porque, no perfil predominante das instituições ou no modo hegemônico de cuidado, o apoiador teria a principal contribuição de interferir no estado das coisas e, para tanto, o conjunto de atividades estaria direcionado em contribuir para ampliar a visão dos sujeitos envolvidos sobre o que está posto, construindo outras possibilidades a partir de sucessivas aproximações.

Como destacam Santos e Lanza (2014, p. 245):

[...] a ausência de referências para o trabalho do assistente social revela um importante distanciamento entre o que a categoria tem assumido enquanto produção teórica e prática na área da saúde e as atividades próprias do NASF.

Novas construções acerca dessas práticas podem contribuir para superar a visão reducionista da área social e sua desqualificação, explicitada através do formato de alguns programas de saúde em âmbito nacional. Estes tem expressado escassa preocupação com uma ação técnica competente, desqualificando os aspectos relacionados ao social e contrapondo-se à concepção ampliada de saúde, obtendo poucos resultados e com baixa resolutividade (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Estudos realizados por Bellini e Closs (2012) apontam que o contingente profissional inserido em unidades básicas do SUS sofreu uma redução na década de 90 do século XX, contexto de adesão do Estado aos pressupostos neoliberais enquanto proposta teórica inspiradora das políticas econômicas e sociais. Permeada por políticas de minimização do Estado interventor no campo social, amplia-se a adoção do Programa Saúde da Família (PSF) e da atenção básica como estratégias de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do SUS, em um contexto de intensificação da focalização e da privatização da saúde.

É nesse contexto que a atuação do Serviço Social nas equipes de apoio matricial em saúde mental encontra grandes desafios, entre eles: desqualificação do social nos programas de saúde, o que sinaliza uma visão

reducionista da área social; a desmitificação de que o assistente social é um profissional da assistência social que trabalha restritamente com as famílias vulneráveis; o enfoque do trabalho interdisciplinar e intersetorial enquanto processo mediador de direitos, o que preconiza a qualificação constante do profissional inserido nesse campo de intervenção. Para tanto, os profissionais a partir da clareza de suas atribuições e competências, devem priorizar ações que possam transpor o caráter emergencial das demandas apresentadas pelos usuários, direcionando-se por estratégias socioeducativas e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

Assim, como Santos; Lanza (2014) evidenciam não se pode perder de vista o espírito investigativo e crítico, além da formação continuada para fortalecer e reelaborar constantemente um conjunto de competências necessárias para a atuação tensionada/profissional, vislumbrando novos espaços de trabalho nesta nova fase do capitalismo global.

Significa ir além do atendimento assistencial direto à população, compreendendo que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania, efetivando o direito à saúde, bem como por ações intersetoriais, educação, mobilização em saúde e formação de redes de proteção social, como forma de provocar mudanças significativas nos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à melhoria do atendimento e as respostas às necessidades de saúde.

A proposta quanto ao Serviço Social no matriciamento inaugura novas possibilidades de se construir ações diferenciadas no campo da saúde e introduz legitimidade a atuação desse profissional, que possui grande mérito no trato com o social - questão que atravessa o processo de trabalho e demanda intervenções das mais diversas áreas.

### 3.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E O APOIO MATRICIAL

Os princípios da reforma psiquiátrica remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimentos psíquico, pois suas condições de vida geralmente evidenciam todas as contradições presentes na realidade sócio histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros e das grades dos manicômios, encontram-se amarrados às estruturas sociais difíceis de serem quebradas, estruturas essas constituídas na sociedade.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica orienta-se pelos direitos civis das pessoas com transtornos mentais, isto é, se insere na luta das minorias sociais pelas liberdades básicas, tais como: circular pela cidade e convívio social (ROSA; MELO, 2009, p. 76). Essa nova concepção de saúde mental visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultando na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

Tal perspectiva se sintoniza com o conceito ampliado de saúde advogado pelo Sistema Único de Saúde, reforçado pela Constituição Federal de 1988, em que os determinantes sociais do processo saúde-doença ganham destaque. [...]. Emerge assim um novo paradigma, baseado na promoção da saúde, onde a qualidade de vida e a atenção integral são ressaltadas (ROSA; MELO, 2009, p.78).

A Reforma Psiquiátrica rompe o modelo biomédico e psicologizante da questão social para um modelo psicossocial pautado no reconhecimento da cidadania e da subjetividade na produção da loucura. E o Serviço Social dentro dessa nova lógica, tem trabalhado nas múltiplas expressões da questão social que emergem no campo da saúde mental, contribuindo para a garantia dos direitos humanos e sociais.

A inserção do assistente social em saúde mental no Brasil, a partir dos anos 90 tem por determinante o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, isto é, todo um processo de “crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria (AMARANTE, 1996, p. 22)

Nos novos cenários a identidade do assistente social em saúde mental encontra-se em processo de construção, sendo determinada por vários elementos: fatores macroestruturais, que historicamente condicionam a emergência da profissão neste campo; pelos documentos legais que delimitam as competências e atribuições dos assistentes sociais, em especial a Lei de Regulamentação da Profissão, pelo o Código de Ética Profissional, pela Resolução CFESS nº 383/99 de 29 de março de 1999 que caracteriza o assistente social como profissional da saúde; Resolução CFESS nº 493/2006, de

21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social; pela sua visão de mundo e prática profissional (ROSA; MELO, 2009, p.88).

Com a aprovação da lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, o objetivo do tratamento passou a ser a reabilitação do paciente ou, então, o máximo de melhora para a sua reinserção na família, na comunidade e, quando possível, no trabalho. Além disso, as informações acerca da doença e do tratamento devem ser devidamente esclarecidas ao paciente.

A internação não é mais prioridade na saúde mental, pois só será realizada quando todas as demais formas de tratamento forem descartadas pelo médico e pela equipe. Conforme prevê o artigo 4º da referida Lei, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Além do mais, o tratamento deve ser realizado por meio de uma equipe multiprofissional e que preste atendimento integral envolvendo várias políticas sociais. A lei, em seu artigo 4º, §3º, também afirma que é proibida a internação de paciente em instituições com características asilares, reafirmando a prioridade de realização do tratamento no meio familiar, com o suporte técnico dos serviços e políticas públicas tanto para a família quanto para o paciente.

Em 2011, a Portaria n. 3.088, refere as diretrizes para o funcionamento da rede de atenção da saúde mental:

- I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III — Combate a estigmas e preconceitos;
- IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras

drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011b, p. 3).

Considerando o modelo de atendimento previsto com base na comunidade, em serviços substitutivos aos manicomiais, a importância do Serviço Social na Saúde Mental cresceu, ainda mais, com a inclusão dos usuários e familiares nas políticas, com ações de cidadania e de direitos do sujeito, a partir das expressões da questão social vivenciadas pelos mesmos.

O fazer do assistente social está localizado na trama das relações loucura/exclusão/ discriminação e política de saúde mental/políticas públicas, que vão se delineando e se particularizando no cotidiano na questão social (MACHADO, 2009, p. 83).

A concepção de atendimento ao sujeito com transtorno mental enquanto sujeito portador de direitos legitima o Serviço Social enquanto um profissional que tem um papel diferenciado para complementar a equipe multidisciplinar nos CAPS, que promove na rede uma articulação de direitos sociais:

[...] que o destaque conferido aos direitos sociais está ligado à construção do “novo” habitus (produto do Projeto Ético-Político da Profissão) que impulsiona um “novo” capital simbólico, que é fortalecido pela orientação da Reforma Psiquiátrica e pelas conquistas democráticas presentes na Constituição (1988, que garante na forma legal os direitos sociais e que permitem à profissão acioná-los no enfrentamento da questão social). (MACHADO, 2009, p. 105).

O Serviço Social trabalha na garantia de direitos sociais nas esferas privadas e nas públicas, com a gestão de políticas sociais, planejamentos, formulação e avaliação de programas, projetos e serviços. Sua capacitação, que o habilita a estar à frente das mais diversas realidades, o possibilitando atuar no campo da saúde mental, considerando que a questão social se expressa nas mais diversas formas, trazendo impasses para as equipes multidisciplinares.

Sobre as expressões da questão social que surgem nos serviços de saúde mental, Machado (2013, p.112) as caracteriza em duas: material e cultural. Material por que “[...] a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi, e continua a ser composta por pessoas em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho”. Cultural, pois permanece o estigma e preconceito que ronda a pessoa com transtorno

mental, considerada perigosa e incapaz. “Para o enfrentamento dessa realidade, portanto, faz-se necessário o trabalho do assistente social, que ocupa assim um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes” (LEME, 2013, p. 14).

Entre os serviços típicos da reforma psiquiátrica, Caps, Caps infanto-juvenil, Caps álcool e drogas, residências terapêuticas e atenção primária, observa-se os assistentes sociais assumindo uma multiplicidade de funções, sobretudo como gestores, coordenadores, planejadores, técnicos, supervisores, dentre outras (ROSA; MELO, 2009, p. 85).

Nesses diferentes espaços sócio ocupacionais é comum a intervenção do assistente social ser compartilhada com a equipe multiprofissional, tornando-se um processo coletivo e democrático (MACHADO, 2009) de partilhamento e trocas de saberes, no sentido de problematizar e refletir sobre a demanda e suas implicações no contexto concreto da realidade dos usuários. Estes apresentam formas de vulnerabilidade que têm implicações no acesso a outras políticas sociais, que são:

A primeira é “material”, pois a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi e continua a ser composta de sujeitos em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho. A segunda é “cultural”: o “louco” é (ainda) reconhecido como sujeito “estigmatizado”. Ainda é visto como “um outro ameaçador” que comete atos violentos, sua fala é “incoerente”, “alienada”, sendo muitas vezes considerado perigoso para a sociedade (MACHADO, 2009, p. 81).

Sabemos que diariamente as ações profissionais esbarram nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como falta de estrutura física e de acesso dos serviços. No entanto, possui uma relativa autonomia na medida em que é corresponsável tanto pela direção imprimida às suas atividades quanto pela maneira como as conduz (IAMAMOTO, 1986), o que possibilita ao assistente social incorporar em seu cotidiano ações que caminham em sintonia com o Projeto Ético-Político (IAMAMOTO, 2009a).

Nesse caminho, a noção de coletivo ganha relevância, sem perder de vista as diferenças e tensões, no sentido de articulação e defesa intransigente dos valores e princípios da profissão que aponta para o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde de forma integral, levando em conta as fragilidades encontradas no cotidiano profissional.

[...] a rede de saúde se mostra como um conjunto de pontos fragilmente articulados e burocratizados. No caso da saúde mental, essa situação se agrava, pois, historicamente, sempre houve a fragmentação dos serviços de saúde mental da rede de saúde em geral, consolidando o modelo hospitalocêntrico. Isso gerou uma exclusão do portador de transtorno mental da rede de saúde geral bem como do meio social. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 643).

Tal realidade dificulta o atendimento dos usuários de saúde mental na atenção básica, uma porque as equipes dos próprios CAPS tem resistência em dar suporte e retaguarda aos profissionais da AB, configurando-se em mais uma tarefa a ser executada na rotina dos serviços (DIMENSTEIN, 2009); e outra, que os profissionais dos outros serviços de saúde não se sentem capacitados à demanda de saúde mental, sendo que a falta de articulação entre os serviços e as intervenções fragmentadas e pouco flexíveis acabam por manter a circulação dos usuários no circuito psiquiátrico (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Diante desse contexto, com o intuito de forjar ações que contribuam na materialidade do projeto político do Serviço Social, tem-se a proposta do Apoio Matricial (AM) como modelo que possibilita a reorganização do trabalho e se configura como uma metodologia para a saúde. Espera-se com essa metodologia proporcionar uma integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões e a corresponsabilização na atenção à saúde mental.

Com efeito, a inclusão de ações de saúde mental na AB já se tornou um subsídio elementar para a adoção, por completo, dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Essa tendência percebe a saúde mental como parte constituinte da saúde coletiva e, por isso, deve oferecer atenção em todos os níveis de saúde, acolhendo o usuário e suas demandas como todos os outros que necessitam dos serviços de saúde nas demais especialidades, como sujeito ativo, participativo e de direito (JORGE, et al, 2014, p. 70).

Com destaque, a perspectiva de Saúde Mental aqui abordada está alicerçada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e para que esta perspectiva se efetive no cotidiano dos serviços, ela só pode se efetivar enquanto parte da saúde coletiva, tendo em vista todas as dimensões sociais da vida dos sujeitos, a ênfase recai sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Assim, utiliza-se a expressão Apoio Matricial em Saúde mental neste trabalho, conferindo uma visão de totalidade às questões de saúde mental

que historicamente tem sido compartimentadas e colocadas em “caixinhas” nos serviços de saúde.

Ressalta-se, a relevância da ação profissional do assistente social na Saúde Mental, através de uma práxis que vise transformar a realidade e que seja pautada nos princípios e valores estabelecidos no Projeto Ético-Político da profissão. Agrega-se a isso, a importância de uma intervenção comprometida com processos sociais que objetivem a emancipação e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Nessa perspectiva, as ações de Apoio Matricial em Saúde mental desenvolvidas pelos profissionais, representam uma metodologia que pretende alterar as tradicionais formas de atenção em saúde, buscando-se o fortalecimento da rede, do território e do cuidado integral aos sujeitos de direitos.

A saúde há muito tempo tem privilegiado um modelo curativo e hierarquizado entre os profissionais de saúde, centrado na doença e nas ações dos profissionais médicos, os quais detêm maior valorização nesse campo. Neste contexto, o AM visa o acompanhamento longitudinal e integral do caso de forma que não fragmente o atendimento ao usuário do SUS, evitando que cada profissional da saúde atenda o usuário dentro de sua especialidade sem articulá-la com os saberes dos demais profissionais que compõem a equipe.

De acordo com Dommitti e Campos (2007, p.400):

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral.

Com relação às ações profissionais dos assistentes sociais no Apoio Matricial, cabe ressaltar a escassa produção teórica a respeito do tema pela categoria profissional. A partir da revisão bibliográfica sobre a temática no Serviço Social, destaca-se que a maioria das produções são referentes ao desenvolvimento da metodologia nos NASFs, havendo raras reflexões no campo da Saúde Mental, âmbito em que se desenvolveu a metodologia para integração da Saúde Mental e Atenção Básica (CAMPOS, 1999).

Compreende-se que o assistente social é importante dentro da equipe por suas atribuições, ao reconhecer os determinantes sociais do território e na

elaboração de estratégias de educação permanente e de gestão do trabalho entre equipes de referência. Deste modo, o assistente social em conjunto com as demais categorias profissionais, deve dirigir seu trabalho numa perspectiva para compreensão da realidade em que o sujeito está inserido. A partir desse entendimento é possível o desenvolvimento de intervenções para além da tradicional visão focada na doença, articulando atores e serviços da rede numa visão de totalidade e de integralidade

Além da importância da qualificação do processo de trabalho previsto pelo matriciamento, entende-se que as análises devem estar engendradas num contexto maior, o que preconiza um entendimento submetido ao objetivo final, que é a superação do modelo médico-hegemônico e o posicionamento em favor do conceito ampliado de saúde como direito social.

As expressões de entusiasmo que envolve o Apoio Matricial podem ser entendidas pela potência que apresentam quanto à possibilidade de construir ações diferenciadas no campo da saúde coletiva, compreendendo a saúde mental. Entende-se que essa perspectiva não permite a construção de receitas ou métodos únicos, pois ele se desenvolve no campo das relações, e enquanto conceito, o matriciamento se configura como um dispositivo que visa à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemônica, capazes de criar linhas de transversalidade nas estruturas dos serviços e equipes de saúde.

