
**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

CÁSSIA DA SILVA RELVA

**O PAPEL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ACOLHIMENTO
TEMPORÁRIO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE
E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A
PARTIR DE UMA UNIDADE FEMININA DE ACOLHIMENTO**

BRASÍLIA - DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CÁSSIA DA SILVA RELVA

O PAPEL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DE UMA UNIDADE FEMININA DE ACOLHIMENTO

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CÁSSIA DA SILVA RELVA

O PAPEL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E/OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DE UMA UNIDADE FEMININA DE ACOLHIMENTO

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof. Avaliador 1

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

A Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, pela oportunidade de realizar mais esta formação, espero poder qualificar meu trabalho de acolhimento ao sofrimento humano. À minha amada mãe pelo seu incentivo, dedicação, sacrifício, paciência e parceria ao longo dos anos

Aos trabalhadores da Assistência Social, em especial, aos meus colegas de trabalho, que me ensinam o papel da paciência e perseverança na luta pelos direitos humanos e cidadania.

As mulheres da Casa Flor, que me ajudaram a ressignificar meu lugar na Assistência Social.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos aos meus colegas do curso de especialização pelos meses de convivência e aprendizagem, trocas, dúvidas, angústias e alegrias, onde conquistei novos amigos. Vocês tornaram meus finais de semana durante esses meses menos exaustivos.

As monitoras do curso de especialização em saúde mental pela colaboração na travessia, reconheço que dei trabalho.

Ao corpo docente do curso de especialização pelas experiências compartilhadas.

Aos amigos do trabalho que me incentivaram e colaboraram com a minha formação, seja nas discussões, seja compreendendo as minhas ausências, em trocas de escala, indicação de livros, compartilhando suas memórias.

As contribuições pertinentes e solidárias de Maria del Carmem Jansen,

Ao meu namorado, prof. Dr. William Alves, grande parceiro nesta jornada, pela paciência, solidariedade e confiança na minha capacidade, merecemos férias!

RESUMO

A partir de um relato de experiência em uma unidade de acolhimento de mulheres na Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal (SEDEST), este trabalho busca refletir sobre os limites e possibilidades da assistência social na execução do serviço de acolhimento institucional temporário de mulheres com sofrimento psíquico grave e/ou dependência química. Será apresentado o paradigma sistêmico e como ele está presente na formulação das políticas públicas de assistência social e saúde mental, assim como o debate sobre o realinhamento das posturas profissionais para a execução de políticas neste modelo. Em seguida, são apresentadas as políticas de assistência social e saúde mental, sua organização, competências e pontos de convergência. Por fim, será apresentado o paradigma pós-moderno e o uso da metodologia escolhida, o relato de experiência, como instrumento tradicional e relevante para a produção científica. Acredita-se que o sofrimento psíquico e/ou a dependência química encontrados em usuárias acolhidas nesta modalidade de serviços de assistência social correspondam às fragilidades e à complexidade de suas trajetórias de vida e, por isso, é necessário diversificar a oferta de serviços e atividades da rede institucional para atender a diversidade encontrada nesta complexidade.

Palavras-Chaves: Saúde Mental; Assistência Social; Acolhimento

ABSTRACT

From the starting point of the personal narrative of a professional experience in a public women shelter at Brasília, Brazil, this paper aims to ponder on the limits and possibilities of the public social service at performing the temporary institutional sheltering of women with serious psychic suffering and drug addiction. There will be an introduction to the systemic paradigm and how it is present at the formulation of Brazilian policies in social service and mental health, also some formulations will be made on how to reassign professional positioning for the good execution of both services under such a model. Afterwards, there will be an introduction to the national Brazilian policies of social service and mental health, its organization, attributions and converging points. Finally, the post-modern paradigm will be introduced together with the chosen methodology, the personal experience narrative, a traditional and relevant instrument for science. It is stated that the psychic suffering and the drug addiction of sheltered women at this service in the social care system correspond to the fragilities and complexities and of their lives' history. It is necessary, thus, to diversify the available services and activities of the social caring network to fulfill the needs of the diversity found in such a complexity.

Key-Words: Mental Health; Social Service; Sheltering

SUMÁRIO

Introdução	1
Objetivo Geral	5
Objetivos Específicos	5
Metodologia e Método de Pesquisa	6
Capítulo 1- Paradigma sistêmico nas políticas públicas	
1.1-Das políticas públicas aos estabelecimentos de saúde mental e assistência social	9
1.2-Da redução à complexidade: paradigma sistêmico nas políticas públicas de saúde e assistência social	10
1.3-O paradigma sistêmico e a rede social	14
1.4-Da rede social individual à rede institucional	16
1.5-Da intervenção no indivíduo à intervenção no sistema familiar	18
1.6-De doente mental a pessoa que sofre e seus contextos	19
Capítulo 2 - Política de assistência social e saúde mental: seus contextos e públicos	
2.1-A política da assistência social: do assistencialismo ao direito	21
2.2-De assistidos sem direitos à cidadania	23
2.3-Do indivíduo à família	27
2.4-A gestão e os trabalhadores do SUAS	30
2.5-A política de saúde pública	32
2.6-A política de saúde mental	33
2.7-A interfaces entre as duas políticas	35
Capítulo 3 - A saúde mental na assistência social	
3.1- Crise do paradigma moderno e uma nova percepção de ciência	36
3.2 -Unidade de acolhimento para mulheres	40
3.2.1 Dimensões físicas	40
3.2.2 Público	42
3.2.3 Equipe	50
3.2.4 Rotinas e procedimentos: construindo rede e cidadania	54
3.2.5 Evasões e reincidências	59
4 Considerações finais	62
5 Referências bibliográficas	64

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste projeto é refletir sobre o serviço de acolhimento da política de assistência social durante o acolhimento temporário de mulheres com sofrimento psíquico e/ou dependência química. Entende-se que a realidade da saúde mental não pertence apenas aos profissionais da saúde e da saúde mental, mas requer a colaboração e promoção de outras atividades para garantir o acesso aos direitos do portador de sofrimento psíquico e/ou usuário de droga e seus contextos. A partir de um relato de experiência vivida em uma unidade de acolhimento temporário feminina da assistência social no Distrito Federal, será apresentado o papel da assistência social nestas circunstâncias, os limites e possibilidades de atuação com este público.