É importante, também, que a categoria não fique preocupada apenas com as possibilidades de inserção nas equipes, mas com a “forma” como essa inclusão vai se operar e com os desafios em termos do projeto profissional que vai ser adotado. Formação, avaliação e discussão sobre a inserção da categoria enquanto profissional matriciador é, no momento atual, um debate imprescindível que a categoria precisa enfrentar, considerando sempre o contexto contraditório em que a profissão se insere,

devendo ter clareza do lugar que a mesma ocupa na sociedade de classes, e entendimento do tensionamento presente no exercício profissional entre os princípios do Projeto Profissional (o compromisso com os interesses da classe trabalhadora) e as requisições do Estado à profissão (SILVEIRA, 2017, p. 98).

Em destaque, enquanto campo profissional do Serviço Social na área da saúde, o matriciamento pode se configurar um modo de atuação potente e estratégico para o fortalecimento das políticas e serviços da saúde, construção de ações de cuidado integrais e o aprofundamento da saúde como um direito de cidadania. Além disso, considera-se a importância da intersectorialidade que deve permitir a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes, vontades; bem como, a integralidade enquanto principal diretriz desta organização, de forma a afastar o risco da fragmentação e viabilizar processos garantidores de direitos.

Portanto, enquanto estratégia inovadora, o Apoio Matricial apresenta inúmeros desafios ao assistente social, devendo estar pautada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo, possibilitando assim que o profissional estabeleça um olhar crítico para o enfrentamento da realidade, realizando juntamente com toda equipe e com os sujeitos políticos envolvidos, estratégias criativas no sentido de qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade.

Para a profissão, tal qualificação da ação profissional na saúde, implica em perceber a totalidade histórica das relações que estão articuladas às demandas apresentadas, (singularidade/particularidade/universalidade), considerando as relações sociais constituídas pela sociabilidade do capital (e do trabalho), a fim de evitar práticas imediatas e reprodutoras de ações que justifiquem ou reproduzam desigualdades sociais (CFESS, 2010).

Entende-se aqui, que um grande desafio no contexto atual das privatizações e precarizações das políticas sociais é decifrar esse “novo” com vistas a materializarão do trabalho a ser desenvolvido, identificando as necessidades sociais que transformadas em demandas, requerem intervenções profissionais. Contudo, considera-se importante ressaltar que se parte do pressuposto de que há uma margem de autonomia aos assistentes sociais, o que lhes permite desenvolver atividades comprometidas com interesses sociais presentes nos espaços sócio ocupacionais. Assim, sem negar os condicionantes colocados pela condição de trabalhador assalariado, busca-se acentuar que há espaço para a defesa do projeto profissional em qualquer local, público ou privado, em que o assistente social é requisitado a intervir.

Enquanto requisitos essenciais ao assistente social, compreender as transformações da sociedade é também perceber que o Serviço Social precisa responder a essas novas demandas, e para isso os espaços de atuação do assistente social exigem um profissional cada vez mais qualificado e especializado, que analise criticamente a realidade social e que faça uso das mediações no exercício profissional, apropriando-se de forma rigorosa dos fundamentos teóricos, metodológicos, históricos, éticos e políticos para balizar a dimensão operativa (LEWGOY, 2010); não sendo um profissional apenas interventivo, mas também propositivo e pesquisador diante dessas demandas, condições necessárias para inserção, permanência e identificação de novos espaços de ocupação deste profissional no mercado de trabalho.

Nesse sentido, para que haja efetividade nas ações profissionais, estas devem estar articuladas teoricamente, buscando investigar a realidade social, para propor ações que viabilizem o acesso aos direitos sociais, via efetivação das políticas de proteção social, pois “é na história da sociedade, na prática social que se encontram a fonte dos nossos problemas e a chave de suas soluções” (IAMAMOTO, 1996, p. 102).

Partindo do adensamento teórico, o próximo capítulo discorrerá sobre o caminho metodológico percorrido na pesquisa em questão, e na sequência, se analisa seus resultados discutindo a manifestação dos próprios assistentes sociais matriciadores e dos seus gestores.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a metodologia empregada na pesquisa, com os caminhos percorridos para o desenvolvimento do estudo. Caminhos esses que, devido a entraves apresentados pela realidade, foram se modificando ao longo da caminhada.

### 4.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

O primeiro pressuposto para realização da pesquisa foi o surgimento de uma indagação, de um questionamento, sobre uma demanda que há tempos permeava o cotidiano profissional da mestranda no campo da Saúde Mental, gerando inquietações e curiosidades quanto à configuração das ações dos assistentes sociais no Apoio Matricial, considerando ser um espaço sócio ocupacional recente e com potencial criativo para o Serviço Social. Para tanto, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: Como vem se constituindo a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial em saúde mental na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul?

Como resultante desta problematização de pesquisa foi elaborado o objetivo geral para o estudo, qual seja: Analisar a ação profissional do assistente social junto às equipes de apoio matricial na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na direção da garantia do acesso ao direito à Saúde Mental para contribuir na construção do conhecimento e intervenção do Serviço Social na Saúde Mental.

As questões norteadoras elaboradas, com intuito de desmembrar a questão central para auxiliar na formulação da resposta ao problema, foram: a) *Qual a concepção de saúde mental adotada pelo profissional assistente social inserido na Política Pública de Saúde Mental?* b) *Como ocorreu e ocorre a inserção do assistente social nas equipes de apoio matricial em saúde mental?* c) *Como se caracteriza a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial em saúde mental?* d) *De que forma a ação profissional do assistente social contribui na perspectiva do trabalho intersetorial e de garantia do acesso ao direito à saúde mental?*

Para cada uma das questões norteadoras, foi elaborado um objetivo específico, que procurou contemplar o objetivo geral elencado anteriormente. São eles: a) *Desvelar a concepção de saúde mental adotada pelos profissionais inseridos nas equipes de apoio matricial em saúde mental*; b) *Identificar como ocorreu e ocorre a inserção dos assistentes sociais nas equipes de apoio matricial em saúde mental*; c) *Caracterizar a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial*; d) *Conhecer de que forma a ação profissional do assistente social contribui com a perspectiva do trabalho intersetorial e de garantia de acesso ao direito à saúde mental*.

A pesquisa esteve alicerçada no método de abordagem dialético-crítico (MARX), tendo como categorias a historicidade, a totalidade e a contradição. O método dialético-crítico possibilita ao pesquisador a visão de totalidade do objeto estudado, permitindo ao pesquisador compreender a realidade como dinâmica e complexa, ou seja, em constante movimento. De que o todo desta realidade está presente nas partes e estas partes constituem o todo.

Como refere Prates (2003, p.02)

[...] é preciso analisar com profundidade as contradições que se ocultam ou se fetichizam na realidade, superando a pseudoconcreticidade para propor uma intervenção que tenha alcance e efetividade. E, falar em análise de realidade como primeiro, constante e contínuo movimento significa interpretá-la a partir da totalidade com suas múltiplas e articuladas determinações, que envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos.

Assim sendo, ao se eleger um objeto de estudo, temos que compreendê-lo em relação com a realidade social que o influencia e de que este objeto representa determinada realidade social. A partir deste método, as categorias totalidade, contradição e historicidade são indissociáveis entre si, uma vez que uma complementa a outra e todas são essenciais para a compreensão da realidade.

A categoria da historicidade mostra-se essencial para que se compreenda o porquê da existência de certos acontecimentos na contemporaneidade. Segundo Kosik (1989), a história só é possível quando o homem não começa sempre do novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Ou seja, para que se compreenda determinado fenômeno é necessário compreender como esse processo vem se dando ao

longo do tempo. É necessário localizar os períodos históricos e os rebatimentos desses períodos na sociedade atual. Sempre se parte de um determinado ponto que já foi pensado e refletido por alguém. Isso possibilita a constante produção de novos conhecimentos.

Com relação à categoria totalidade, Kosik (1989, p. 42) aponta que:

a compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação interna de interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes.

Com base no autor pode-se afirmar que a categoria totalidade pressupõe que uma análise ampla da realidade deve partir da realidade do cotidiano que é vivenciada pelos sujeitos e se estabelece relações com aspectos mais amplos da estrutura e da conjuntura social.

A categoria contradição é apontada por Gaddoti (1983), enfatizando que a transformação das coisas só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças opostas tendendo simultaneamente à unidade e à oposição. “A contradição é a essência ou a lei fundamental da dialética” (GADDOTI, 1983, p. 26). Ou seja, a categoria contradição pressupõe a negação do outro e ao mesmo tempo a incorporação desse fenômeno. O novo nega o velho, mas o incorpora na construção desse novo conhecimento. A categoria contradição pode ser considerada o motor da realidade, pois é a partir dessa categoria que a realidade se mantém em constante movimento.

Além das categorias historicidade, totalidade e contradição que estão presentes no método dialético-crítico foram elencadas também categorias explicativas da realidade. São elas: Política de Saúde e Saúde Mental, Apoio Matricial em Saúde Mental e Serviço Social na Saúde.

Foi utilizada uma abordagem qualitativa para a realização da pesquisa, uma vez que o enfoque principal se encontra na fala e na percepção dos sujeitos sobre a realidade que vivenciam. Para a consecução dos objetivos propostos foi realizada pesquisa qualitativa e descritiva. Com base em Minayo (2007, p. 57),

o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Em relação à classificação de pesquisa como descritiva, conforme Gil (2002, p. 46), esta “[...] tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] As pesquisas descritivas são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”.

Deste modo, a referida pesquisa buscou mostrar o desenvolvimento histórico do objeto em questão, apontando as contradições e estabelecendo as devidas relações entre o objeto estudado (particular) e a totalidade do social.

A relevância da pesquisa junto aos municípios da 10ª Região de Saúde deve-se a sua importância estratégica e demográfica, considerando a proximidade destes municípios com a capital do Estado do Rio Grande do Sul-Porto Alegre, que está entre as dez capitais mais populosas do Brasil (IBGE, 2014). Ainda, por se tratar da região de saúde na qual o município de Gravataí está contemplado, tendo em vista a experiência anterior da mestranda enquanto matriciadora no CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial, o que desencadeou o interesse em estudar a temática.

Na aproximação com este território de abrangência da pesquisa detectou-se na Capital diferentes formatos de gestão e de constituição do apoio matricial em saúde mental. Nesta existem serviços executados pelo próprio município e por instituições conveniadas, como o Grupo Hospitalar Conceição e o Hospital Mãe de Deus. Ao mesmo tempo, tem serviços de saúde mental não contemplados na RAPS. Assim, os critérios de escolha dos participantes da pesquisa no município de Porto Alegre foram: a) a multiplicidade dos serviços de saúde mental com apoio matricial: CAPS II, CAPSI, CAPS AD, CAPS AD III, Equipe de Saúde Mental<sup>10</sup>, NASF; b) a distribuição destes serviços por distritos sanitários; e, c) as diferentes instituições responsáveis por estes serviços.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, se escolheu dois grupos de participantes da pesquisa: a) assistentes sociais que atuavam no Apoio Matricial em Saúde Mental e seus gestores imediatos (coordenadores dos serviços de saúde) vinculados às Secretarias Municipais de Saúde e instituições conveniadas da 10ª Região de Saúde, conforme o Quadro 3 apresenta:

---

<sup>10</sup> Equipe de Saúde Mental são dispositivos instituídos pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que realizam assistência psicossocial e apoio matricial nas Gerências Distritais, não sendo NASF e nem CAPS.

### Quadro 3 – Relação dos objetivos específicos e participantes da pesquisa

Objetivos Específicos	Participantes da Pesquisa
1) Desvelar a concepção de saúde mental adotada pelos profissionais inseridos nas equipes de apoio matricial em saúde mental;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistentes sociais dos serviços de saúde mental que realizam apoio matricial</li> </ul>
2) Identificar como ocorreu e ocorre a inserção dos assistentes sociais nas equipes de apoio matricial em saúde mental;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistentes sociais dos serviços de saúde mental que realizam apoio matricial</li> <li>• Gestores imediatos/coordenadores dos serviços</li> </ul>
3) Caracterizar a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistentes sociais dos serviços de saúde mental que realizam apoio matricial</li> <li>• Gestores imediatos/coordenadores dos serviços</li> </ul>
4) Conhecer de que forma a ação profissional do assistente social contribui com a perspectiva do trabalho intersectorial e de garantia de acesso ao direito à saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistentes sociais dos serviços de saúde mental que realizam apoio matricial</li> <li>• Gestores imediatos/coordenadores dos serviços</li> </ul>

Fonte: Sistematização da autora.

Se considerou contar com os gestores imediatos das equipes que tem assistentes sociais como participantes da pesquisa, considerando que os mesmos possuem a função de coordenar o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde e definir os profissionais que devem compor as equipes matriciadoras, ampliando o escopo do estudo para além da percepção dos assistentes sociais.

A coleta de dados foi por meio da entrevista semiestruturada, realizada nos locais de trabalho dos pesquisados, considerando que esta modalidade garante ao pesquisador o acesso às informações previstas, possibilitando ao participante a liberdade para responder e seguir de forma espontânea a linha de seu pensamento e mantendo aberto o espaço para que o pesquisador apresente novos questionamentos a partir da fala do entrevistado (TURATO, 2003).

A entrevista é conceituada por Gil (1999) como, técnica “adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram” [...] (GIL, 1999, p. 117).

Os roteiros das entrevistas foram elaborados a partir dos objetivos propostos, no sentido de possibilitar respostas às questões levantadas pelo estudo. Os roteiros encontram-se no Apêndice A, para a entrevista realizada com os assistentes sociais e no Apêndice B, para a entrevista com gestores.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e ocorreram após a concordância e a assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), autorizadas pelas instituições participantes através dos Termos de Ciência e Autorização de Pesquisa. A pesquisa foi submetida a Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado quanto ao mérito em 02 de agosto de 2016 (Anexo I). Posteriormente, foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições participantes: Instituto de Psicologia da UFRGS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição e Hospital Mãe de Deus, através da Plataforma Brasil, cujos dados estão consubstanciados no Anexo II.

#### 4.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS

O primeiro movimento foi o resgate da literatura referente ao tema proposto na pesquisa e às categorias teóricas elencadas para embasamento do estudo. Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que para Gil (2010) é formada por quatro etapas, quais sejam: Leitura exploratória, “que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa”; Leitura seletiva, na qual “procede-se [...] à seleção do material que de fato interessa à pesquisa” (ibidem, p. 59); Leitura analítica, cuja finalidade é “a de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema de pesquisa” e Leitura interpretativa, que “tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução” (ibidem, p. 60).

Com esta técnica se fez a pesquisa bibliográfica no período de abril a junho de 2016 e teve como critério de busca os artigos publicados entre os anos de 1988 à 2016, considerando o advento do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição

Federal de 1988. A base de dados consultada foram os sites Scielo, Google acadêmico e da Biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, utilizando os descritores: “apoio matricial em saúde mental”, “matriciamento em saúde mental” e “serviço social and apoio matricial”. Foram encontrados um total de vinte e um artigos científicos correspondentes às palavras-chave utilizadas. Entretanto, no decorrer da análise do material bibliográfico, foram incluídos mais dois artigos publicados em periódicos científicos que enriqueceram a revisão bibliográfica sobre o tema.

Concomitante ao processo de conhecimento teórico sobre o tema, iniciou-se os contatos telefônicos com os profissionais nos municípios da região 10ª Região de Saúde, definidos como participantes da pesquisa, a fim de realizar a marcação das entrevistas. Durante estes telefonemas foram descartados os municípios<sup>11</sup>: A - por não ter assistente social no apoio matricial em saúde mental, B – por não ter aceite o convite para participação na pesquisa, e C - a profissional de Serviço Social que realizava o apoio matricial em saúde mental havia pedido exoneração para assumir concurso federal na área jurídica. Ainda, os profissionais de uma instituição conveniada com um município que executa o CAPS I não participaram das entrevistas, mesmo tendo aceitado e marcado data e horário para a realização da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre o último semestre de 2016 e o primeiro semestre de 2017, em que a mestranda percorreu os diferentes espaços institucionais nos municípios apontados. Os sujeitos participantes do estudo compreenderam 06 (seis) profissionais de Serviço Social e 05 gestores imediatos das equipes matriciadoras, num total de 11 profissionais das equipes de apoio matricial em saúde mental dos municípios da 10ª Região de Saúde.

Para a análise dos dados se apoiou na análise de conteúdo, proposta por Moraes (1999), e utilizou-se a abordagem dedutiva-verificatória-enumerativa-objetiva que parte de antemão de uma fundamentação teórica com a finalidade de verificação das mesmas. “Por esta razão, nesta abordagem as categorias são fornecidas ou estabelecidas a priori, seja a partir da teoria, seja dos objetivos ou das questões de pesquisa” (MORAES, 1999, p.10).

---

<sup>11</sup> Os municípios estão identificados por siglas para garantir seu anonimato.

O referencial apoiado no materialismo histórico apontado por Marx interpreta a realidade como uma totalidade onde tantos fatores visíveis como as representações sociais, integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específico “[...] trabalha-se com dados qualitativos para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e os significados, a ordem e os conflitos” (MINAYO, 1994, p. 34-35).

A partir das manifestações dos sujeitos durante a entrevista, com duração aproximada de cinquenta minutos cada, tendo por norte as categorias teórico-temáticas (Política de Saúde e Saúde Mental, Apoio Matricial em Saúde Mental e Serviço Social na Saúde e Serviço Social no Apoio Matricial) e as categorias do método, realizou-se a categorização e a análise do conteúdo dos dados da pesquisa. O processo da análise de conteúdo foi constituído das seguintes etapas: 1- Preparação das informações; 2- Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3- Categorização ou classificação das unidades em categorias; 4- Descrição; 5- Interpretação.

Após a transcrição das entrevistas, partiu-se para uma primeira aproximação com o material coletado, através da leitura e de uma definição inicial sobre quais amostras de informação estavam de acordo com os objetivos da pesquisa. Para isso, os materiais foram codificados, identificando elementos da amostra que seriam analisados.

Foi feita uma releitura das entrevistas para definir dentro de seu conteúdo uma unidade de análise que possuísse um significado em relação aos objetivos da pesquisa. Estas palavras e frases foram extraídas do conjunto dos dados brutos e foram codificadas, adicionando códigos de associação de acordo com a ordem sequencial em que apareciam, sendo isoladas e classificadas. Concomitante, foram definidas unidades de contexto que possibilitaram não perder o significado mais geral das mensagens, retornando ao contexto da unidade algumas vezes para melhor compreender e analisar a informação, bem como conseguir agrupar os dados comuns. Procedeu-se a classificação dos dados por semelhança e analogia, originando as categorias temáticas que conferiram uma interpretação mais aprofundada do conteúdo.

Se considera relevante uma apresentação das características ocupacionais dos Assistentes Sociais e Gestores participantes da pesquisa,

quanto à formação, capacitação e experiência profissional, pois possibilita uma contextualização destes trabalhadores, que com seus conceitos e experiências colaboraram para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES E ASSISTENTES SOCIAIS SUJEITOS DA PESQUISA

Os gestores entrevistados são na maioria do sexo feminino (03), encontram-se na faixa etária entre 35 a 45 anos, residem em Porto Alegre e seus locais de trabalho são: Equipe de Saúde Mental LENO (Porto Alegre), Equipe de Saúde Mental PLP (Porto Alegre), CAPS AD III IAPI (Porto Alegre), Coordenação de Saúde Mental (Cachoeirinha), CAPS i (Gravataí). A maioria dos profissionais (04) ingressaram no serviço através de concurso público a menos de cinco anos, dentre estes dois (02) são psicólogos, uma (01) assistente social, uma (01) enfermeira e uma (01) terapeuta ocupacional. Quanto à formação no ensino superior, quatro (04) destes gestores se formaram na década de 2000 e quatro (04) possuem especialização, destes um está realizando mestrado. Quanto à formação continuada, todos os gestores referem realizar cursos de extensão, em sua maioria em saúde mental, bem como de seminários, oficinas. Todos os gestores afirmam que sua experiência profissional anterior foi no nível da assistência aos pacientes, estando a maioria (04) no cargo de gestão do serviço a menos de dois (02) anos.

Identifica-se que possuem formação e experiência recente, podendo configurar uma expressão dos últimos concursos públicos em que ingressaram novos profissionais na área da saúde nos municípios pesquisados, no sentido de compor equipes dos serviços da média complexidade (CAPS). Contudo, cabe destacar que nos últimos anos alguns serviços passaram a serem executados através de convênios com instituições privadas da área da saúde, como aparece nesta pesquisa, sendo os gestores e profissionais contratados pelo regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

Observa-se quanto à formação profissional que todos os gestores pesquisados estão comprometidos com a capacitação e educação permanente, referindo participação frequente em cursos e atividades promovidas por instituições de ensino superior e pelas quais trabalham.

No que se refere aos seis (06) assistentes sociais participantes da pesquisa, cinco (05) são mulheres, a maioria (04) reside em Porto Alegre, e trabalham nos seguintes serviços: CAPS ad III IAPI (Porto Alegre), NASF Cruzeiro (Porto Alegre), Equipe da Saúde Mental PLP (Porto Alegre), Equipe de Saúde Mental Infantil Camaquã (Porto Alegre), CAPS adulto (Cachoeirinha) e CAPSI (Gravataí). Destas profissionais, cinco (05) ingressaram no serviço através de concurso público e estão a menos de dez (10) anos na instituição. Quanto à formação profissional, quatro (04) assistentes sociais se formaram na década de 2000 e dois (02) na década de 1990, todos através de curso superior presencial. Destas, cinco (05) possuem uma ou mais especializações. As seis (06) entrevistadas realizaram cursos de extensão e as áreas de concentração dos cursos são em Saúde, Saúde Mental, Saúde Coletiva e em Políticas Sociais. Quanto à experiência profissional, três (03) assistentes sociais atuaram na Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Porto Alegre, duas (02) haviam trabalhado na Saúde Mental anteriormente e uma (01) teve experiência na Política de Habitação e Segurança Pública.

Com base nestas informações, observa-se que os profissionais assistentes sociais pesquisados estão alinhados ao Código de Ética Profissional (1993) que preconiza a formação permanente como condição para qualidade do exercício profissional, participando de formações ofertadas pelas universidades, faculdades e centros de ensino, bem como das capacitações oferecidas pelas próprias Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em que atuam.

Nos depoimentos identifica-se que os assistentes sociais buscam conhecimento específico para atuação na Política de Saúde e expressam a inexistência desta disciplina em suas formações, ressaltando que apenas tiveram alguma noção da política de saúde em disciplinas que não abordavam especificamente este tema.

Entende-se a atualização através da educação permanente um importante instrumento da competência profissional, considerando que o “assistente social é um profissional que intervém na realidade, e esta se encontra em movimento” (LEWGOY, 2013, p. 67). É essencial para atuação profissional em qualquer área, pois é a partir da atualização de teorias e da legislação vigente que o profissional poderá ampliar seus conhecimentos e potencializar sua intervenção, independente do espaço sócio ocupacional em que se insira.

Após a apresentação da metodologia empregada para a realização da pesquisa e a caracterização dos gestores e assistentes sociais dos seus participantes, o próximo capítulo trará os resultados utilizando-se de quatro categorias temáticas criadas neste estudo, a saber: 1) A Saúde Mental enquanto direito: uma dimensão ético-política do Serviço Social; 2) A persistência da tradição conservadora e a tradução da realidade social enquanto expertise do assistente social: caminhos que se cruzam no Serviço Social; 3) Desvendando a ação profissional do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental; e, 4) Intersetorialidade: a maestria do Serviço Social.

## 5 O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: INDISSOCIABILIDADE DAS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL

Como apresentado no capítulo anterior, o questionamento que direcionou a realização da pesquisa foi em relação à constituição da ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial em saúde mental. Em busca de respostas, foram construídos objetivos específicos a fim de desvelar a concepção de saúde mental adotada pelos profissionais inseridos nas equipes de apoio matricial em saúde mental; identificar como ocorreu e ocorre a inserção dos assistentes sociais nas equipes de apoio matricial em saúde mental; caracterizar a ação profissional do assistente social nas equipes de apoio matricial; conhecer de que forma a ação profissional do assistente social contribui com a perspectiva do trabalho intersetorial e de garantia de acesso ao direito à saúde mental.

Enquanto forma de elucidar os achados da pesquisa, foram elaboradas quatro categorias temáticas no intuito de sintetizar e expor a análise e os resultados alcançados com o estudo, que serão apresentadas através do quadro a seguir e posteriormente, adensadas nos subcapítulos, como exposto no Quadro 4:

**Quadro 4 – Relação entre as competências do Serviço Social e os resultados da pesquisa**

Dimensões da competência profissional do Serviço Social	Resultados
Ético-política	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Saúde Mental enquanto direito: uma dimensão ético-política do Serviço Social no Apoio Matricial.</li> </ul>
Teórico-metodológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A persistência da tradição conservadora e a tradução da realidade social enquanto expertise do assistente social: caminhos que se cruzam no Serviço Social</li> </ul>
Técnico-operativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvendando a ação profissional do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental;</li> <li>• Intersetorialidade: a maestria do Serviço Social.</li> </ul>

Fonte: Sistematização da autora

## 5.1 A SAÚDE MENTAL ENQUANTO DIREITO: UMA DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL

Um dos principais questionamentos existentes no processo de elaboração do estudo foi sobre a concepção que os profissionais possuíam a respeito da saúde mental enquanto direito social e se utilizavam essa concepção para concretização de suas ações profissionais nos diferentes arranjos organizacionais em que estão inseridos no apoio matricial em saúde mental.

Cabe ressaltar, que no âmbito das políticas sociais, neste caso na política de saúde, o assistente social possui certa autonomia no seu fazer cotidiano, muito embora tenha em sua prática atravessamentos pela existência de um empregador (IAMAMOTO, 2009). No entanto, a garantia de direitos sociais se constitui num dos principais desafios postos para os profissionais que têm como referência um projeto societário que atenta para uma nova ordem societária com igualdade, justiça social, universalização do acesso às políticas sociais, bem como a garantia dos direitos civis, políticos e sociais para todos.

Na perspectiva dos assistentes sociais e do gestor pesquisado, evidencia-se o entendimento de saúde mental na lógica dos direitos sociais ligados à cidadania, ao pertencimento a uma sociedade que deve assegurar através do Estado esses direitos. Neste sentido, o direito à saúde significa a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os brasileiros (MELO, 2009).

As falas a seguir imprimem este direcionamento e apresentam elementos constitutivos que embasam a política de saúde através do SUS, retratando uma direção social alinhada ao projeto de transformação da ordem social e ao conceito ampliado de saúde (Lei 8.080) ao Serviço Social. Percebe-se uma concepção de saúde entendida em sua totalidade, que corrobora com os determinantes sociais do processo saúde-doença, estabelecendo uma relação dialética entre o biológico e o social, considerando sua determinação na sociedade de classes, resultante dos embates entre interesses contraditórios da relação capital e trabalho.

Os direitos e a proteção do indivíduo na saúde mental devem ser assegurados sem qualquer forma de discriminação [...] oferecendo um tratamento humanizado e de qualidade (Assistente Social 01).

Então para mim saúde mental são coisas boas, são coisas que te levam à autonomia, que te levam ao protagonismo (Assistente Social 02).

O Serviço Social assim atua na garantia de direitos, procura intervir interdisciplinar e intersetorial. Orienta sobre os direitos dos usuários no acesso ao serviço de saúde mental [...] acesso aos direitos e serviços para atender às suas necessidades sociais. (Assistente Social 03).

Meu conceito em saúde, em saúde mental, a saúde aquela que preza pela saúde física do sujeito e mental no seu contexto social também, abrangendo todo seu contexto social [...] (Assistente Social 05).

[...] não tem como trabalhar saúde mental se tu não te envolver com assistência dentro do contexto que se tem hoje social não tem como separar, entende, então em tudo interfere na saúde mental [...] (Gestor 03).

Reforçando o relato do gestor, o mesmo traz elementos do campo de luta pela garantia de direitos traçada pelo assistente social da equipe, referindo-se ao desmonte do direito social à Previdência Social que atravessa o cotidiano dos serviços de saúde. Espelha o mundo em que se vive, com suas injustiças e desigualdades, no qual os impactos da crise do capitalismo ganha forma e corpo, numa violenta redução dos ideais universalistas e igualitários na área dos direitos sociais, e assim, “vai-se confirmando uma divergência entre o definido sobre a proteção social na Constituição de 1988 e a operacionalização das políticas sociais e os valores profissionais” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 65).

[...] atualmente tem sido muito as questões com relação à renda, INSS, essas questões dessas revisões que estão tendo os benefícios[...] a maioria que passa pela revisão, está sendo retirado, está sendo negado [...] isso está sendo um crescente assim, uma demanda crescente, a gente está andando na contramão né, e eram coisas que não se ouvia mais [...] (Gestor 05).

Dessa forma, a legitimação da atuação do assistente social nas equipes interprofissionais no apoio matricial em saúde mental está estampada no conhecimento que possui sobre as políticas públicas, a rede de atendimento, os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, e principalmente, nos fundamentos ético-políticos, teóricos-metodológicos e técnico-operativos da profissão que possibilita o enfrentamento das expressões da questão social que

permeiam a vida dos sujeitos. Portanto, considera-se que a bagagem teórica da profissão alicerçada na lógica dos direitos sociais e humanos permite “[...] ultrapassar a perspectiva funcionalista de que cada ‘caso é um caso’, ou de que ‘na prática, a teoria é outra’, possibilitando compreender as inúmeras determinações que tais situações engendram [...]” (SIMIONATTO, 2004, p. 40).

Os extratos a seguir retratam a percepção dos profissionais pesquisados quanto ao momento histórico que o país vivencia, apontando elementos da conjuntura social que desencadeia inúmeras consequências no cotidiano dos serviços, numa lógica de negação de direitos, pois “além da desqualificação do social, há um declínio ou uma redução acerca da concepção ampliada de saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 224).

Revelam que a conjuntura neoliberal vai atingir profundamente suas condições e relação de trabalho, por meio da retração do Estado (seu principal empregador), do sucateamento das políticas sociais, pela redução e cortes orçamentários no atendimento às suas demandas, nas relações de trabalho, “a polivalência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalho temporários, o desemprego são dimensões constitutivas da própria feição atual do Serviço Social [...]” (IAMAMOTO, 2015, p.48-49).

O momento no nosso país de desmanche das políticas públicas em função de um projeto de sociedade que é antagônico a tudo aquilo que a gente pensa, a gente tem desmonte das políticas públicas, sucateamento dos serviços que me parece que é proposital, porque dizer que o público é ruim, que tem que terceirizar tudo (Assistente Social 01).

É a precarização das relações de trabalho, e as precarizações das condições de trabalho, as condições materiais para gente fazer o trabalho, porque a gente entra com as ideias, a gente entra dentro daquela questão dos processos de trabalho do assistente social e das demais profissões. Então acho que a gente vive num momento de muita precarização e muito desmantelamento das coisas que estavam sendo construídas, assim de políticas sociais. (Assistente Social 05).

Em relação às contradições e desafios presentes nos processos de trabalho pesquisados, os assistentes sociais destacam a precarização do trabalho, a perda de direitos e o desmonte das políticas públicas numa perspectiva de negação de direitos, demonstrando ter clareza e leitura da conjuntura social imbricada ao cotidiano dos serviços que atuam. Demonstram

ainda, que a categoria identifica no seu cotidiano profissional as intercorrências do contexto econômico, político e social e que sofrem com os mesmos dilemas e vicissitudes sociais que o restante da classe trabalhadora.