O projeto de pesquisa é fruto de uma inquietação perante a observação e vivência nos serviços ofertados aos usuários com sofrimento psíquico grave e/ ou dependência química acolhidos temporariamente em unidades da assistência social. A pesquisadora é psicóloga e atua no cargo de técnica de assistência social em uma unidade de acolhimento para mulheres e deseja compreender melhor os limites, as convergências e as possibilidades de trabalho da assistência social neste contexto.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e as secretarias na esfera federal, estadual e municipal são os executores do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). As pessoas que estão em situação de acolhimento institucional estão vinculadas às políticas voltadas para a Proteção Social Especial (PSE). O indivíduo ou família amparados por essa política enfrentam situações de violações de direitos tipificadas como violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual, abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou ainda o afastamento do convívio familiar. A principal característica da PSE é ser uma política de serviço voltada para a proteção e prevenção. O serviço de acolhimento tem o objetivo de acolher indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados. É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência ou pessoas em trânsito e sem sustento. Deve garantir privacidade, respeito a raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual, oferecendo a elas condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, privacidade e acessibilidade adequadas. Outro objetivo deste serviço é também ofertar meios para o desenvolvimento da autonomia de seus usuários e para o auto-cuidado e promover o acesso à rede de qualificação profissional para sua inclusão no trabalho remunerado.

O Distrito Federal oferece os serviços de acolhimentos institucionais para diversos públicos - crianças, adolescentes, adultos e idosos. As atividades são realizadas pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda nas unidades públicas de acolhimento ou por entidades e organizações de assistência social conveniadas e não conveniadas ao governo. Os serviços de acolhimento possuem orientações técnicas para o seu funcionamento e integram os serviços de alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Deve realizar a articulação com os demais serviços socioassistenciais, outros serviços de políticas públicas, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Tem como meta a redução das violações dos direitos socioassistenciais, agravamento ou reincidência; reduzir a presença de pessoas em situação de rua ou abandono; construção de autonomia; inclusão em serviços e acesso à oportunidade, entre outros.

Uma realidade encontrada no Distrito Federal, a partir da observação e experiência vivida, é o acolhimento de pacientes oriundos da saúde mental ou pessoas em situação de rua que apresentam algum transtorno e/ou dependência química diagnosticados, acolhidos nesta circunstância pela assistência social. Esta realidade, antes de ser uma exceção, é um direito do usuário ao acolhimento, entretanto, elas demandam reflexões sobre os parâmetros, as possibilidades e limitações para realização do serviço e das atividades para público com essas características.

A Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde prevê diversos serviços e estabelecimentos, uma delas são as unidades de acolhimentos temporárias da saúde para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2012), tem como objetivo acolher as pessoas em tratamento na rede de saúde mental para convivência temporária de até seis meses com o foco na busca por alternativas de moradia e apoio aos projetos dos acolhidos para garantir emprego e volta ao estudo. Esta realidade longe ser exclusiva de uma política ou outra, é de responsabilidade compartilhada, necessitando do acolhimento do Estado para promoção da saúde e de contextos associados com a dependência química e/ou sofrimento psíquico. Desta forma, as circunstâncias indicam que este público também é da Assistência Social e não apenas da Saúde e da Justiça, por exemplo.

Uma das ações da assistência social é auxiliar no projeto individual de cada usuário acolhido nessas unidades, promover e auxiliar o acesso ao tratamento aos serviços de saúde. Para tanto, é realizado a confecção de documentos, inscrição no SUS e busca pelos vínculos familiares por meio de serviços e estabelecimentos da Assistência Social - CREAS E CRAS -

e suas equipes, promoção do direito à saúde como a garantia e promoção de marcação de consultas, exames, acesso à medicação entre outras. Estas atividades vão desde informação e orientação de seus direitos como também o acompanhamento em consultas e exames em casos usuários com sofrimento psíquico grave e/ ou dependentes químicos, que podem apresentar alteração de suas funções psíquicas como também orgânicas- fraturas decorrentes de quedas, quadros de anemias, ferimentos, escarras, etc..

Diante deste cenário, reconhece-se a importância da construção e manutenção da rede social para a promoção da saúde dos pacientes em sofrimento psíquico e/ou dependentes químicos com ou sem transtorno mental que se encontram nas unidades de acolhimento da Política de Assistência Social. A Assistência Social como política pública prevê a intersetorialidade, que deve se manifestar por meio de ações conjuntas destinadas à proteção social e no enfrentamento das desigualdades sociais identificadas em cada condição. Prevê ainda a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades especiais da população. (PNAS, 2004)

A assistência social, dentro do cenário da saúde mental, encontra-se como complementar as ações da rede de saúde mental para casos em que o sofrimento psíquico e/ou dependência química estão atrelado a fragilização ou ruptura dos vínculos familiares e comunitários, resultando em situações de vulnerabilidade social. Tanto os princípios do SUS como os princípios da Reforma Psiquiátrica preconizam a articulação a partir da noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, promoção da cidadania dos usuários e construção de autonomia de usuários e familiares. Desta forma, acredita-se que para garantir o sucesso efetivo do acolhimento de pessoas é preciso a intervenção em rede, ou seja, a permanente integração de ações de garantia de direitos - Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública com a rede socioassistencial- Proteção Social Básica, Proteção Social Especial e demais políticas públicas setoriais, materializada em seus programas e serviços de saúde e outras instituições.

Boccacin (2001) afirma que os vocábulos rede e sistema são muito utilizados durante a prática dos profissionais que representam as diversas instituições responsáveis pela dignidade da pessoa humana em contextos de vulnerabilidade. Em seu estudo, aponta: “O conceito de rede, tanto no singular quanto no plural, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou forma das relações sociais” (BOCCACIN,2001, apud BASTOS; MENDES,2010, p.49).

A partir da compreensão de que os serviços de acolhimento da assistência social se

relacionam de forma mais direta com os outros componentes da rede social, eles podem ser entendidos como os que possuem a melhor condição de indicar as dificuldades e as fragilidades de funcionamento do sistema como também ser aqueles que iniciam as mudanças. Para os autores Bastos e Mendes (2010) os serviços de acolhimentos ainda não se observam como uma rede de atendimento, o que resulta em procedimentos, muitas vezes, isolados, emergências e temporários para solucionar suas demandas imediatas, que podem resultar em ações desarticuladas e descontínuas. Sluzki (1997), defende que é com a rede que o indivíduo constrói seu universo relacional, reconhecendo-se como cidadão e construindo sua autoimagem, sua identidade. Desta forma, uma rede social efetiva, firme, confiável contribui para o reconhecimento e construção da autoimagem positiva do indivíduo, promove o bem-estar e permite a ele a possibilidade de adaptação diante de uma crise. Do mesmo modo, uma rede mínima, frágil, desarticulada, promove ou exacerba a crise, o problema.

As redes sociais são entendidas como formas de relações sociais. Trabalhar a intervenção em rede é, portanto, construir, ampliar, transformar essas relações. Enquanto a rede primária do indivíduo como a família, o parentesco, as amizades confere ao sujeito a identidade e o sentimento de pertencimento, as redes secundárias, como as instituições, são responsáveis pelo bem-estar social, pois sua meta deve ser garantir as necessidades imediatas. (SANICOLA, 2008).