A gente cresce com os desafios e agora que a gente está nessa crise toda, estamos num processo de união, das redes, dos profissionais que estão no território, que nem eu comentei no começo, a gente fez uma audiência pública, só que com a crise tu reúne todas juntas, mas é aquela história, a gente unido a gente tem força né, quando é no coletivo a gente se fortalece, se a gente é individual a gente enfraquece, por isso que nesse momento precisa se unir e ter um coletivo forte e a comunidade é muito importante. (Assistente Social 06).

Assim, as condições de trabalho para mim e as questões de precarização e toda essa lógica que tem vindo agora, uma onda mais conservadora política também. E os nossos direitos do trabalhador sendo tirados, e daí a gente ficando também mais desmotivado, somando isso é uma avalanche de coisas não tão boas. Esses são os desafios de como manter uma qualidade de trabalho dentro de todas essas condições, com nossos usuários, como se manter saudável mentalmente com isso. Os usuários também estão passando por desemprego, precarização do trabalho, questões assim familiares, não tendo espaço comunitário agora”. (Assistente Social 01).

Identifica-se o inegável reconhecimento do assistente social como o profissional que atua na lógica do direito, apontando que o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social tem aproximações fortes com os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e sua bagagem profissional constituída ao longo dos anos legitimam a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde e neste caso, no apoio matricial em saúde mental, no sentido de atuar “na transversalidade das múltiplas expressões da questão social, na defesa dos direitos sociais e humanos e das políticas públicas que os materializam” (IAMAMOTO, 2004, p.11).

## 5.2 A PERSISTÊNCIA DA TRADIÇÃO CONSERVADORA E A TRADUÇÃO DA REALIDADE SOCIAL ENQUANTO EXPERTISE DO ASSISTENTE SOCIAL: CAMINHOS QUE SE CRUZAM NA PROFISSÃO

Por sua constituição contraditória e permeada por interesses de classes, com visões e projetos profissionais e políticos distintos, convivem no mesmo terreno da política de saúde concepções de saúde mental diferentes, e dentro do Serviço Social tal processo não se faz diferente. Já dizia Netto (1999) que os

projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores, e expressam um processo de luta pela hegemonia entre as forças sociais presentes na sociedade e na profissão.

Partindo desse pressuposto, a fala a seguir reflete a existência e permanência de percepções diferentes dentro da categoria profissional do Serviço Social sobre a saúde enquanto direito social e traz elementos de uma prática com traços tradicionais e desconectados com a lógica de universalidade, princípio da política de saúde. O cotidiano profissional é permeado por desafios e confrontos com o (neo) conservadorismo, que tem se atualizado, demonstrando a coexistência de diferentes visões, percepções e ações profissionais:

Não eu penso que saúde é integral, a saúde tem que ser igualitária, todos tem acesso, mas eu ainda penso que frente às condições sociais do momento e econômica, a gente precisa ter um foco especial nas pessoas mais desfavorecidas [...] (Assistente Social 03).

A tradição conservadora convive com a perspectiva crítica no interior da profissão, o que pressupõe a existência da pluralidade na categoria profissional e a continuidade de práticas alicerçadas na década de 1960, antes do movimento de reconceituação do Serviço Social. Ou seja, ações profissionais com enfoque na integração social dos indivíduos e a normalização das suas condutas, convergindo aos objetivos institucionais sem aprofundamento de explicações teóricas no cotidiano profissional (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

O extrato a seguir atenta para a presença de uma linha teórica no interior da profissão conhecida como “teoria da complexidade”, alicerçada numa visão sistêmica e ecológica, de interligação e interrelação de todas as coisas, em que o homem deve ser entendido em suas objetividades e subjetividades (SANTOS, PELOSI, OLIVEIRA, 2012). Destaca-se que tal compreensão da realidade percebe a sociedade como um todo harmônico, divergindo do Projeto Ético-Político da profissão, cujo mesmo é regido majoritariamente pela teoria marxista, que preconiza um posicionamento crítico, ético, comprometido e em defesa da classe trabalhadora: “Eu penso também dentro da linha da complexidade o assistente social tem que estar preparado para poder fazer uma leitura de realidade onde ele possa construir para além do que é saúde mental” (Assistente Social 02).

Diferente da perspectiva profissional de transformação social alicerçada na teoria social crítica, a fala anterior demonstra aspectos do ponto de vista de *integração social*, de *culpabilização dos sujeitos*, de *enquadramento de condutas*, típicas da Escola Funcional em que “os problemas eram vistos como produto de um uso destrutivo das relações interpessoais, o que faz com que o fator central da ajuda prestada pelo Serviço Social [...] além de dirigir seus processos de mudança, [...] seja o liberador desses processos” (OLIVEIRA, 1982, p. 105), como observa-se nos seguintes relatos:

São muito vinculadas à desorganização familiar, de todas as ordens assim, [...] Mas mais mesmo é demandas vinculadas a, acho que da para falar violência familiar de todas as ordens assim [...] (Assistente Social 04).

[...] Cada dia é um negócio assim... interessante, a gente diz que, às vezes, a pessoa vem com um combo completo de tragédias assim. (Assistente Social 05).

Essas considerações sobre as demandas atendidas pelas assistentes sociais 04 e 05 corroboram com o modelo funcional em Serviço Social de Caso (OLIVEIRA, 1982), que tem em Mary Richmond, 1917, o pioneirismo no uso deste referencial, sistematizando sua construção teórica envolvendo o problema social, considerando o indivíduo e o meio, desenvolvendo uma metodologia de estudo diagnóstico e tratamento, que recebe destaque enquanto legado para a profissão.

A permanência desse legado é intrínseca à trajetória da profissão e atravessa as ações dos assistentes sociais na saúde mesmo após a Reconceituação do Serviço Social. O conservadorismo faz parte da vida social e a conjuntura política, econômica e social do país, acaba favorecendo a reatualização de projetos conservadores. “A existência deste Serviço Social crítico – que hoje implementa o chamado Projeto Ético-Político – é a prova conclusiva da permanente atualidade da Reconceituação como ponto de partida da crítica ao tradicionalismo” (NETTO, 2005, p.18).

As requisições do cotidiano trazidas nas falas dos assistentes sociais (02, 04,05) aparecem desconectadas da dinâmica macrosocietária, trazendo aspectos de uma cultura histórica de pragmatismo, da naturalização e da criminalização da pobreza, bem como das ações improvisadas, o que requer superação através da clareza da direção ético política (RAICHELIS, 2010).

Como destaca Netto, perpassa por atividades que vão além dos níveis de intervenção micro-social, e desta forma, parte da “[...]recusa do profissional de Serviço Social de situar-se como um agente técnico puramente executivo (quase sempre um executor terminal de políticas sociais), valorizando assim, o estudo intelectual do assistente social”. (NETTO, 2005, p.12).

Com relação à percepção das equipes da Atenção Básica que participam das atividades de apoio matricial em saúde mental em relação ao trabalho do assistente social verifica-se a persistência de percepções sobre o caráter assistencialista da profissão<sup>12</sup> que foram sedimentadas historicamente e reiteradas pela categoria profissional, problematizadas no campo da saúde e saúde mental (BRAVO, 1996; DIAS, 2007). Como destaca a fala a seguir:

[...] às vezes um pouco assistencialista né, mas eu acho que o trabalho aqui... é porque a gente trabalha muito nesse sentido com as equipes, com o serviço básico, que possa empoderar [...] Do valor também que a gente já conseguiu passar pra eles, o que o assistente social representa, não só essa coisa assistencial, mas de um empoderamento, de uma melhoria também interna das pessoas. (Assistente Social 04)

Apesar de se estar analisando o Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental, compreende-se que independente do espaço em que o assistente social está inserido, as ações profissionais devem estar alicerçadas em um projeto profissional crítico que vai além do aparente, do senso comum e deve estar totalmente embasado na construção de conhecimentos da profissão, possibilitando sustentação, definição, clareza para a execução das atribuições e competências profissionais.

Nesse caminho, os dados coletados demonstram que ao mesmo tempo que aparecem ações profissionais que expressam a persistência da tradição conservadora, apresentam-se intervenções que evidenciam a tradução da realidade social como sendo a “expertise” do assistente social no Apoio Matricial em Saúde mental. Entendendo-se que,

É a capacitação crítico-analítica que possibilita a definição de objetos de ação em suas particularidades socioinstitucionais, para a elaboração de estratégias de intervenção comprometidas com propósito ético-político do projeto profissional, ou seja, de superação do (neo) conservadorismo

---

<sup>12</sup> Assistencialismo: forma de oferta de um serviço por meio de uma doação, favor, boa vontade ou interesse de alguém e não como um direito (CFESS, 2018).

profissional que se apresenta no ambiente acadêmico e de intervenção do assistente social (LEWGOY, 2013, p. 81).

A partir da fala dos participantes, tanto dos gestores quanto dos assistentes sociais, partiu-se para a construção de uma categoria que constantemente emergiu durante o processo de pesquisa que se denominou: a tradução da realidade social, que significa que o assistente social junto às equipes multiprofissionais e no caso, de Apoio Matricial em Saúde Mental, tem como função primordial traduzir a essência da realidade social que atravessa sobremaneira as relações e a vida dos sujeitos para os demais profissionais, e nesse processo, redimensiona projetos terapêuticos e práticas instituídas, contribuindo assim para a garantia dos direitos sociais.

Os extratos apresentados a seguir conduzem à percepção dos assistentes sociais e dos gestores sobre a especificidade profissional do Serviço Social dentro das equipes de apoio matricial, que expressa uma identidade profissional forjada a partir da leitura e compreensão crítica da realidade social, com um papel de trazer a luz do concreto, do vivido pelos sujeitos usuários dos serviços, a dimensão de totalidade, de contexto, de olhar ampliado em que a contradição e a historicidade estão presentes e permeiam esse processo:

[...] porque não tem como dissociar o serviço, a saúde da questão social da pessoa, do indivíduo, da família, não tem como tu isola isso, então o assistente social trabalha na amarração disso tudo um pouco assim [...] (Gestor 02)

o assistente social está inserido em todos os espaços em que tem a possibilidade de reflexão crítica, onde ele pode potencializar a discussão em diversas áreas né, ele vai poder fazer essa dinâmica interdisciplinar funcionar, no sentido de poder construir através da interdisciplinaridade, algo que vai contemplar a realidade do sujeito. (Gestor 05)

[...] aí a gente começa o vínculo com o usuário e entender um pouco a dinâmica, bom e aí com quem eu preciso articular para poder auxiliar, dar apoio à família, qual a demanda, qual expressão da questão social que é questão da falta de acesso à saúde, não tá acessando, tá faltando. (Assistente Social 03)

[...] eu acho que o assistente social tem muito um olhar ampliado, assim tipo de rede, tanto dos recursos sócioassistenciais [...] de conseguir entender esse contexto, conseguir passar para equipe é esse o meu papel [...] (Assistente Social 06)

Cabe ressaltar que fica explícito tanto na fala dos assistentes sociais quanto na dos gestores, que os assistentes sociais possuem uma leitura de

totalidade afinada com a teoria da determinação social da saúde, que tem com principal característica possibilitar a identificação da complexidade que envolve o fenômeno saúde-doença, compreendendo o todo e ampliando o olhar para além das formas imediatas (as partes) que se apresentam no cotidiano.

Contudo, entende-se que a tradução da realidade social junto às equipes de apoio matricial em saúde mental, possuem a tarefa primordial de descortinar e dar visibilidade às expressões da questão social, corroborando assim, no que Pereira (2001) considera ser o mais importante e urgente na ação profissional: descortinar dos problemas transformando-os em questão, explicitando a contradição capital/trabalho a partir do questionamento ético-político e da coletivização das demandas, necessidades e respostas no campo da saúde.

### 5.3 DESVENDANDO A AÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

A tecnologia do Apoio Matricial (AM) desenvolvida pelos assistentes sociais nos diferentes arranjos organizacionais pesquisados forma o núcleo norteador da realização desta pesquisa, bem como seu processo de intervenção no campo da saúde mental. Partindo desse norte, uma das questões que emergiram neste estudo foi referente à inserção dos assistentes sociais nas equipes matriciadoras, no intuito de saber a motivação dos gestores em contar com este profissional no AM.

Percebe-se na fala da assistente social 01 que a inserção do Serviço Social no matriciamento ocorreu de forma gradual, como parte do processo de trabalho previsto e realizado pelo CAPS AD, e que a mesma fez parte da implantação do apoio matricial e tem conhecimento das suas ferramentas. Ainda, percebe-se legitimidade quanto às ações profissionais do assistente social no campo da saúde, nas equipes interprofissionais de saúde mental, como verbaliza a assistente social 04:

Desde que entrei no CAPS ad (2011) aconteciam reuniões de rede (atenção primária e ampliada), depois transformamos esses encontros em reuniões de rede itinerantes. Após, ocorreu o convite para fazermos as reuniões mensais em conjunto com a equipe de saúde mental para apoio e discussões de casos. Em alguns momentos, aconteceram capacitações no Serviço da Equipe de Saúde Mental (organizados por

eles, direcionadas a rede básica) e que o CAPS ad foi convidado para ministrar algumas palestras”. (Assistente Social 01)

[...] se entendeu que precisava da continuidade do serviço social dentro dessa equipe, eu vejo assim, então eu dei essa continuidade assim do serviço social desde janeiro de 2015 então. (Assistente Social 04)

Na perspectiva dos gestores, atenta-se para uma valorização do assistente social nas equipes como observado nas respostas dos Gestores 01, 02, 03 e 05, bem como a prerrogativa da legislação (BRASIL, 2005) enquanto respaldo para a presença do assistente social nas equipes dos CAPS, e como consequência no Apoio Matricial (Gestor 04).

[...] dentro dessas 20hs tem que dar conta de todo o resto, se viu todas as estratégias e cada uma escolheu por sua proximidade, bom nessa Estratégia tem mais relação com CRAS e CREAS, tem mais ação e mais demanda do Serviço Social, apesar que assim, [...] o Serviço Social responde mais todas as questões judiciais que é onde não tem as estratégias, aí é misturado, mas casualmente naquela estratégia ela estava mais presente, daí ela ficou, mas não quer dizer que se tiver demanda numa outra ela não vá, normalmente ela atende aqui [...] (Gestor 01)

Na verdade, a equipe já é estruturada com o profissional de serviço social e a participação dele é imprescindível em qualquer procedimento que a gente faça de demanda de cuidado com o paciente. (Gestor 02)

[...] desde que eu assumi, aqui o CAPS eu já tinha assistente, a minha opinião é que é fundamental a participação do assistente social, é uma peça central [...] (Gestor 03)

[...] Através da portaria do CAPS. (Gestor 04)

Olha aqui no território, a equipe de apoio matricial ela já se forma desde o início com o assistente social, ele... na verdade todas as equipes de matriciamento aqui no território tem assistente social, é uma das categorias primeiras assim, não me lembro de nenhuma que não tenha, nem NASF, todos os NASF's tem, pode não ter outros profissionais, mais assistente sociais todos tem, e matriciamento também as equipes de matriciamento né[...] (Gestor 5)

Outro aspecto que se destaca é quanto à necessidade do assistente social na equipe advir das demandas do trabalho com famílias, demonstrando que o assistente social é identificado como o profissional que tem competência técnica para atuar junto às famílias. Mito (2004) afirma que o Serviço Social tem uma longa tradição no trato com as famílias, fazendo parte da história da profissão.

[...] Isso é interessante porque eu vim aqui com um pedido de necessidades, as pessoas queriam muito uma Assistente Social na

equipe, [...] até porque é uma função de poder trabalhar as demandas das famílias, muito a questão de dificuldades, ser valorizado pela necessidade de trabalho [...] essa equipe pedia muito assim, uma terapeuta de família, mas eu tento explicar que aqui não há necessidade de uma terapeuta de família é mais uma técnica que, por exemplo, eu tenho e faço né, mais eu digo assim terapia no sentido amplo [...]. (Assistente Social 03)

Cabe destacar que o enfoque dado para o trabalho do Serviço Social com famílias refere-se à *Terapia de Família*, alicerçada numa formação ligada ao campo “psi” e ligada à perspectiva de *integração social, de culpabilização dos sujeitos, de enquadramento de condutas*, típicas da Escola Funcional, o que sugere uma fragilidade na apropriação e discussão do lugar e significado da profissão junto à sua equipe de trabalho. Esse discurso com base funcionalista e integrador, “passa a engrossar fileiras no grande projeto, hoje hegemônico, de ‘psicologização’ dos problemas sociais (MIOTO, 2004, p. 03), o que acaba descaracterizando a profissão, “seja por desqualificação, seja pela adesão a outro status profissional” (Idem, p.12).

No extrato a seguir, a assistente social traz que iniciou no serviço de saúde na Atenção Básica e foi deslocada para realizar o Apoio Matricial, o que coaduna com os estudos de Bellini e Closs (2012) que apontam uma redução do contingente profissional inserido em unidades básicas do SUS, num contexto de adesão do Estado aos pressupostos neoliberais, que minimizou e focalizou os serviços de saúde. Entende-se que o profissional de Serviço Social deveria compor a “equipe mínima” da Atenção Básica, considerando a prerrogativa dos determinantes sociais na saúde e territorialidade dos serviços, bem como o princípio da integralidade da atenção em saúde que coaduna com os princípios do SUS. “eu entrei na prefeitura em 2010 e ingressei na unidade básica [...] logo em seguida a gerência me chamou para estar trabalhando na gerência, para fazer uma parceria” (Assistente Social 06).

Por outro lado, com a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos, conta-se com a Atenção Básica para o atendimento da população com transtornos mentais no território. Diante disso, os profissionais que trabalham na atenção básica precisam do suporte de uma equipe especializada, para que junto aos territórios, de maneira longitudinal e integral, possam realizar ações que contribuam com a saúde mental dos sujeitos referenciados nos serviços de

saúde. Assim, o Apoio Matricial é um mecanismo que articula equipe especializada e Equipes de Referência (ER) e espera-se com essa metodologia, proporcionar uma integração dialógica entre as diferentes especialidades, profissões e a corresponsabilização entre as equipes (CAMPOS, 1999).

Como estratégia oficial de Apoio Matricial para as equipes de saúde da família, o NASF (2008) delinea diretrizes que devem pautar a atuação profissional, inclusive a do assistente social: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde, tendo como perspectiva alinhar as demandas de saúde com seus determinantes sociais.

A pesquisa revelou que existem variadas aplicações do Apoio Matricial: 1) Equipe de Apoio Matricial que tem como função específica realizar o matriciamento para as equipes da Atenção Básica, sendo um serviço criado por um município pesquisado e que não está previsto nas legislações do SUS; 2) Apoio Matricial realizado pelos CAPS, em que a própria equipe multiprofissional tem entre suas atribuições desenvolver a metodologia no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2004); 3) NASF, criado com a proposta de desenvolver o Apoio Matricial para suporte especializado à atenção básica (BRASIL, 2008).

Com isso, as ações desenvolvidas pelos profissionais no Apoio Matricial em Saúde Mental também variaram, considerando que cada profissional pesquisado encontrava-se com uma ênfase de atuação dependendo do tipo de arranjo organizacional onde atuava (NASF, CAPS, Equipe de Saúde Mental). As variações são desencadeadas pelo contexto em que se desenvolvem as ações e pelas percepções dos profissionais envolvidos, pois o modo como é concebido influencia diretamente sua implantação e desenvolvimento.

Os extratos a seguir indicam a percepção das assistentes sociais e dos gestores pesquisados quanto às ações do assistente social junto às equipes matriciadoras, demonstrando entendimento sobre o “fazer” do apoio matricial realizado no seu espaço ocupacional, e apesar de não ter uma padronização quanto à metodologia a ser empregada para a realização do apoio matricial, os relatos explicitam a presença dos elementos da metodologia do Apoio Matricial, presentes no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011c) para nortear a prática profissional:

[...] eu acho que articulação dos encontros, de detectar a demanda e explicar isso pra esses profissionais da atenção básica [...] (Gestor 01)

[...] eu vejo realmente como uma atividade que complementa o meu trabalho entende, de que umas das partes no trabalho do assistente social, que é uma das partes das atividades do CAPS hoje é estar dando o apoio a equipe. (Assistente Social 02)

Discussão de casos, acompanhamento de situações graves, consultas conjuntas, visitas domiciliares, apoio a criação de dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica.(Assistente Social 04)

[...] o matriciamento no geral recebe as questões direcionadas para esse grupo, uma equipe, que vai responder as perguntas no geral assim, eu não vejo ela sendo tão definida. (Assistente Social 05)

Apoio a criação de dispositivos, consultas conjuntas, visitas domiciliares, discussão de casos, orientação. (Assistente Social 06)

Observa-se que na percepção dos participantes, o objetivo do Apoio Matricial esteve atrelado a modificar a organização do trabalho em rede e, por isso, seria uma tecnologia de gestão. Tal definição, construída coletivamente, está de acordo com as definições de autores (CAMPOS, 1999; FIGUEIREDO, 2006; CHIAVERINI, 2011), que sugerem o AM como um novo arranjo organizacional do processo de trabalho.

Mantemos 4 grupos de interconsulta, fazemos matriciamento na UBS. A ação mais executada é a discussão de caso, assim como a ajuda na implementação de grupos de atenção em saúde mental (grupos de fala, grupos de expressão e oficina de geração de renda). Tendo em vista nossa dificuldade de pessoal (somos uma assistente social, um psicólogo, dois psiquiatras e uma monitora), [...] não conseguimos acompanhar VD, embora façamos atendimento conjunto. (Gestor 05)

Desde que entrei no CAPS ad (2011) aconteciam reuniões de rede (atenção primária e ampliada), depois transformamos esses encontros em reuniões de rede itinerantes. Em alguns momentos, aconteceram capacitações. (Assistente Social 05)

Cabe destacar a identificação das ações de Apoio Matricial, por parte do assistente social 02, como vinculadas ao trabalho de assessoria:

Aqui a gente não consegue fazer o apoio matricial total que a gente pensa, porque a gente é uma equipe de atendimento e faz também o apoio matricial, faz as duas coisas [...] a gente faz assessoria, a gente avalia. (Assistente Social 02)

Em geral, a assessoria está ligada ao auxílio à outra pessoa ou a uma entidade sobre determinado assunto. O tema não é recente na profissão, sendo

praticada desde a década de setenta pelos assistentes sociais, normatizados na Lei de Regulamentação da Profissão do Serviço Social no Brasil (Lei n. 8662/93) e no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (MATOS, 2009).

Outro ponto que merece destaque nos relatos dos assistentes sociais refere-se ao caráter educativo das suas ações, citando capacitações e a educação permanente em saúde como estratégias profissionais presentes no cotidiano do trabalho no Apoio Matricial. Este aspecto vai ao encontro da metodologia de matriciamento, demonstrando apropriação dos assistentes sociais pesquisados sobre a educação permanente, contribuindo para construir estratégias de transformações nas práticas de saúde com os profissionais.

A gente participa das reuniões de equipe e neste espaço, se trabalha a educação permanente com eles, desenvolvendo um tema [...] (Assistente Social 03)

Ações de acessar serviços, ação da própria conscientização e reflexão, inclusive podendo fazer até digamos que um papel aqui também de formação, mas uma capacitação inclusive até, uma troca do nosso conhecimento para todos os profissionais de saúde que participam e ele também contribui numa capacitação. (Assistente Social 04)

Ações de acessar serviços, ação da própria conscientização e reflexão, inclusive podendo fazer até digamos que um papel aqui também de... não digo formação, mas uma capacitação [...] (Assistente Social 05)

O processo de educação permanente em saúde é inerente à abordagem do Apoio Matricial, como trazido pelos assistentes sociais na pesquisa, sendo um mecanismo de disseminação de informações e socialização dos direitos. De acordo com os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (2010) faz parte de sua atuação mobilizar a educação permanente no espaço de trabalho que é parte das metodologias de matriciamento. Assim o assistente social contribui na formação permanente ao:

[...] esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde; elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros; construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que têm interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito (CFESS, 2010, p. 53).

Compreendendo a importância da ação interprofissional no apoio matricial, a presença do assistente social possui relevância considerando principalmente sua competência teórica-metodológica que proporciona identificar as expressões da questão social presentes no território, contribuindo com a reflexão e problematização sobre os determinantes sociais relacionados ao processo de saúde/doença do usuário. Os extratos a seguir corroboram com esta afirmação:

Então, eu acho que entender a complexidade dos serviços do paciente acho que é um desafio para todos nós e também trabalhar com essas diferentes, como eu vou dizer... achar a intersecção desses diferentes atendimentos ao paciente. (Assistente Social 02)

Os desafios pra mim é exatamente esses de poder propiciar esses espaços de troca, esses espaços em que a gente possa fazer com que todos os profissionais da saúde façam uma interlocução assim entre si, eu acho que isso é um desafio. (Assistente Social 03)

Assim, juntamente com as competências dos demais profissionais da equipe de referência, realiza interconsultas e planeja projetos terapêuticos singulares (PTS) através da compreensão de como as iniquidades sociais impactam no cotidiano de determinado território e assim juntamente com o usuário o PTS é construído considerando suas condições, bem como identifica e articula, junto às equipes matriciadas, a rede de proteção social.

A fala a seguir demonstra uma compreensão integral do processo de saúde e doença contribuindo na construção do PTS:

Reforçar os vínculos e promover ações envolvendo a família, equipe e comunidade, contatar com a Rede, intervir para com o usuário, contribuindo na elaboração do plano terapêutico singular de acordo com as suas necessidades, podendo o plano pode ser elabora de um dia, uma semana e vai sendo renovado junto com ele (Assistente Social 01).

No que diz respeito à troca de conhecimentos entre os diversos núcleos de saberes, enquanto contraponto a um processo de trabalho individualizado ou fragmentado pela especialização para uma ação dialogada e interdisciplinar, o caráter técnico pedagógico do matriciamento parece não apenas tensionar o modelo médico hegemônico, mas principalmente, possibilitar que através da ampliação da visão sobre o contexto de vida dos usuários possa se transformar o cuidado em saúde mental.

Em relação à ação profissional do assistente social ocorrer junto às equipes de apoio matricial, em conjunto com outros profissionais de diferentes especialidades, concorda-se com Iamamoto (2002) quando a mesma defende que a identidade das equipes profissionais em torno de coordenadas comuns não dilui as particularidades profissionais. Para ela o assistente social, mesmo partilhando o trabalho com os outros profissionais, dispõe de ângulos particulares na interpretação dos mesmos processos sociais e de uma competência distinta para a realização das ações profissionais. Esta decorre de vários fatores, dentre eles a formação profissional, a sua capacitação teórico-metodológica, bem como a sua competência na habilidade para desenvolver determinadas ações.

Um dos principais desafios dos assistentes sociais no Apoio Matricial é o trabalho colaborativo em equipes Interprofissionais, que transcende o campo da saúde mental e está relacionado à formação dos profissionais, às resistências de cada núcleo do saber, às relações de poder e saber na sociedade. Ainda, estão ligados às resistências em relação ao conhecimento e apropriação das demandas de saúde mental e da corresponsabilização com o cuidado ao usuário de forma integral, o que aparece no seguinte extrato:

Então, o matriciamento, porque eu faço parte da equipe, o que não aconteceu ainda, porque o processo de matriciamento ele não engatilhou, todas as reuniões se puxa esse assunto e fica e todo mundo, puxa, mas tá assim complicado. (Assistente Social 04)

.Em contraste com o direito de ser assistido em outros níveis de atenção, está outra resistência que transpõe a mudança dos processos de trabalho vigentes, pois o paradigma psiquiátrico ainda persiste no imaginário da sociedade, por acreditar na periculosidade do louco e no isolamento social como forma de assistência para pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 2008).

Corroborando para isso, as condições em que o Apoio Matricial em Saúde Mental é organizado nos serviços, identificando-se a presença de profissionais desestimulados para executar o matriciamento, por conta das resistências apresentadas e de dificuldades de ordem estrutural, além do volume de demanda por atendimentos nos serviços e/ou de equipes de referência que devem apoiar (CAPS, NASF, Equipe de Saúde Mental), como destacado no extrato:

Não há um cronograma sistemático de reuniões e não se dispõe de veículo para ida da equipe interdisciplinar nas Unidades/territórios. Pode-se dizer que a única reunião marcada, mensalmente, é com a Equipe de Saúde Mental. As demais são marcadas conforme a demanda de cada setor/instituição e disponibiliza-se horários no dia da reunião de equipe ou outro horário se não puderem nesse dia da reunião. E a questão do carro, não temos um carro específico para o CAPS. (Assistente Social 02)

Tem-se visto, que não só no NASF, mas em todos os espaços de saúde em que há equipes interprofissionais, os assistentes sociais veem assinalando as dificuldades de compreensão por parte das equipes de saúde com relação à atribuição e competência profissional. Essa dificuldade está colocada face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente (BRASIL, 2009).

Ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde, incide sobre as principais contradições do sistema. Assim, mesmo tendo incorporado ao longo de sua trajetória histórica, outras competências que extrapolam a assistência propriamente dita, o assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência numa política cujo conteúdo assistencial, fragmentado, precarizado e focalizado tem sido uma de suas tendências mais presentes (SOARES, 2010, p. 353).

Por outro lado, Identificou-se durante a pesquisa, que todos os profissionais entrevistados fizeram referência à existência de um trabalho em equipe articulado como essencial para alcance dos objetivos do Apoio Matricial, e informaram que realizam práticas interdisciplinares em seus cotidianos profissionais. A interdisciplinaridade é elemento chave para a concretização do princípio norteador do SUS que é a integralidade, a fim de garantir que os usuários dos serviços sejam atendidos em suas demandas e necessidades de forma plena pelas instituições.

De acordo com Costa (2000), o trabalho do Serviço Social na área da saúde possui suas particularidades e está inserido numa dinâmica de cooperação dos serviços de saúde. A autora utiliza o termo cooperação, afirmando ser:

[...] o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades

especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento, unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais (COSTA, 2000, p. 38).

Ao desenvolver suas ações no AM o assistente social também se utiliza do aparato normativo legitimado profissionalmente e investido da competência técnica, atua na perspectiva do direito social e das mudanças sociais engendradas em seu cotidiano, a partir do fazer profissional na coletividade. Como afirma Vasconcelos (2010), o assistente social tem condições de realizar uma apreensão crítica dos processos sociais partindo sempre de uma perspectiva de totalidade, do movimento histórico que apresenta particularidades no desenvolvimento atual do capitalismo na sociedade brasileira, sendo capaz de desvelar as demandas e possibilidade de ações contidas na realidade, formulando respostas profissionais para o enfrentamento da questão social.