Uma das realidades encontradas em unidades de acolhimento com os acolhidos diagnosticados com sofrimento psíquico e/ou dependência química é a descontinuidade do tratamento nos serviços de saúde mental e a reincidência do uso dos serviços de acolhimento da assistência social. A partir da observação e experiência vivida, é comum as rotinas de evasão, abandono das unidades e a volta a situação de rua e reinserção do mesmo usuários em um curto espaço de tempo. Algumas hipóteses para esta realidade pode estar na forma como a promoção ao acesso aos serviços se realizam, como são feitos os acompanhamentos e quais suas limitações e possibilidades.

Para investigar como a Assistência Social tem realizado sua atuação na construção da rede social e qual o seu papel para acolhidos com sofrimento psíquico grave ou dependência química diagnosticados, será feita uma análise de uma unidade de acolhimento de mulheres. A partir de documentos- portarias, regime interno etc, publicados em Diário Oficial, sobre as funções, atividades e rotinas previstas para a unidade de acolhimento em questão e associados à memória da experiência pessoal do pesquisador com o objeto. Serão realizadas reflexões a partir deste contexto sobre limites e possibilidades da atuação da assistência social no acolhimento desse perfil de usuários.

Objetivo Geral:

_ Esta pesquisa busca discutir os parâmetros, limites e possibilidades do acolhimento temporário em unidade de acolhimento da assistência para usuárias que apresentam além da vulnerabilidade social, sofrimento psíquico grave e/ ou dependência química diagnosticada

Objetivos Específicos:

_ Discutir a articulação da rede institucional - assistência e saúde mental- a partir do relato das rotinas e procedimentos de uma unidade de acolhimento institucional para mulheres.

_ Discutir os limites e as possibilidades de atividades e atribuições relativos à Assistência Social no acolhimento de mulheres com sofrimento psíquico e/ou dependência química.

1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DE PESQUISA

Para confecção deste trabalho, a metodologia utilizada é a análise documental- a partir textos legais e públicos como regimento interno, portarias, disponibilizadas em diários oficiais sobre os procedimentos, funções e atividades previstas para a assistência social numa unidade de acolhimento. Além da análise de documental será utilizado o relato de experiência, por meio da observação e anotações pessoais, relatos não sistematizados e memórias da pesquisadora em sua prática profissional. Optou-se por esta metodologia tendo em vista o curto prazo para a realização deste projeto e as exigências que demandam avaliação e consentimento como Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Brasília e órgãos públicos para obtenção de dados específicos como sinopses e fluxos de atendimento, prontuários de usuários atendidos, etc. Acredita-se que, apesar de ser relevante a consulta de dados estatísticos, números de fluxo de encaminhamento ou sinopses, com apenas eles não seria possível discutir as contingências e as dinâmicas que envolvem as rotinas dos atendimentos, seus limites e possibilidades para o serviço ofertado neste contexto.

A pesquisa qualitativa oferece a condição de investigar os processos subjetivos como as expectativas, as vivências e seus resultados psicológicos nos sujeitos da pesquisa. A escolha desta abordagem nos permite a construção de uma base metodológica capaz de realizar a imersão nos processos subjetivos. De acordo com Gil (1999), o método qualitativo de investigação define-se pela descrição, interpretação e desenvolvimento de teorias relativas aos fenômenos. Segundo González Rey (2002), a pesquisa qualitativa é um processo de produção permanente de conhecimento e os resultados são momentos parciais que se integram com novas perguntas. Cada resultado está imerso dentro de um campo infinito de relações e processos que o afetam e se tornam eixos da pesquisa. A pesquisa qualitativa é uma construção em processo e não será necessariamente uma pergunta que deve ser respondida ao final da pesquisa.

A forma como determinado aspecto específico do social se expressa no indivíduo e mesmo expressando o social não o reproduz, mas o organiza em um tipo de realidade distinta é chamado de subjetividade. O sentido subjetivo e suas formas de organização e de processos estão presentes nos níveis simultâneos das subjetividades social e individual e se fazem incorporados nas diferentes atividades e relações do sujeito que interage em diversos espaços e contextos sociais.

A subjetividade é um sistema complexo e, como tal, suas diferentes formas de

expressão no sujeito e nos diferentes espaços sociais são sempre portadoras de sentidos subjetivos gerais do sistema que estão além do evento vivido, o do contexto em que se centra. (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 126).

A metodologia qualitativa permite, enfim, a interpretação dos dados e, como forma de investigação, que não descarta os processos subjetivos contidos nesta atividade, valida o papel da interação social. O relato de experiência é uma possibilidade epistemológica bastante antiga. Encontra-se nos primórdios da construção do conhecimento humano. Não é difícil imaginar que nas primeiras sociedades humanas, uma vez estabelecida alguma forma de linguagem, o conhecimento fosse transmitido por meio de histórias e lembranças de alguém que tenha vivido uma experiência desconhecida pelos outros membros do grupo, de importância para a coletividade.

Mais adiante na história do conhecimento, o general chinês Sun Tzu e o historiador grego Heródoto, apenas para citar alguns exemplos, utilizaram suas experiências para compor obras que seriam de uso e aprendizagem de todos. Essa é a lógica que sustenta o relato de experiência, o singular ensina sobre o geral, não há dicotomia, nem hierarquia. A experiência de um indivíduo auxilia e é de interesse para toda a coletividade.

Posteriormente, na história do conhecimento o pessoal foi bastante valorizado pela idade média cristã no ocidente. A revelação individual podia auxiliar os fiéis e guiar toda a cristandade, por meio dos visionários e místicos. Com o passar dos séculos, porém, a autoridade eclesiástica passou a temer e coibir estes relatos individuais, por medo de insubordinação dos seus seguidores. A repressão foi brutal.

Por fim, a partir do renascimento, quando um antigo espírito de inquirição sobre o mundo retorna à Europa ocidental, o relato pessoal será interessante para a retomada da curiosidade científica. São notórios os relatos de viajantes, por exemplo, com Marco Polo relatando toda uma geografia, uma zoologia e uma botânica mágicas. Essa prática alcança seu momento máximo com a descoberta da América. Os relatos pessoais de viajantes não apenas serviam para acelerar o conhecimento científico, mas, especialmente para alimentar todo o imaginário ocidental. Haja vista que um dos viajantes, Américo Vespúcio, escreveu um relato tão popular que seu nome acabou batizando todo o continente recém encontrado pelos Europeus.

As ciências ditas duras, como física e química, por exemplo, nascentes neste momento, irão se afastar do relato de experiência. O novo método científico, buscado por Bacon, Hume e Descartes deveria ser imparcial. Galileu, Newton, e posteriormente Lavoisier, tornam-se epítomes da nova era e da nova modalidade epistêmica. Não havia mais lugar para

achismos e impressões baseadas na primeira pessoa. A linguagem verbal deveria ser substituída pela matemática, muito mais isenta e universal, mais verdadeira. Essa radicalização cresce por todo o século XVIII e atinge seu auge no século XIX, sofrendo uma profunda crise no século XX.