Portanto os profissionais da equipe apoiadora (sendo ela de CAPS, NASF ou outra formatação) subsidiam os profissionais das equipes de referência quanto às demandas que extrapolam a especificidade destes profissionais, discutindo junto com as equipes matriciadas estratégias para atender as necessidades de saúde, partindo do entendimento de que a saúde não é simples ausência de doença e que para atender tais necessidades torna-se um imperativo trabalhar sob o ponto de vista da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

#### 5.4 INTERSETORIALIDADE: A MAESTRIA DO SERVIÇO SOCIAL

Como já se discutiu nesse trabalho, a focalização e a setorização das respostas do Estado às necessidades sociais se constituem na materialização das políticas sociais, “que buscam respostas imediatas, pontuais e fragmentadas às situações demandadas pela classe trabalhadora” (SILVEIRA, 2017, P.127), contrariando a indispensável efetivação do princípio da integralidade via a articulação das diferentes políticas setoriais.

A integralidade, demarcada no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma diretriz (BRASIL, 2006), demanda o reordenamento das práticas profissionais, da organização do processo de trabalho e das políticas, de modo que as

necessidades de saúde da população sejam pensadas e atendidas em sua totalidade (MATTOS, 2001).

Destaca-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), declara a insuficiência do modelo biomédico para dar conta dos determinantes mais amplos do processo saúde-doença e, portanto, denota possibilidade de comprometimento dos diferentes setores com a questão da saúde. Uma definição de intersetorialidade é,

[...] uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções [...] que propicie a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. (BRASIL, 2006, p. 10-11).

A intersetorialidade constitui-se assim em uma necessidade concreta nos serviços de saúde, devendo a realidade vivenciada pelos usuários ser pensada e entendida em sua totalidade, objetivando atendimentos planejados, integrais e articulados pela rede de proteção social.

Dentro dessa perspectiva é que cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.08).

Apesar da intersetorialidade não ser atribuição específica do Serviço Social inserido nos serviços de saúde, mas especificamente no Apoio Matricial, é o que justifica a inserção profissional nesse espaço, assim como nos aponta os trechos dos relatos a seguir:

Toda a totalidade do Serviço Social [...] Não é inerente do SS, mas o que eu vejo no SS do nosso município é o fortalecimento de rede, nesse entrelace que o SS faz. [...] então assim, no apoio matricial sim para poder fazer todo esse mapa do território, mas acho que o assistente social faz com maestria, porque tem mais um olhar mais amplo do território inteiro, esse interlace. (Gestor 01).

Então eu acho que é muito a questão de ter essa articulação com a própria rede e do conhecimento do paciente, porque que a gente vê é que o serviço social ele tem uma gama de experiências que nós não temos, de um conhecimento maior da rede [...] (Gestor 02).

[...] pelo menos aqui na nossa equipe é muito nessa questão de rede assim, de movimentar a rede, de pensar os fluxos, o apoio da rede, o que a gente pode estar acionando [...] (Assistente Social 01).

A gente tenta trabalhar muito em rede, bastante assim, junto com a assistência, com a educação, todas as esferas a gente tenta juntar, eu tento articular, digamos assim, com as instituições que tem a ver com a demanda [...] (Assistente Social 02).

Merece destaque que todos os profissionais, tanto gestores quanto os assistentes sociais participantes da pesquisa reiteram a intersetorialidade em suas diferentes expressões (articulação, rede, interconexão, vinculação, integração, entre outros), como sendo a principal tarefa/ação/especificidade do assistente social no Apoio Matricial em Saúde mental.

A intersetorialidade tem sido atribuída a uma complementaridade entre serviços, setores, atores, uma prática de redes e para isso é necessário que a articulação tenha como base o território onde as ações são desenvolvidas. De acordo com Couto (2010, p.50): “O território é também o terreno das políticas públicas, onde se concretizam as manifestações da questão social e se criam os tensionamentos e as possibilidades para o seu enfrentamento”.

De fato, a intersetorialidade se constitui uma importante contribuição do trabalho profissional, visto que o objeto do Serviço Social são as múltiplas manifestações da questão social e essa é compreendida em sua totalidade no âmbito dos serviços, não podendo suas expressões no concreto vivido pelos sujeitos ser apreendida de forma fragmentada e focalizada. Sendo assim, o Serviço Social tende a contribuir para que tanto as contradições, como a totalidade dos processos sociais, quanto seu movimento histórico seja visibilizado e discutido com os demais profissionais que atuam no AM.

Tal procedimento permite dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão, tanto a partir de seu projeto de formação profissional estruturado desde os anos de 1990, como de suas práticas profissionais, historicamente construídas, e re-visitadas sob a luz do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Essa discussão torna-se fundamental para impulsionar e assegurar a transformação das práticas profissionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 52).

Além de discutir e elucidar os processos sociais, ou como denominei de tradução da realidade social nos espaços sócio ocupacionais, atuando junto às equipes interdisciplinares, os assistentes sociais que historicamente trabalham

no campo das políticas públicas, essencialmente nos serviços disponibilizados para a população, têm sido demandados a dar respostas conectadas com a perspectiva da intersectorialidade.

O papel importante dele é dar um norte pra gente, do que a gente muitas vezes tem na rede em relação aquele paciente [...] (Gestor 04).

O trabalho do assistente social eu visualizo como um articulador desse espaço, um articulador da rede, um articulador e potencializador dessa própria rede, fazendo com que se potencialize, com que se realize, facilitando o acesso desses usuários que chegam até nós (Gestor 05).

Dentro desse espaço que não existe o quadradinho[...] eu acho que o assistente social tem muito um olhar ampliado, assim tipo de rede eu acho que a grande questão... tanto dos recursos sócio assistenciais... é essa questão de articular rede [...]então tipo a minha contribuição é o meu olhar, então o meu olhar é a questão social que ele está inserido, de conseguir entender esse contexto, conseguir passar pra equipe é esse o meu papel. (Assistente Social 04)

[...] mas o Assistente Social trabalha no matriciamento ele fica com uma visão muito inter, é inevitável pela discussão dos casos [...]não pode perder o foco amplo é claro, nosso objetivo do trabalho, mas tu tem que entender um pouquinho das outras especialidades [...] (Assistente Social 05)

Os profissionais pesquisados destacam que o Serviço Social é uma profissão que tem competência para trabalhar com a intersectorialidade, pela formação profissional, pela sua compreensão de política, pela sua visão de totalidade, de contexto social, como reforça a seguinte fala:

É uma profissão que pensa mais amplamente e consegue fazer até mais... não é querer levantar a bola, mas que a gente consegue fazer as interligações entre os profissionais, que a gente tem essa facilidade maior profissional, até porque a gente valoriza, a gente sempre trabalhou a vida inteira nisso e a nossa formação é essa inter e a gente não consegue trabalhar sozinha né, é um elo, é muito esses elos né, eu acho que é fundamental pra justamente pensar nos elos, poder ir fazendo os elos assim, vai te ajudando bastante, essas intersecções, a gente tem esse potencial (Assistente Social E).

Cumpra a tarefa de ser um agente da integração, ou seja, um elo entre os níveis do SUS e setores das demais políticas. Neste sentido, a ação intersectorial realizada pelo Serviço Social na saúde cumpre um papel fundamental enquanto mediador das condições objetivas concretizando direitos, trabalhando cotidianamente com a intersectorialidade, apesar de a *rotinizarem* (MIOTO, 2007).

Para Schütz e Miotto (2008) o Serviço Social tem tratado de forma bastante genérica a intersectorialidade, apesar de esta ser uma temática de grande relevância para as políticas públicas com as quais a profissão trabalha. Entende-se que embora as reiteradas falas sobre a ação profissional no Apoio Matricial em Saúde mental deixarem patente a intersectorialidade como sendo a “maestria” dos assistentes sociais, as práticas intersectoriais acabam sendo banalizadas/ minimizadas em sua importância técnica que preconiza respaldo das três dimensões da competência profissional: ético-política, teórico-metodológica, técnico-operativa.

A intersectorialidade aparece nesse campo profissional de forma incisiva ao Serviço Social, atrelada ao exercício profissional, identificada como sua especificidade, o que se pode inferir que sua materialidade tem estreita relação com as três dimensões indissociáveis da profissão e com a perspectiva de integralidade do atendimento aos usuários, numa lógica de direito social na saúde.

No trabalho realizado no Apoio Matricial, os atendimentos mobilizam ações profissionais que incidem na gestão do serviço, tais como o da sistematização de protocolos e articulação de atores, instituições e serviços, configurando-se a gestão do serviço um fator presente cotidianamente no exercício profissional do assistente social. Dialogando com Miotto; Nogueira (2009) esses processos de planejamento e gestão identificados, fazem parte do conjunto de ações profissionais no SUS e estão contidas nas ações que efetivam a intersectorialidade.

As competências adquiridas ao longo da formação profissional e as experiências no desenvolvimento das políticas sociais fazem do assistente social um profissional requisitado para atuar no campo da gestão das políticas sociais, sendo chamado a realizar assessorias e “[...] convocados a contribuir por meio de seus conhecimentos e pelas suas habilidades em apresentarem proposições para o encaminhamento das questões identificadas no processo de implantação das políticas sociais” (BRAVO; MATOS, 2014, p.51).

Trata-se, deste modo, de um importante instrumento na construção de ações intersectoriais, que acaba por organizar o processo de trabalho do Apoio Matricial em Saúde mental, mobilizando profissionais da Atenção Básica para participação nas atividades de matriciamento, planejando e avaliando com os

profissionais envolvidos as estratégias e ferramentas de trabalho das equipes de forma a efetivar a integralidade do atendimento em saúde mental.

## 6 CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

Ao chegar ao fim desse estudo, não se encontra uma conclusão ou um fechamento. Na verdade, se encontram apenas algumas respostas para as perguntas iniciais e muitos outros questionamentos que foram sendo construídos ao longo do estudo. O processo dialético de formação do conhecimento pressupõe o entendimento de provisoriedade. É necessário compreender que o conhecimento se constrói cotidianamente, partindo da ideia de que o velho é absorvido pelo novo na produção constante da ciência.

Com a conquista do Sistema Único de Saúde muitas foram as propostas de transformação dos modelos de atenção em saúde no sentido de melhorar a articulação entre as equipes e entre os setores com vistas à integralidade do atendimento. Os avanços conquistados com as Reformas Sanitária e Psiquiátrica vêm acompanhados por diversos desafios no âmbito organizacional e interventivo das equipes, evidenciando novas metodologias incorporadas ao processo de trabalho dos profissionais, como o Apoio Matricial em Saúde Mental.

Ao mesmo tempo, a conjuntura social brasileira, expressa pela tão mencionada crise do país, gera impactos diretamente nas políticas sociais e nos serviços de saúde mental, sobrecarregando e desqualificando a atenção em saúde, precarizando ainda mais o atendimento à população usuária. O modelo econômico e político vigente tende a legitimar um Estado cada vez mais submisso aos interesses econômicos e políticos da burguesia em consonância a uma ampla prevalência da financeirização da economia.

Esse modelo econômico e político traz alguns princípios, como cortes em gastos sociais, disciplina orçamentária para controlar os gastos e restaurar uma taxa natural de desemprego, reforma fiscal que beneficia o mercado e flexibiliza os direitos sociais. As intencionalidades das reformas setoriais na área da saúde estão centradas na ideia de estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e o desenvolvimento de experiências de copagamento, rompendo com os princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade. Portanto, o contexto de reforma acaba por subordinar a política de saúde à lógica perversa da contenção de gastos, e a introdução de medidas restritivas e privatizantes em

detrimento da orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde e a garantia das condições para que toda a população tenha acesso a esse direito.

É nessa conjuntura histórica do tempo presente, de agudização das tensões entre capital e trabalho, de contrarreforma do Estado que tem provocado grandes impactos no SUS, estando à saúde nos últimos anos, constituída como um espaço de intensos conflitos de interesses e contradições quanto aos seus princípios e objetivos. Esses impactos e dilemas também têm atingindo os assistentes sociais em seu exercício profissional no âmbito da saúde pública, diminuindo e precarizando postos e condições de trabalho, ao mesmo tempo em que se ampliam a complexidade das problemáticas que lhe são apresentadas cotidianamente.

Apesar do acirramento das “sequelas” da questão social e da assistência propriamente dita ser uma demanda sempre presente nas instituições onde o Serviço Social desenvolve suas ações, o “social” é cada vez menos valorizado. Se evidencia por estratégias e programas de saúde que acabam por desqualificar a profissão, gerando entraves às estratégias voltadas para um entendimento de saúde ampliado, que reafirme a perspectiva dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Nesse sentido, as demandas indicadas pelo projeto de Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ao Serviço Social são consumidas pelo contexto social e institucional em que a profissão está inserida, dificultando a efetivação da saúde enquanto direito.

A metodologia do Apoio Matricial emergiu da constatação de que a reforma psiquiátrica não avançaria com seus inovadores propósitos se a Atenção Básica não fosse agregada ao processo, bem como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O Apoio Matricial ou matriciamento, em especial na Saúde Mental, preconiza que os serviços de atenção psicossocial atentem para ações ligadas ao território, saindo de sua “casinha” e indo ao encontro de outros vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Ainda, prevê a articulação com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção Psicossocial e com o campo da saúde em geral, com a Rede de Atenção à Saúde, bem como com as demais políticas públicas em geral.

Este estudo revelou que são tímidas as produções teóricas elaboradas pela categoria profissional dos Assistentes Sociais que versam sobre o Apoio Matricial, mas apesar disso, os profissionais pesquisados demonstraram conhecimento e intervenção afinados à metodologia proposta. Esta situação de baixa produção acadêmica sobre o tema ressalta a contribuição que esta dissertação pode ter para a área do Serviço Social na Saúde Mental e para a metodologia do Apoio Matricial.

Partindo das questões norteadoras e dos objetivos desta pesquisa, no âmbito do Mestrado de Política Social e Serviço Social, pode-se fazer algumas afirmações, correspondentes aos achados analisados, refletidos e evidenciados.

A primeira questão refere-se à identificação da existência de variadas aplicações do Apoio Matricial e formas de atuação profissional, dependendo da ênfase de atuação (Saúde Mental, Saúde Coletiva) e o tipo de arranjo organizacional em que está (NASF, CAPS, Equipe de Apoio Matricial), não havendo uma padronização quanto à metodologia empregada. Apesar de tímidas produções teóricas sobre o Apoio Matricial, apontadas no estudo bibliográfico nesta pesquisa, a categoria profissional demonstrou conhecimento e intervenção afinados à metodologia proposta.

Observa-se que os assistentes sociais pesquisados apresentam preocupação com a formação permanente, buscando conhecimento específico na área da saúde para atuação no campo profissional. Percebe-se o entendimento de saúde mental na lógica dos direitos sociais ligados à cidadania e o reconhecimento e legitimidade do assistente social como o profissional que atua na lógica do direito, alicerçado no Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social com aproximações fortes com os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

A pesquisa aponta que, ao mesmo tempo em que aparecem ações profissionais que expressam a persistência da tradição conservadora, apresentam-se intervenções que evidenciam a tradução da realidade social como sendo a “expertise” do assistente social no Apoio Matricial em Saúde mental, apoiada nas ações que se estruturam e que ganham corpo ao longo da história, sendo reconhecidas socialmente.

Atenta-se para a restrita referência dos assistentes sociais às demandas do controle social em seus relatos. Isto pode resultar no desenvolvimento de

uma prática conservadora e não propositiva, levando o profissional a não reconhecer que o conjunto de demandas do cotidiano que chegam individualizadas e fragmentadas, representam necessidades coletivas.

Pode-se destacar dentre os achados enquanto competência legítima e reconhecida historicamente, a ação educativa do assistente social, ferramenta estratégica de disseminação de informações e socialização dos direitos. Encontra respaldo nos Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (2010), que preconiza a mobilização da educação permanente no espaço de trabalho pelo assistente social, afinando-se ao processo de educação permanente em saúde previsto pela metodologia do Apoio Matricial.

Outro ponto de conexão com a tecnologia do matriciamento bastante consagrado pelos participantes é o trabalho em equipe interprofissional, mecanismo que prevê ação dialogada e interdisciplinar, encontrando reconhecimento e legitimidade pela categoria dos assistentes sociais, considerando o aparato legal da profissão e os princípios norteadores do SUS que objetivam a integralidade.

Do mesmo modo, observam-se aspectos relacionados ao planejamento e gestão enquanto demandas postas à profissão na efetivação do Apoio Matricial enquanto dispositivo intersetorial. De forma unânime, a intersetorialidade aparece no escopo da ação profissional do assistente social e justifica sua inserção, sendo reiteradamente identificada como a principal tarefa/ação/especificidade do assistente social no Apoio Matricial em Saúde mental.

Se destaca como relevante a constatação da presença das dimensões das competências do Serviço Social nos achados da pesquisa, como expostos e evidenciados nos itens respectivos: a) Ético-política - A Saúde Mental enquanto direito: uma dimensão ético-política do Serviço Social no Apoio Matricial; b) Teórico-metodológica - A persistência da tradição conservadora e a tradução da realidade social enquanto expertise do assistente social: caminhos que se cruzam no Serviço Social; c) Técnico-operativa – Desvendando a ação profissional do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental; Intersetorialidade: a maestria do Serviço Social.

Desvenda-se então, através deste estudo, que o assistente social cria formas de acesso para usuário, ele faz o interlace entre pessoas e serviços,

articula recursos e profissionais tendo como enfoque a garantia dos direitos, a universalidade e a integralidade da Política de Saúde atuando nas relações sociais e nas condições de vida no cotidiano profissional, articulando as competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativa, considerando que todas as dimensões da competência profissional são pensadas em relação, no sentido de possibilitar respostas efetivas para realização do exercício profissional.

Cabe inferir que os resultados da pesquisa apontam que as ações profissionais do Serviço Social nas equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental são historicamente construídas e legitimadas coletivamente pela categoria nos diferentes espaços sócio ocupacionais em que atuam. Suas respostas são forjadas a partir das marcas que cotejam a profissão na sua trajetória, da capacidade de análise da realidade acumulada, de sua capacitação técnica e política alicerçadas no arcabouço jurídico-legal fundamentais a sua materialização: a Lei n. 8.662/1993 (BRASIL, 1993), que regulamenta a profissão, e o Código de Ética de 1993 (CFESS, 1993), que define as competências e os valores éticos norteadores das ações empreendidas.

Para além desses instrumentos legais que compõem o projeto ético-político da profissão, o Serviço Social possui um acúmulo teórico de produções que reiteram as posições que vêm sendo construídas pela categoria profissional em defesa dos direitos sociais e da classe trabalhadora, destacando a incorporação da teoria social crítica no universo da profissão. Dessa forma, a legitimidade das ações profissionais do assistente social no apoio matricial em saúde mental expressa a trajetória histórica da profissão e contempla as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo dos sujeitos profissionais, apoiados nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos que balizam o comportamento dos profissionais, o que permite dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão.

Pesquisar o Serviço Social, e mais precisamente as competências profissionais do assistente social no apoio matricial em saúde mental, supõe articular as dimensões macrossocietárias com as condições sócio históricas, os limites e possibilidades do exercício profissional sintonizado com os novos tempos, no sentido de ir além das demandas já consolidadas socialmente para descortinar as que se abrem à profissão no curso da realidade.

Existem desafios que indicam a necessidade de reafirmar e consolidar cotidianamente os valores, os princípios e as finalidades contidas no Projeto Ético-Político do Serviço Social frente a um contexto social de barbarização da vida, reacionarismo e conservadorismo. É importante, junto a isso, realocar no centro dos debates a construção de estratégias de resistência e de luta pela construção de uma outra forma de sociabilidade, tendo em mente que a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica permanecem como desafios constantes na agenda contemporânea da política de saúde.

Por fim, o diálogo crítico travado a partir do processo de adensamento do arcabouço teórico sobre a Política de Saúde e de Saúde Mental, da metodologia do Apoio Matricial, bem como da herança intelectual incorporada pelo Serviço Social neste campo de intervenção, possibilitaram o desenvolvimento da pesquisa no sentido de elucidar as ações profissionais do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental. Fica evidente que as três dimensões da competência profissional do Serviço Social, constituídas e legitimadas historicamente pela categoria dos assistentes sociais formam um elo entre a profissão e a metodologia de Apoio Matricial em Saúde Mental, reafirmando a competência crítica e o instrumental teórico, conceitual, técnico, ético e político do Serviço Social.

## REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS**, n. 7, São Paulo, 1997.

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

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

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**: Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro. Módulo. 7. Fiotec/Fiocruz, EAD/Fiocruz. 2009.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo, Hucitec, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

BARROS, Juliana de Oliveira. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, Set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>>. Acesso: 26 dez.2017.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Suzana. **Intersectorialidade e políticas sociais**: interfaces e diálogos. Porto Alegre, Brasil: EDIPUCRS, 2014. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>. Acesso em: 12 de jan. 2017.

BELLINI, Maria Isabel Barros; CLOSS, Thaísa Teixeira.. **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação**: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. Disponível: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1484/Servi%C3%A7o%20social,%20resid%C3%Aancia%20multiprofissional%20e%20p%C3%B3s-gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. Editora Cortez. 9ª edição. São Paulo, 2011.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e Política Social: 80 anos de uma relação visceral. In: SILVA, Maria Liduina de Oliveira (org). Serviço Social no Brasil - História de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016.

BERLINGUER, Giovanni et. al. **Reforma Sanitária** – Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

BIANCHI, Alvaro. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n.28. Abril, 2017. Disponível em: <[http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/04/02\\_Bianchi\\_2017.pdf](http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/04/02_Bianchi_2017.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramcar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.99, p.483-497, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social na América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete. et al.(Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 174-195.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 22 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 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. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Disponível em <[http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria\\_154.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/portaria_154.pdf)>. Acesso em jun. de 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** Ministério da Saúde, Brasília, 30 de dezembro de 2010, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 28 de junho de 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm)>. Acesso em 22 de nov. de 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Universidade do Estado do Rio de Janeiro](#); [Universidade Federal do Ceará](#); [Universidade Federal de São Paulo](#).  
Brasília; Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; jun. 2011c. 235 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em 22 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica**, n.34– Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, Nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2017;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linhas de Ação / Gestão e Monitoramento - Política**

**Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2017. Disponível em: <  
[http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/LinhasdeAcao-GestaoeMonitoramento\\_Apresentacao.pdf](http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2017/12/LinhasdeAcao-GestaoeMonitoramento_Apresentacao.pdf)>. Acesso em 22 set. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais.** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 3. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília – DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 88-110 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de.. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal. In: PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p. 197-215, 2001.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária e projeto ético- político do serviço social: elementos para o debate. In BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS.(Org.). **Saúde e serviço social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, p. 25-47, 2004.

\_\_\_\_\_. O projeto ético- político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária. In. MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, p. 197-217, 2006.

\_\_\_\_\_. (orgs.). **Assessoria, Consultoria & Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 2, n. 35, 2011. Disponível em: <  
<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200>>. Acesso em 22 jul. 2017.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n.2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci\\_arttext&tlnq=>](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script=sci_arttext&tlnq=>)> Acesso em: 22 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo. Editora Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci\\_arttext&tlnq=>](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext&tlnq=>)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n2/399-407/pt/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 455-481, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00455.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501625&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501625&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 22 jul. 2017

CAVALCANTI, Patricia Barreto; MACEDO, Erica Fernanda Torres. A relação complexa entre o serviço social no contexto da saúde e o uso da intersectorialidade. **Serviço Social e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 187-210. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8642737>> Acesso em: 02 jan. 2018.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al.. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf)> Acesso em: 05 mai. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução nº. 273/03, Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/ParametrosparaaAtuacaodeAssistentesSociaisnaSaude.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. de 2017.

\_\_\_\_\_. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: mar. de 2016.

CORREIA, Maria Valéria; MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade . As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: Concepção do processo saúde e doença em questão. In VASCONCELOS, K. E. ; COSTA, M.D.C.(Org). **Para uma crítica da promoção da**

**saúde:** Contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-158.

COSTA, Lucia Cortes da. **Os Impasses do Estado Capitalista:** uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa:UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, nº62, Cortez, 2000.** Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35414422/O\\_Trabalho\\_nos\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_e\\_a\\_Insercao\\_dos\\_Assistentes.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1529423058&Signature=eixf6NcL5ui913NqBwKeRhqAlls%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DO\\_Trabalho\\_nos\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_e\\_a\\_Insercao\\_dos\\_Assistentes.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35414422/O_Trabalho_nos_Servicos_de_Saude_e_a_Insercao_dos_Assistentes.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1529423058&Signature=eixf6NcL5ui913NqBwKeRhqAlls%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DO_Trabalho_nos_Servicos_de_Saude_e_a_Insercao_dos_Assistentes.pdf). Acesso em: 22 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e intersectorialidade:** a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do sistema único de saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2010.

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

COUTO, Berenice Rojas et al. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2012.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 961-970, 2011. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2011.v20n4/961-970/> >. Acesso em: 22 jan. 2017.

BERNARDI, Adriana Pigatto et al. Intersectorialidade, um desafio de gestão em Saúde Pública. **Sau & Transf Soc**, v. 1, n. 1, p. 137-142, 2010. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/408>. Acesso 28 de fev de 2017.

DIAS, Míriam Tais Guterres. **O contexto histórico das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul.** A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental na Atenção Básica.** Curso de Especialização em Saúde da Família. Centro Educacional São Camilo. Material didático. 2010.

\_\_\_\_\_. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1024-1045, dez. 2012. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812012000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. SUS, SUAS e política sobre drogas: interfaces e tensionamentos. In. TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. et al. (orgs.). **Descriminalização do cuidado: políticas, cenários, experiências em redução de danos**. Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/159458>> Acesso em: 06 de nov.2017.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família&58; experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sausoc/2009.v18n1/63-74/pt/> > Acesso em: 27 de dez de 2016.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2011. Disponível em: < <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1016/1142>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009. Disponível em: < [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 22 jan. 2017.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação**: Um estudo introdutório. São Paulo: Editora Autores Associados: Cortez Editora, 1983.

CARLOS, GIL Antônio. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo: Atlas**, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In GIOVANELLA, Lígia et al. (org.): **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

HIRDES, Alice. Apoio matricial em Saúde Mental: tecendo novas formas de relação e intervenção. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 405-406, 2015. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180139468016.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

HIRDES, Alice; SILVA, Maira Kelly da Rosa. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 582-592, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n102/582-592/pt/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

HOFFMANN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre/RS, 2007.

IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE, **Coordenação de População e Indicadores Sociais** – COPIS, 2014. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf). Acesso em: 05 ago. 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social no Processo de Reprodução das Relações Sociais. Parte I. Cap. II. In: IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. São Paulo: 1986.

\_\_\_\_\_. O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional. In: BONETTI, Dilséa Adeodata et al. **Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis**. 4. ed. São Paulo: Cortez, p. 87-104. 1996.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. In: CFESS. Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em Pauta. Brasília: DF, p.13-50, fevereiro 2002. Disponível em:  
<<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em 22 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. Cortez Editora. São Paulo. 2008.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS-ABEPSS-CEAD, 2009.

\_\_\_\_\_. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. 50 anos do movimento de reconceituação. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 21., México, Mazatlán, set. 2015.

\_\_\_\_\_. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/02.pdf)>. Acesso: 14 de maio 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IANNI, Octávio. A Idéia de Brasil Moderno. São Paulo: Ed.Brasiliense, 1992.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo. n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BESSA JORGE, Maria Salete et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em < <http://www.redalyc.org/html/1938/193832102006/> >. Acesso em: 22 jan. 2017.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>>. Acesso em: 22 de jan 2017.

\_\_\_\_\_. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: **CANESQUI A. M. (Org)**,. São Paulo: Hucitec; Abrasco, p. 173-204, 1997.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social**: desafios para a formação e o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. O estágio supervisionado em serviço social: desafios e estratégias para a articulação entre formação e exercício profissional. **Temporalis**, v. 13, n. 25, p. 63-90, 2013. Disponível em: < <file:///C:/Users/miriamdias/Downloads/Dialnet-OEstagioSupervisionadoEmServicoSocial-5017107.pdf> >. Acesso em: 22 jul. 2017.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 625-635, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n58/625-635/>> Acesso em: 25 jan.2017.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/132832/128877>>. Acesso em: 26 dez. 2017.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 8, n. 2, p. 241-254, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/6342/>> Acesso em: 22 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: BISNETO, José A.; NICACIO, Erimaldo M. (Orgs). **A prática do assistente social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 139-166.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, Mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social na transição para o próximo milênio, desafios e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 57, p. 133-148, jul. 1998.

MATOS, Maurílio Castro de. **Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica**. In: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 377-389, 2001. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200008&script=sci\\_arttext&tlng=>](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200008&script=sci_arttext&tlng=>)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. O manifesto do partido comunista. In: COGGIOLA, Osvaldo. (org.). **Manifesto do partido comunista – Karl Marx e Friedrich Engels**. São Paulo: Boitempo, 1998.

MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: Os discursos ideo-políticos do Ministério da Saúde**. Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2009.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. **Petrópolis**, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2004. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/979/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, v. 5, n. 1, 2002. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/1796/179618286005/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MIOTO, Regina Célia Tamasso et al. As Ações Profissionais do Assistente Social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade. **Relatório de Pesquisa/UFSC**, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro;,. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, p. 273-303, 2009.

\_\_\_\_\_. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Katalysis**, v.16, número especial. Florianópolis, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. **Intersetorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**. DIPROSUL, Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

MONNERAT, Giselle Lavinias; DE SOUZA, Rosimary Gonçalves. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, v. 12, n. 26, p. 200-220, 2010. Disponível em: < [http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/1023](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre a sua gênese, a "especificidade" e sua reprodução**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: < [http://cliente.arqo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.arqo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 161-170, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2012.v21n1/161-170/pt/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. (Dissertação de mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: MOTA, Ana Elizabete.. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

DO NASCIMENTO, Sueli. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc., São Paulo**, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000100006>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: < [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf) >. Acesso em: 22 jul. 2017.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social pós-64. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996a.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista temporalis**, v. 3, n. 1, p. 12-24, 2001.

\_\_\_\_\_. O movimento de reconceituação 40 anos depois. **Revista Serviço Social & Sociedade**, v. 84, p. 5-19, 2005.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 4, 2006. Disponível em: < <http://cpihts.com/PDF03/jose%20paulo%20netto.pdf>>. Acesso: 22 abr, 2017.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desigualdade se combate com direitos**. Florianópolis, 2005.

\_\_\_\_\_. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais—um debate necessário. **Serviço Social e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 45-72, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634832>>. Acesso em: 03 fev 2017.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde—SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 1, p. 218-241, 2006. Disponível em: < [http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20-%20mioto-2011%20\(1\).pdf](http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/desafios%20impl%20sus%20-%20mioto-2011%20(1).pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2 ed., São Paulo: Cortez, 2005.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

GIOVANELLA, Ligia. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, Lourdes Maria. O Modelo Funcional em Serviço Social de Casos. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 9, Cortez, 1982.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 43-50, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>> Acesso em: 02 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: **Cuidados de Saúde Primários** - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PANIZZI, Mirvaine et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711213>>. Acesso em: 08 dez. 2017

PANSINI, Ana Lúcia de Lima. **A intersectorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES**. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Questão social, Serviço Social e direitos de cidadania**. *Temporalis*. v. 2, 2001.

\_\_\_\_\_. Proteção social contemporânea: A quem beneficia? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

\_\_\_\_\_. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, Papel Social, 2014.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>>. Acesso em: 03 jan.2017.