A antropologia nas ciências humanas, a relatividade geral, a quântica e a teoria das cordas na física, além de outras questões em vários outros saberes, começaram a valorizar o pessoal, o individual e a interação cientista-objeto. A relação entre cientistas e seus estudos é tão grande que alguns chegaram a morrer por isso vejam-se os casos de Roger Bacon, no início da retomada do método empírico, no século XIV, e de Marie Curie, Nobel de química e física, no século XX. A experiência individual é uma das formas de apreensão do real, para alguns filósofos a única, e não pode ser menosprezada como fonte epistemológica. Como base neste discurso, apresentarei o relato de experiência como construção de investigação científica.

CAPÍTULO 1

Paradigma Sistêmico nas Políticas Públicas

Neste capítulo será apresentado a incorporação do paradigma sistêmico na construção das políticas públicas e suas características. Pretende-se com ele a reflexão para o trabalho numa perspectiva sistêmica e a mudança de postura que ele nos convida a realizar perante a observação e a condução dos acolhimentos e intervenções.

Será apresentado também o conceito de rede social, seus objetivos e características como uma proposta de metodologia de trabalho na perspectiva sistêmica com pacientes da saúde mental e usuários dos serviços da assistência social, tendo em vista que um de seus atributos é o recurso terapêutico que este proporciona. Entende-se que a rede social antes de ser um conceito é também um instrumento de trabalho imprescindível na diminuição das crises quanto construída por profissionais de ambas as políticas.

1.1 Das políticas públicas aos estabelecimentos de saúde mental e assistência social

A assistência social e a saúde pública encontram-se referenciadas na Constituição Federal como parte da seguridade social: "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social. (BRASIL, CF, ART 194).

A partir desse artigo pode-se compreender que a seguridade social é um conjunto de ações integradas ou realizadas pela articulação intersetorial, na qual as políticas públicas desenvolvidas devem promover diversas ações articuladas para que se assegurem os direitos. Esta concepção visa que desde a organização, planejamento e ações pensadas pelos gestores até a execução dos serviços pelos agentes em suas áreas fins de saúde pública, assistência social e previdência social sejam articuladas para a promoção da seguridade social. Desta forma, as três instituições- assistência social, saúde pública e previdência social tem como objetivo comum a seguridade social, que é o próprio conjunto de ações integradas. A partir desse critério, é interessante refletir que o trabalho dos servidores e gestores dessas áreas tem um fim: o conjunto de ações articuladas para garantir o acesso aos direitos sociais.

A seguridade social é calcada na ideia de que os cidadãos tenham direito ao acesso a um conjunto de direitos e seguranças para cobrir, reduzir ou prevenir situações de riscos e de

vulnerabilidade social. A seguridade brasileira surge como um sistema de cobertura de diferentes circunstâncias que alcançam a população durante o ciclo de vida, condições laborais e situações de renda insuficiente para sua sobrevivência. (Couto, Yazbek, Raichelis, 2012,55). Pode-se inferir desse cenário que a população usuária dos três serviços desenvolvidos pelas políticas públicas de saúde, assistência social e previdência social transita para garantir seus direitos sociais por diversos programas e estabelecimentos. Assim, um usuário do serviço de saúde para amenizar suas crises orgânicas ou psíquicas pode necessitar de acompanhamento e inclusão de projetos da assistência social e previdência social assim como um idoso, adulto, adolescente ou criança em acolhimento e acompanhado pelos serviços de baixa e alta complexidade da assistência social deve ter acesso e acompanhamento das políticas de saúde pública específicas para sua faixa etária, condições orgânicas e/ou psíquicas.

1.2 Da redução a complexidade: paradigma sistêmico nas políticas públicas de saúde e assistência social

Os dispositivos da Constituição Federal de 1988 permitiram a criação das Políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social. O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), durante as décadas seguintes, com seus princípios e diretrizes possuem como proposta a mudança de paradigma nas práticas das gestões e nas rotinas dos serviços ofertados, à medida que convoca os agentes de Estado, sejam eles representantes da União, estados ou municípios, gestores ou executores para uma postura que visa a articulação, a participação e a integração.

Aun (2004) identificou que a visão tradicional da ciência, que fundamenta e sistematiza algumas práticas de políticas públicas, resulta em uma formação piramidal e organização hierárquica. Separa no topo da pirâmide os responsáveis pelas decisões, planejamentos e detentores dos recursos daqueles que executam os programas, são encarregados por implantá-los, ou seja, os técnicos. Na base da pirâmide estão os usuários dos programas. Desta maneira, a participação de todos os envolvidos é delimitada. A autora afirma que mesmo quando são consultados sobre o que fazer e como proceder, eles não decidem e não planejam os programas que são destinados a eles, perdendo a oportunidade de se sentirem autores de sua própria mudança. Já os técnicos, devido à visão de que executam ações para gerar aparente autonomia no seu público-alvo, percebem que as ações estão coerentes com as ideias que pautam tais programas e as falhas encontram-se nos usuários, que

não aproveitam a oportunidade para a mudança. Ambos, tanto técnicos como gestores, acreditam que são capazes e responsáveis por mudar o outro.

A ênfase nas partes é a característica da teoria mecanicista ou reducionista. O todo é a origem para a investigação das partes. O todo é visto com a soma das partes e elas são concebidas como partes governadas por leis que regem o todo. Entretanto, neste paradigma cada cientista ou profissional observa o fenômeno a partir de uma leitura fragmentada, reduzida e realiza sua intervenção de forma a não considerar ou avaliar outros contextos que estão interferindo na parte que cabe a ele explicar ou intervir.

Em contraponto a visão mecanicista, o foco no todo é o alvo da teoria sistêmica ou holística e a maneira como investiga os fenômenos foi chamada de pensamento sistêmico. A teoria trazida por este paradigma influenciou várias ciências como a administração, a psicologia, a biologia, etc e ficou conhecida como ciência da totalidade. Entre os objetivos do pensamento sistêmico estão a construção de princípios válidos para qualquer sistema, independente de sua origem e que sejam interdisciplinares. Princípios como crescimento, diferenciação, dominância, controle, competição e ordem hierárquica são características de inúmeros sistemas: de um organismo vivo, uma organização, uma sociedade.

A palavra sistema vem do grego *synhistanai*, significa colocar junto. Os fenômenos são entendidos de forma sistêmica quando colocados dentro de um contexto e estabelecidas suas relações. Na perspectiva sistêmica o todo é maior do que a soma das partes, porque não é a partir das características isoladas que se enxerga a totalidade, mas são explicáveis como total de partes com suas inter-relações. É impossível conhecer as partes sem conhecer o todo e vice-versa.

Vasconcellos (2002), destaca que a visão sistêmica dentro da ciência pode ser considerada um novo paradigma para explicar os fenômenos, que tem como pilares três dimensões: a ideia de complexidade, de instabilidade e intersubjetividade.