PINTO, Antonio Germane Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-661, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>>. Acesso 28 de jan de 2017.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 2, n. 1, p. 1-8, 2003. Disponível em: < <file:///C:/Users/miriamdias/Downloads/948-3438-2-PB.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016;

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do Apoio Matricial. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n.7, p. 2157- 2166, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2157-2166/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço. Social e Sociedade**, n. 107, p. 420-437, 2011. Disponível em: < <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/532410M2A390I4x94O23.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Guia de saúde mental**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde; 2002.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva.. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 7-8, n. 7-8, p. 75-106, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=46153&opt=1>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

Luis Miguel Luzio dos; Edna Marta; OLIVEIRA, Bernardo Carlos Spaulonci Chiachia Matos de. *Teoria da Complexidade e as múltiplas abordagens para compreender a realidade social*. **Serviço Social em Revista**, v. 14, n. 2, p. 47-72, 2012. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/11823>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

RODRIGUES SANTOS, Eliezer; BETTIOL LANZA, Líria Maria. O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. **Argumentum**, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v6i2.8173>> Acesso em: 21 jan. 2017.

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da seguridade social**: entre a política pública e o mercado. São Paulo Cortez, 2004.

José Fernando Siqueira. Serviço Social e Contemporaneidade: afirmação de direitos e emancipação política?. **Revista Ciências Humanas**, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <<https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/198>> Acesso em: 21 jan. 2017.

SIMIONATTO, Ivete. As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-política. In: ABEPSS/CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: ABEPSS/CFESS, 2009.

SIMIONATTO, Ivete; LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 215-226, 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/27221816.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a15>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. SPE, p. 17-24, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700003&script=sci\\_arttext&tlnq=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700003&script=sci_arttext&tlnq=pt)>. Acesso em: 27 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. 209 f. 2015. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

\_\_\_\_\_. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete.(org). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Universitária/UFPE, 2010.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: Para além dos plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n.103 p. 453-475, 2010.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde. **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**. Brasília, p. 42, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, v. 85, p. 133-141, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo.. **O projeto ético-político do Serviço Social**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais. Brasília; CFESS/ABEPSS, 2009.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. São Paulo: Cortez, 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal et al. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 98, p. 308-334,.2009. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000589.pdf>> Acesso em: 26 jan.2017.

## **ANEXO I – APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Prezado Pesquisador MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS,

Informamos que o projeto de pesquisa O Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental encaminhado para análise em 11/07/2016 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Psicologia com o seguinte parecer:

Projeto: 31619

Prezada Pesquisadora, MÍRIAM THAÍS GUTERRES DIAS,

Informamos que o projeto de pesquisa, O SERVIÇO SOCIAL NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL, encaminhado para análise, preenche os requisitos em conformidade com a Resolução 01/2013 da Campesq.

Fundamentação Teórica, pertinência e valor científico do estudo.

Projeto de pesquisa produto de dissertação de mestranda do PPG Política Social e Serviço Social no qual expõe fundamentação teórica atualizada. O tema é pertinente e relevante tendo em vista ser um estudo que: a) apresenta uma tímida literatura sobre os temas de interface entre a proposta de intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental e a atuação dos assistentes sociais junto a essa abordagem em saúde; b) fortalecerá a produção de conhecimento para adensar o trabalho profissional; c) potencializará o debate no âmbito da Saúde Mental, buscando a partir de reflexões sobre este modelo forjar novas propostas teórico-metodológicas que legitimem sua abordagem enquanto mediador de processos garantidores de direitos; d) oferecerá elementos importantes para o meio acadêmico, na construção do conhecimento e para o processo de formação profissional, na medida em que há desconhecimento pelos profissionais da saúde sobre o trabalho do Assistente Social nesta política setorial. Destaca-se ainda, a relevância desta investigação, tendo em vista ser fruto de reflexões da caminhada da mestranda iniciada em 2001, a partir de experiências de estágio curricular na graduação em Serviço social e do exercício profissional na Política de Assistência Social de Gravataí, na área de gestão e na participação do processo de implementação da Política Nacional de Assistência Social em âmbito local, gerenciando equipes, projetos, programas e serviços, e por último no trabalho profissional que exerce na Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí na implantação de uma nova formatação de Apoio Matricial em Saúde Mental ligado à Política de Saúde Mental junto aos CAPS (CAPS I e CAPS II).

Objetivos

Geral

- Analisar o trabalho do assistente social junto às equipes de apoio matricial na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na direção da garantia do direito à Saúde Mental para contribuir na construção do conhecimento e intervenção

do Serviço Social na Saúde Mental.  
Específicos:

- Identificar como ocorreu a inserção dos(as) assistentes sociais nas equipes de apoio matricial em saúde mental;
- Conhecer a ação profissional e as demandas atendidas no trabalho do apoio matricial em saúde mental;
- Verificar as características do trabalho do assistente social em equipe multiprofissional e a existência de articulações com as demais políticas setoriais;
- Desvendar a concepção de saúde mental adotada pelos profissionais e a contribuição da ação profissional na garantia do direito à saúde mental.

Metodologia e Viabilidade de Execução:

É um estudo qualitativo e descritivo alicerçado no método de abordagem dialético-crítico, tendo como categorias de análise a historicidade, a totalidade e a contradição. A metodologia de investigação apresentada explicita os aspectos éticos conforme previstos na Resolução nº 510 de 07/04/2016, do Conselho Nacional de Saúde, o delineamento da pesquisa que se constituiu na seleção dos espaços geográficos para realização do estudo empírico e desenvolvimento da pesquisa, a técnica de coleta de dados através de entrevista semiestruturada, os sujeitos participantes da pesquisa, constituídos pelos profissionais assistentes sociais que atuam junto às equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, bem como os gestores imediatos destas equipes vinculados às Secretarias Municipais de Saúde da 10ª Região de Saúde (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre, Viamão), totalizando 15 profissionais. Explicita o tratamento analítico dos dados qualitativos que será por meio da análise de conteúdo. Também expõe como será a devolução dos dados aos sujeitos da pesquisa que acontecerá por meio de relatório e seminários nos referidos municípios.

Cronograma

Adequado à pesquisa e exequível para o período pretendido.

Atenciosamente,

Comissão de Pesquisa de Psicologia

02/08/2016

**ANEXO II- DADOS DOS PARECERES CONSUBSTANCIADOS DE APROVAÇÃO  
DA PESQUISA PELOS COMITÊS DE ÉTICA DE PESQUISA**

**1-Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria  
Municipal de Saúde de Porto Alegre**

CAAE: 60100416.6.3002.5338

Número do Parecer: 1.990.434

Situação do Parecer: Aprovado.

Não Necessita de Apreciação da CONEP.

Data: 30 de Março de 2017

Relatora: Coordenadora Thaís Schossler

**2-Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Psicologia – UFRGS**

CAAE: 60100416.6.0000.5334

Número do Parecer: 1.767.533

Situação do Parecer: Aprovado.

Não Necessita de Apreciação da CONEP.

Data: 09 de Outubro de 2016

Relatora: Coordenadora Clarissa Marcelli Trentini

**3-Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital Mãe de Deus**

CAAE: 60100416.6.3001.5328

Número do Parecer: 1.773.630

Situação do Parecer: Aprovado. Não Necessita Apreciação da CONEP.

Data: 13 de Outubro de 2016

Relator: Coordenadora Erica Rosalba Mallmann Duarte

**4-Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição**

CAAE:60100416.6.3003.5530

Número do Parecer: 1.829.220

Situação do Parecer: Aprovado.

Não Necessita Apreciação da CONEP.

Data: 22 de Novembro de 2016

Relator: Coordenador Daniel Demétrio Faustino da Silva

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA: ASSISTENTE SOCIAL

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **I. Dados de Identificação**

1. Código E- 00
2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União Estável  
( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)
5. Cidade onde reside:
6. Local de Trabalho:
7. Data de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. Forma de ingresso: ( ) Concurso Público ( ) Contratação  
( ) Prestação de Serviços ( ) outros \_\_\_\_\_
9. Cargo: \_\_\_\_\_
10. 10 Função: \_\_\_\_\_

### **II. Formação profissional**

1. Graduado (a) desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Tipo de Graduação: ( ) Presencial ( ) EAD
3. Pós-Graduação:  
Especialização ( ) Sim ( ) Não  
Mestrado ( ) Sim ( ) Não  
Doutorado ( ) Sim ( ) Não  
Pós-Doutorado ( ) Sim ( ) Não

### **III. Formação Continuada**

1. Cursos de extensão: ( ) sim ( ) Não
2. Área de concentração dos cursos:  
( ) Saúde ( ) Saúde Mental ( ) Saúde Coletiva  
( ) Políticas Sociais ( ) Outros: \_\_\_\_\_
3. Seminários, oficinas, dentre outros: ( ) Sim ( ) Não

### **IV. Experiência profissional**

1. Quais as áreas de atuação profissional?

### **V.Trabalho Profissional**

1. A qual equipe de trabalho o Serviço Social está vinculado no organograma da instituição?
2. Existe profissional de Serviço Social na Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental? Quem?
3. Há quanto tempo a Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental conta com o trabalho do assistente social?
4. Como ocorreu a inserção do assistente social nas Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental?
5. O Serviço Social possui planejamento específico ou está inserido no planejamento geral da Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental? (caso possuir um plano de atendimento, solicitar ao profissional).
6. Qual a concepção de Saúde Mental que baliza o teu trabalho enquanto Assistente Social inserido na Política Pública de Saúde?
7. Destaque as demandas atendidas pelo assistente social no Apoio Matricial em Saúde Mental?
8. Quais as ações desenvolvidas pelo assistente social para o atendimento destas demandas?
9. Há outras situações demandadas para o Assistente Social?
  - a)  Sim. Quais?  Não
  - b) Por quem?
  - c) As mesmas são atendidas? Porquê?
10. Você avalia que as situações demandadas para o Serviço Social estão de acordo com o trabalho desenvolvido pelo Assistente Social no Apoio Matricial em Saúde Mental?
11. Destaque quais as ações desenvolvidas pelo Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental que contribuem para a garantia do direito à Saúde Mental?
12. As equipes da Atenção Primária em Saúde têm conhecimento do trabalho do assistente social no Apoio Matricial em Saúde Mental?  Sim  Não  Em parte
15. Na sua opinião, como as equipes da Atenção Primária em Saúde percebem o trabalho do Assistente Social no Apoio Matricial em Saúde Mental?

16. Para você, quais os maiores desafios para o trabalho com as demais Políticas Setoriais, na perspectiva da garantia de direitos para a população usuária?
17. Dê um exemplo de uma experiência positiva e de uma experiência negativa na realização de ações entre as demais Políticas Setoriais:
18. De que forma você busca subsídios teórico-metodológicos sobre o Serviço Social na Saúde Mental, mais especificamente no Apoio Matricial em Saúde Mental?
19. Gostaria de acrescentar algo mais a respeito do que tratamos? Sugestões e contribuições.

## APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA: GESTOR/A

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **I. Dados de Identificação**

2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Sexo: ( ) F ( ) M
4. Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União Estável ( )  
Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)
5. Cidade onde reside:
6. Local de Trabalho:
7. Data de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. Forma de ingresso:  
( ) Concurso Público  
( ) Contratação  
( ) Prestação de Serviços  
( ) outros \_\_\_\_\_
9. Cargo: \_\_\_\_\_
10. Função: \_\_\_\_\_

### **II. Formação profissional**

1. Graduado (a) desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Tipo de Graduação: ( ) Presencial ( ) EAD
3. Pós-Graduação:  
Especialização ( ) Sim ( ) Não  
Mestrado ( ) Sim ( ) Não  
Doutorado ( ) Sim ( ) Não  
Pós-Doutorado ( ) Sim ( ) Não

### **III. Formação Continuada**

1. Cursos de extensão: ( ) sim ( ) Não
2. Área de concentração dos cursos:
3. ( ) Saúde ( ) Saúde Mental ( ) Saúde Coletiva
4. ( ) Políticas Sociais ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Seminários, oficinas, dentre outros: ( )Sim ( )Não

#### **IV. Experiência profissional**

1. .Quais as áreas de atuação profissional?
2. Gestor (a) da Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental desde:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

#### **V. Apontamentos do (a) Gestor (a):**

1. Quais os arranjos organizacionais de Apoio Matricial em Saúde Mental existentes na Política Pública de Saúde do seu município?
2. O profissional assistente social está presente nas equipes matriciadoras?
3. Como ocorreu a inserção do profissional de Serviço Social na Equipe de Apoio Matricial em saúde Mental?
4. Você conhece o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental? ( )Sim ( )Não ( ) Em parte
5. Em sua opinião, qual é o trabalho realizado pelo assistente social que atua no Apoio Matricial em Saúde Mental? Exemplifique.
6. Quais são as demandas atendidas pelo assistente social no apoio matricial em saúde mental?
7. Qual a importância do trabalho do assistente social junto à Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental?
8. Gostaria de acrescentar algo mais a respeito do que tratamos? Sugestões e contribuições.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: O Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o trabalho do assistente social junto às equipes de apoio matricial na 10ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, na direção da garantia do direito à Saúde Mental para contribuir na construção do conhecimento e intervenção do Serviço Social na Saúde Mental.

Pedimos sua colaboração para participar da pesquisa respondendo a entrevista semiestruturada referente ao tema deste estudo, que será gravada para fins exclusivos desta atividade. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e será mantido o sigilo de sua participação, ou seja, em nenhum momento do estudo ou do relatório os sujeitos participantes serão identificados e que após o término do relatório, as entrevistas transcritas serão destruídas, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes.

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto há previsão que os resultados do estudo contribuam para elucidar as contribuições do Serviço Social junto às equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental.

Informamos que não haverá efeitos colaterais, riscos e desconfortos em decorrência da sua participação no estudo, considerando que o risco é mínimo por ser um estudo investigativo que não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo e colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos ou dúvidas relativas à pesquisa. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, através do telefone (51)3308-5698, situado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre; da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através do telefone (51) 32.89.55.17, situado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, Centro Histórico de Porto Alegre; do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h; do HCPA, através do telefone 3359-7640, situado na Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 2227, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre; do Hospital Mãe de Deus, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Prof.ª Míriam Dias, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que poderá ser encontrada na Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 300 B, Bairro Santa Cecília, ou nos telefones (51) 3308-5953 ou (51) 99967-7775, ou através da mestrandia em Política Social e Serviço Social, Claudia Winter da Silveira, telefone (51) 99823-2316.

### **Declaração de consentimento**

Concordo em participar do estudo intitulado “O Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental”.

Ficaram claros para mim quais são os OBJETIVOS do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de pedir esclarecimento sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Estou ciente de que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora responsável, e que a minha participação será somente para responder a um formulário, não abdicando de nenhum de meus direitos legais. Expresso minha concordância com a divulgação pública dos resultados, uma vez que recebi garantias sobre o anonimato e sigilo de minha identidade.

Nome do Participante:

---

Assinatura do Participante:

Pesquisadora:

---

Assinatura da Pesquisadora:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, telefone (51) 33085698.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico de Porto Alegre, telefone (51) 3289-5517.

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição - GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus - HMD, telefone (51) 3230-6087 cep.ucmd@maededeus.com.br.

**APÊNDICE D – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu \_\_\_\_\_,  
matrícula\_\_\_\_\_ responsável\_\_\_\_\_ conheço o  
Protocolo de Pesquisa intitulada “**O Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde  
Mental**”, tendo como Pesquisadora Responsável a professora Míriam Dias.  
Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê  
de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, a realização desta  
pesquisa.

Município\_\_\_\_\_, / /

---

**Assinatura e carimbo**

Comitê de Ética em Pesquisa do instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília, telefone (51) 3308-5698.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico de Porto Alegre, telefone (51) 3289-5517.

Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição - GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus - HMD, telefone (51) 3230-6087 cep.ucmd@maededeus.com.br.