1-A perspectiva da complexidade leva o cientista a ampliar o foco de sua observação ao considerar que, perante qualquer fenômeno, ele estará diante de construções intersistêmicas e intrasistêmicas, ou seja, deve ser capaz de observar não apenas um fenômeno, mas uma teia de fenômenos interligados. Seu foco dentro desta perspectiva da complexidade será a contextualização e ampliação do foco, ênfase nas interligações e negação de uma causa linear para uma relação de causalidade. A mudança de percepção deste eixo científico, que passa do pressuposto da simplicidade para o pressuposto da complexidade reconhece que *“a simplificação obscurece as inter-relações de fato existentes entre todos os fenômenos do universo e de que é imprescindível ver e lidar com a complexidade do mundo em todos os*

seus níveis. Daí decorre uma atitude de contextualização dos fenômenos." (Idem. p.101).

2- Já a dimensão da instabilidade considera que as relações presentes nos sistemas estão em constante mudança. Acredita que os processos caminham para auto-organização e de que há neles possibilidades de transformação e evolução, mas que a ciência e o cientista não é capaz de controlar este processo, de prevê-lo. Nesta dimensão encontra-se a ideia de incerteza e imprevisibilidade dos fenômenos e o cientista trabalha com as mudanças no sistema. Assim, do pressuposto da estabilidade da ciência tradicional para o da instabilidade do mundo, admite-se que *"o mundo está em processo de tornar-se"...a consideração da indeterminação, com a conseqüente imprevisibilidade de alguns fenômenos, e da sua irreversibilidade, com a conseqüente incontrolabilidade desses fenômenos"* (Ibidem.101).

3- Por fim, a dimensão da intersubjetividade está relacionada com a ideia de que o observador do fenômeno reconhece-se como parte do sistema e atua na construção ou co-ator das soluções. O que se busca com esta interpretação é trazer a reflexão de que o observador ou cientista ao invés de ser o simplificador e fragmentador da realidade, participa dessa realidade e de que não há uma realidade independente do observador. A própria construção do conhecimento científico é permeada pela cultura, valores e sociedades as quais as ciências estão inseridas e, por isso, há inúmeras versões e interpretações da realidade e dos fenômenos observados.

Ao reconhecer sua própria participação na constituição da "realidade" com que está trabalhando, e ao validar as possíveis realidades instaladas por distinções diferentes, o observador se inclui verdadeiramente no sistema que distinguiu, com o qual passa a se perceber em acoplamento estrutural e estará atuando nesse espaço de intersubjetividade que constitui com o sistema com que trabalha. (VASCONCELOS,2002,p.151).

Assim, agir de forma sistemática significa pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade de forma conectada, necessitando das três dimensões para se ter cada uma delas e não excluindo uma ou outra. A mudança desse paradigma resulta na transformação das propostas trazidas pelos cientistas. Ao contrário de impor aos fenômenos soluções construídas ou julgadas como melhores a priori, sua postura será de um profissional focado na criação de contextos de autonomia do sistema em um determinado momento. Como efeito, o cientista deixa de ser um especialista em conteúdos para se tornar um especialista em relações.

Morgan(1996),define que uma organização é um sistema aberto com subsistemas inter-relacionados. Ela possui indivíduos que são subsistemas em si mesmo e estes pertencem a grupos ou setores que pertencem a divisões organizacionais maiores e que se relacionam

com o meio externo. Assim uma organização como o Ministério do Desenvolvimento Social ou o Ministério da Saúde são organizações que sofrem o influência do fluxo dos cenários culturais, das circunstâncias econômicas e da conjuntura política. Suas atividades são pautadas pelas modificações nas leis e regulamentações externas e internas, pela entrada ou ausência de equipamentos, capital humano, gerando serviços, projetos e programas. As organizações são sustentadas pelas políticas -princípios e diretrizes, que norteiam suas estratégias e prioridades; da política surgem os programas e projetos e destes os estabelecimentos como CAPSIs, residências terapêuticas e unidades de acolhimento da saúde e CRAS, CREAS e unidades de acolhimentos na Assistência Social. Dentro dessa perspectiva, as organizações devem funcionar de forma articulada e integrada, pois não são partes separadas de um todo, o todo é constituído por cada parte que se conecta e que somados são maiores que o todo.

A aplicabilidade do pensamento sistêmico sobre os fenômenos pode ser percebida em diversas áreas como na construção de políticas sociais, que podem ser voltadas para qualquer público como da assistência social e saúde mental, que por sua vez são públicos que transitam por ambas as políticas e que necessitam da articulação e não da hierarquia entre gestores e públicos e categorias profissionais das diversas políticas. É pela circularidade e fluxo entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços que os direitos sociais são conquistados.

Para o paradigma sistêmico, ao invés de criar contextos de poder, a postura do profissional deve ser a de gerar contextos de autonomia, visto que os sistemas são autônomos e necessitam ser organizados em redes e não em pirâmides. O poder aqui não é entendido como constituinte da relação, que pressupõe regras, mas sim inerente a cada sujeito, que ao se apropriar dos problemas será capaz de tomar decisões e se responsabilizar pelas ações.

Outra contribuição do paradigma sistêmico para a leitura das ações é a percepção dos usuários dos serviços, que são vistos como parte de um contexto sócio-familiar, gerador de conflitos e disfunções, que por sua vez necessitam das instituições públicas como saúde e assistência social para amenizar as condições geradas pelo sistema familiar ou pela ausência da articulação da família para oferecer o cuidado e proteção, contribuindo para situações de violência, adoecimento psíquico e dependência química.

Para Aun (2004), a família não pode ser reduzida à família nuclear com limites legais, consanguíneos e institucionais, mas compreende aquela que apresenta um problema a ser tratado. Assim, todos aqueles que estão inseridos na construção do problema são vistos como co-autores do sistema problema. Desta forma, a família, a vizinhança, a comunidade, as instituições e seus representantes e o sujeito estão inseridos nesta problemática.

Dentro desta perspectiva sistêmica, por exemplo, foi que a psicologia caminhou de uma ideia de tratamento das famílias, da terapia familiar até a compreensão de um pensamento sistêmico de atendimento de família, que saiu da clínica para a comunidade, da comunidade para as instituições e sistemas mais amplos que a família. Introduziu a mudança na compreensão da família como um sistema isolado para um sistema que dialoga, que é influenciado e influencia as instituições e suas políticas, permitindo um olhar sistêmico das situações de vulnerabilidade social, adoecimento psíquico e dependência química.

São várias as instituições responsáveis pela socialização dos indivíduos, dentre elas, a família - o primeiro grupo que repassa os valores, normas e modelos de condutas participantes da cultura. A socialização dos membros de uma família está diretamente relacionada à forma como esta se organiza e na interação dela com outras instituições- saúde, educação, assistência social, justiça. A família é a responsável pela formação das identidades tanto pessoais quanto coletivas. É dentro dela que o indivíduo desenvolve o sentimento de pertencimento e individuação, é responsável pelo contexto de sua autonomia ou não e também do processo de humanização. No entanto, embora as mudanças ocorridas na família pareçam semelhantes ou generalistas, é importante frisar que não se deve tomar a família nuclear burguesa tradicional como paradigma. As diferenças e discontinuidades devem ser vistas a partir da classe social, etnias, gênero, locais e contextos distintos. Desta forma, é necessário pensar nas diferentes condições de vida das famílias, suas culturas, grau de desenvolvimento econômico e social, que acabam por gerar particularidades e singularidades no processo de internalização de símbolos sociais e a forma como elas irão interagir com as outras instituições. Neste aspecto, a relação das outras instituições com a família não deve ser hierárquica, mas complexa, pois os contextos familiares são influenciados pelas instituições e as influenciam e o contato com o sistema familiar deve observar, avaliar e intervir de modo a compreender suas particulares.

1.3 O paradigma sistêmico e a rede social

A introdução do paradigma sistêmico na elaboração e avaliação das políticas públicas inaugura uma nova forma postura e trabalho nas organizações, estabelecimentos e serviços para compreender os fenômenos com os quais trabalham e que visam prevenir, combater e superar. O trabalhador - gestor ou executor- deverá lançar mão da reflexão e de novas estratégias para interagir frente aos fenômenos que se apresentam no seu cotidiano de trabalho. Interar-se, informar-se, capacitar-se e socializar com outros agentes representantes

de outras políticas públicas sobre programas, funcionamentos, projetos, legislações para melhor funcionamento de sua própria instituição é um comportamento desejado. Dentro dessa perspectiva, não é apenas papel do gestor conhecer as normas, os regimentos e a rede de apoio aos serviços de seu estabelecimento. É necessário que os servidores conheçam os sistemas institucionais que dialogam com o seu. Assim, um servidor de um CAPSi, deve conhecer a Política de Assistência Social, sua estrutura, funcionamento, para onde encaminhar o paciente que apresenta, além do sofrimento psíquico, contextos de violência e vulnerabilidade social. Um servidor da Assistência Social deve conhecer o trabalho da Justiça e sua rede, da Saúde Mental e sua rede, da Previdência Social e sua rede, saber acolher e informar sobre os direitos sociais que um usuário dos serviços de Assistência Social possui dentro delas. A articulação e a integração são uma premissa de um trabalho na perspectiva sistêmica. A situação problema não é culpa ou responsabilidade da família, da saúde, da assistência social, da justiça, comunidade ou sociedade, ela se torna uma co-responsabilidade de vários sistemas que se conectam.

Para garantir os direitos dos usuários e a eficácia dos serviços é necessário trabalhar e intervir em rede, ou seja, a permanente integração de setores de garantia de direitos, quais sejam - serviços de saúde- atenção primária, secundária e terciária, atenção psicossocial- CAPSis, unidades de acolhimento da saúde, residências terapêuticas, Conselho do Idoso, Tutelar, Justiça da Infância e Juventude, do Idoso, ministério público, defensoria pública, rede socioassistencial - proteção social básica e proteção social especial com as demais políticas públicas de habitação, educação, trabalho, cultura e esporte, além da sociedade civil organizada com grupos de apoio, projetos comunitários entre outros. A articulação tem como objetivo fortalecer as ações por meio do mapeamento da rede de serviços locais; definição e delimitação de competências e papéis, elaboração de planejamento e estratégias coletivas para o acompanhamento de cada caso, entre outros.

Boccacin (2001) afirma que os vocábulos rede e sistema são muito utilizados durante a prática dos profissionais que representam diversas instituições: “O conceito de rede, tanto no singular quanto no plural, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou forma das relações sociais” (BOCCACIN, 2001, apud BASTOS; MENDES, 2010, p.49). A rede é o conjunto de pessoas com as quais o sujeito interage de forma constante e constitui sua rede pessoal, ela é o somatório de todas as relações que o sujeito percebe como significativas e que se diferenciam do grupo de anônimos da sociedade com os quais não tem vínculos (SLUZKI, 1997):

As fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage- família, meio físico, etc - podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. (SLUZKI, 1997,p.37)

A rede social pessoal contribui para o reconhecimento e auto-imagem do indivíduo, promove o bem-estar e permite ao sujeito a possibilidade de adaptação diante de uma crise. Ela pode ser registrada como forma de mapa que inclui todos os indivíduos com quem interage uma determinada pessoa. Esses mapas podem ser construídos em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escola, relações comunitárias e de serviço. Como instrumento de avaliação, a rede pode ser analisada de acordo com suas características estruturais, funções, vínculos e atributos de cada vínculo.

Para Sluzki (1997), entre as funções de uma rede social encontram-se a de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos. Com relação aos vínculos e atribuições de cada um, Sluzki indica que há uma função predominante, ou seja, a função mais frequente dentre as funções que um vínculo promove, respeitando a multidimensionalidade do próprio vínculo. As funções que uma determinada pessoa desempenha na rede de um indivíduo podem ser compreendidas como reciprocidade, ou seja, se a pessoa possui o mesmo número de funções que a outra desempenha em sua vida, intensidade ou compromisso, frequência de contatos e história.

A introdução desse modelo como método de avaliação ocasiona consequências em diversos contextos como avaliar os procedimentos das instituições de que cada indivíduo participa. Utilizar o processo de avaliação da rede em contexto institucional enriquece os serviços prestados ao ser possível verificar os profissionais de outras áreas como parte integrante da rede de um único indivíduo.

Além disso, a compreensão da rede social é capaz de promover a saúde do indivíduo: Existe forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera a cura, aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. (SLUZKI, 2007, p. 67)

1.4 Da rede social individual a rede institucional

As redes sociais são entendidas como formas de relações sociais. Trabalhar a intervenção em rede é, portanto, construir, ampliar, transformar essas relações. Enquanto a rede primária do indivíduo como a família, o parentesco, as amizades confere ao sujeito a identidade e o sentimento de pertencimento, as redes secundárias, como as instituições, são responsáveis pelo bem-estar social, pois sua meta deve ser garantir as necessidades imediatas. (SANICOLA, 2008). Elas se fundamentam no princípio da igualdade, utilizam a redistribuição como método e a lei como meio. A relação social com esta rede deve se caracterizar pela possibilidade de serem exigidas pelos usuários, pois são prestadoras de serviços, se constituem pela obrigação. No entanto, muitas das práticas dessas redes não permitem muitas iniciativas, a não ser que estejam previstas pelas leis que regem e orientam como deve ser a ação e a execução. (SANICOLA, 2008). Por isso, a liberdade de ação pode ser reduzida, pois seu ato é adequado ao dispositivo legal ou a existência de uma lei para se trabalhar, por exemplo, com um público muito específico como os de usuários de drogas que estão em situação de acolhimento por inúmeras questões, caracterizando vulnerabilidade social. Talvez seja esse um dos motivos para a desarticulação das ações, tendo em vista que elas estão atreladas às normas para a existência de possíveis intervenções como a criação de programas mais adequados.

As redes sociais formais se caracterizam por níveis de estruturação: institucional, organizacional, projecional e operacional. Todos eles são estruturados a partir de normas, regras e ações. Entende-se por nível projecional a construção de uma ação, serviço ou intervenção social específica destinados a um público. Para que possa existir, necessita de recursos e parcerias que busquem um objetivo comum para enfrentar o problema. É por meio do projeto que os sujeitos podem estabelecer uma rede como também ser o principal instrumento para mobilizar outras redes por ele estabelecidas. No entanto, é necessário o monitoramento da ação e avaliação de resultados (SANICOLA, 2008).

O nível operacional da rede se define pelas trocas de informações e de colaboração. Ele se desenvolve pela conexão de cada operador com outros operadores que sejam da mesma organização ou de outras entidades. Ele se caracteriza pelo nível da ação. As estratégias assumidas para a ação expressam tanto as opções das organizações quanto as convicções pessoais e profissionais (SANICOLA, 2008). Um aspecto interessante que nos chama a atenção é o da capacidade relacional, isto é, o que diferencia uma rede secundária de outra é a capacidade de manter o conteúdo relacional. Quanto maior é a disponibilidade para partilhar os objetivos mais as relações são diretas. “No caso dos serviços sociais, é fortemente

comprometida pela burocracia; o aspecto crítico é a compatibilidade e interlocução dos sistemas de informação e de comunicação” (SANICOLA, 2008, p. 69).

1.5 Da intervenção no indivíduo a intervenção no sistema familiar

As redes sociais exercem a função de suporte e controle, sendo a mais importante a de suporte social (SANICOLA, 2008). Elas são espaços que permitem a convergência de emoções e interesses e quando articulados são lugares importantes de suporte e apoio. Essa característica das redes pode auxiliar na eliminação da exclusão social e de vulnerabilidade em que vivem os usuários dos serviços de saúde mental e assistência social e, por extensão, suas famílias.

A falta de uma família que cuida e protege gera graves dificuldades para a pessoa em todas as idades e enfraquece a sociedade como um todo. É com a família que o sujeito aprende a viver em relação e a estabelecer relacionamentos. Ela determina as relações seguintes. Ela representa o capital humano e social do sujeito, um indivíduo sem família não se desenvolve por completo. Mesmo decomposta, a família continua presente tanto na experiência simbólica do indivíduo quanto na experiência social. Mesmo distante da família, por interrupções ou eliminação de relações familiares, ela não desaparece e sempre será ponto de referência, seja ela vista como um recurso ou como um obstáculo (SANICOLA, 2008). Considerando a dificuldade da família para desempenhar suas funções protetivas e de cuidado, é importante priorizar estratégias de atendimento à família tanto pela sociedade como pelo Estado, por meio de suas instituições, para que a família seja capaz de resgatar a sua capacidade de proteção e preservação dos vínculos familiares.

A necessidade de ações focadas na família e não no indivíduo é legitimada quando se compreende que a família não pode ser produzida por uma ação profissional, mas pode ser reconhecida, valorizada, promovida e acionada. Ao direcionar os esforços da ação para este sistema, pode-se auxiliar na promoção das ações importantes que ela desempenha na formação do sujeito e o desenvolvimento de competências como confiança, espírito de colaboração, esperança e investimento no futuro (função de educação); capacidade de assumir as necessidades e mobilizar as outras redes (função de cuidado), além de ser selecionadora, favorecendo a defesa de seus membros (função de proteção) (SANICOLA, 2008).

A importância de se trabalhar a família é porque ela representa o nó central das redes sociais primárias. No entanto, compreende-se que a efetivação da proteção as famílias para

assegurar o direito à convivência familiar exige a existência da integração e articulação de diferentes políticas públicas como assistência social, saúde, educação, previdência social, segurança e justiça.

A permanência de diversas situações de vulnerabilidade nas famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, como desemprego, recolocação no mercado de trabalho após anos de tratamento, violência conjugal, violência doméstica, segurança alimentar, entre outros, é decorrente de ações focadas apenas em um membro familiar, sendo visto como o único paciente ou usuário dos serviços institucionais a ser assistido. As instituições devem ser capazes de identificar as redes sociais de seus usuários, para atuar com outros atores sociais e, juntos, buscar a articulação, o aumento e manutenção da rede social do usuário. Deve procurar o suporte para suas ações em outros serviços, programas e estabelecimentos das redes institucionais como hospitais ou centros de saúde, além dos serviços ou programas disponíveis na assistência social como CRAS, CREAS, COSE, programas e serviços da previdência social, da Justiça e Ministério Público entre outros. Cada usuário do serviço de saúde mental que ingressa, seja pela saúde mental, seja pela assistência social na rede institucional tem um mapa de rede peculiar que deve ser acionado, construído ou reconstruído para diminuição de suas crises, recaídas ou reincidências nos serviços. No entanto, quando as outras instituições não cooperam, seja por não conhecerem as políticas, programas e serviços oferecidos por outras instituições, seja porque não rompem com a dinâmica de trabalhar as circunstâncias complexas de cada usuário como sendo apenas responsabilidade de uma ou outra instituição, suas ações para atender a demanda tendem ao fracasso.

1.6 De doente mental a pessoa que sofre e seus contextos

O trabalho dentro da perspectiva sistêmica exige uma nova maneira de observar e construir relações com público-alvo. A saúde mental não está dissociada da saúde geral e de outros contextos. As demandas de saúde mental circulam em diversos serviços de Saúde- da atenção básica ao hospital como também na rede de atenção da assistência social, entre outros. Cabe aos profissionais observar e intervir sobre estas circunstâncias. Tanto o contexto e convivência com demandas de saúde mental quanto as práticas de intervenção não são restritas apenas aos profissionais lotados nos serviços de saúde mental. Esta realidade exige a reflexão, a incorporação e o aprimoramento de competências de cuidado em saúde mental em vários serviços da rede institucional.

O cuidado em saúde mental pressupõe mais o entendimento do território e o vínculo

da equipe com o usuário do que as competências e compreensão das abordagens utilizadas e escolhidas pela equipe. As próprias intervenções de profissionais de saúde mental são elaboradas a partir de conhecimento e vivências com o território, das particularidades dos usuários e das comunidades que estão inseridas do que pelo suposto saber sobre teorias de saúde mental. Além disso, muitas práticas terapêuticas de intervenção, caracterizadas como de saúde mental, já são realizadas por equipes de diferentes áreas, porém não são reconhecidas como de saúde mental, por exemplo, saber escutar e acolher as queixas, reconhecer e respeitar o saber e entendimento do usuário, boa comunicação, estimular reflexão, exercitar a empatia. São ações terapêuticas o acolhimento, permitindo o conhecimento das demandas dos usuários, e o suporte emocional, gerado pela disponibilidade da escuta. Ambas práticas são ações terapêuticas que podem ser utilizadas por diversos profissionais, mas são vistas como uma técnica de intervenção menor.

A mudança de paradigma também atravessa a forma como percebemos os usuários dos serviços de saúde mental, à medida que se permite deslocar a ideia de doente mental para uma pessoa que sofre. A primeira atrela e reduz o doente e a doença, a segunda enxerga a pessoa que sofre e seus contextos de sofrimento. O pensamento ocidental sobre a doença foi influenciado pelo filósofo francês, René Descartes, para ele, mente e corpo funcionam de forma independente um do outro e a mente é incapaz de influenciar o estado físico. As mudanças da matéria física são consideradas independentes das mudanças no estado da mente. Desta forma, o modelo biomédico, influenciado por este pensamento, separa o tratamento a partir do que considera sua origem: física ou mental. Entretanto, pode-se indagar que uma pessoa portadora de uma doença física não é capaz de sentir sofrimento, ao mesmo tempo, que uma pessoa que não possui uma sofrimento de origem orgânica, não sofre, sofre menos ou não está doente.

Outra discussão pertinente neste contexto é o critério de avaliação utilizado para enunciar a condição de doença mental ou não. Observa-se que em muitos contextos de saúde, o sujeito é indicado como portador de um transtorno mental e/ou dependente químico a partir da observação de sinais e sintomas, que geram categorias e classificações e não pelas condições e circunstâncias que os sintomas podem originar em sua existência como a privação de liberdade por se sentir ameaçado ou perseguido, dificuldade de se relacionar pela baixa autoestima. Circunstâncias essas que pode delimitar as ações pela competência do profissional e não pela intervenção nos contextos de sofrimento que vive o usuário dos serviços.

CAPÍTULO 2

Política de assistência social e saúde mental: seus contextos e públicos

Para compreender as ações que são desenvolvidas para recepção de usuários do serviços de saúde mental nos serviços de assistência social e sua articulação com a saúde mental, é necessário, primeiro, entender os parâmetros ou diretrizes em que se baseiam as políticas públicas de ambas as instituições. É a partir delas que se organizam tanto os serviços como os procedimentos para efetivá-los.

O objetivo do capítulo é apresentar aos profissionais de saúde mental e assistência social como suas instituições estão entrelaçadas para efetivar a seguridade social aos usuários de seus serviços, refletindo como elas dialogam para materializar seus princípios e metas.

2.1 A política da assistência social: do assistencialismo ao direito

A Política de Assistência Social surge a partir da Constituição Federal de 1998 e compõe junto com a Política de Saúde e a Previdência Social, as políticas públicas da seguridade social no Brasil. A trajetória das políticas sociais no país caracteriza-se por sua baixa intervenção e efetividade para eliminar as desigualdades e a pobreza. Na assistência social este contexto é ainda mais grave, pois sua construção foi estruturada durante séculos como uma não política, calcada no favor, no clientelismo e assistencialismo, além de marginalizada como políticas públicas.

Com a Constituição de 1988 - em seus artigos 194 e 204 e a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, inaugura-se no país um projeto de política social substanciada na seguridade social e na proteção social pública, *que pode ser definida como um conjunto de iniciativas públicas ou estatal reguladas para a promoção de serviços e benefícios sociais, para o enfrentamento de situações de risco social e privações sociais* (JACCOUD,2009,p.58). Ao invés de assistencialismo ou clientelismo torna-se uma Política Social e de Estado, com dispositivos legais de direitos, garantias e deveres por parte do Estado e da sociedade.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) instituiu como direito a não contribuição prévia para a garantia da assistência social, estruturando a centralização do Estado na universalização do direito de acesso e aos serviços sociais como também o controle

e a participação popular na formulação, na gestão e execução dos recursos, destituindo a centralidade das decisões aos gestores públicos e do Estado e promovendo a cidadania e democracia. Entretanto, a conquista dos direitos foi lenta. Foram cinco anos, 1988 a 1993, para que o primeiro benefício, já previsto na Carta Magna, fosse disponibilizado.

O cenário da década de 1990 obstruiu o avanço da política de assistência social. O Brasil cede a pressão do Consenso de Washington, em 1989, com representantes do Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento. Na pauta está a proposta de limitar a intervenção Estatal e promover reformas neoliberais como privatizações, desregulamentação dos mercados e descentralização, diminuindo a autonomia dos países. A conjuntura econômica do período era incompatível com o investimento nas políticas sociais. Apesar do reconhecimento constitucional, o impacto das políticas neoliberais na América Latina inviabiliza a garantia de direitos daqueles a quem a política se destina, o que promoveu um processo de desarticulação e retração de direitos e investimentos no setor. O resultado deste contexto é o avanço e crescimento da pobreza e desigualdade social.

A primeira Política Nacional de Assistência Social é aprovada apenas em 1998, cinco anos depois da LOAS e dez anos após promulgação da nova constituição do país. Na época, a PNAS surge para coexistir junto com o Programa Comunidade Solidária, instituído no governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995. Este programa funcionava à margem da LOAS, de 1993, e mantém uma cultura política de descentralizar e fragmentar ações. A assistência social fica novamente à deriva de uma clara diretriz de política social, diluída entre vários ministérios, impedindo o avanço da cidadania e o dever do Estado em garanti-la. As ações do Programa Comunidade Solidária, coordenada pela primeira dama, Ruth Cardoso teve como foco os mais pobres entre os pobres, direcionada apenas a uma parcela da população excluída.

Longe de ser fato episódico ou perfumaria de primeira dama, opera como uma espécie de alicate que desmonta as possibilidades de formulação da Assistência Social como política pública regida pelos princípios universais dos direitos e da cidadania: implode prescrições constitucionais que viabilizariam integrar a Assistência Social em um sistema de Seguridade Social, passa por cima dos instrumentos previstos na Loas, desconsidera direitos conquistados e esvazia as mediações democráticas construídas. (TELLES, 1998, p.19).

Por fim, as práticas filantrópicas do período caracteriza-se pela despolitização e desmonte da universalidade das políticas públicas sociais em confronto com a articulação e resistência frente ao cenário. Além disso, a década de 1990 no Brasil assiste a perda de uma

série de direitos dos trabalhadores, tornando as relações trabalhistas um campo de vulnerabilidade.

Uma nova Política Nacional de Assistência Social é aprovada em 2004, numa tentativa de efetivar os princípios da CF e as diretrizes da LOAS. A partir dela, há o delineamento das diretrizes para que a Assistência Social se torne um direito de cidadania e um dever do Estado, por meio de uma gestão compartilhada de atribuições e competências dos três níveis de governo.

Da PNAS inicia-se a construção e normatização do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), aprovado em 2005. O SUAS está focado na universalização do direito e na articulação das responsabilidades para efetivar o sistema de benefícios e ações da assistência social, sejam eles provisórios ou permanentes, em práticas com as iniciativas da sociedade civil. Ao Estado cabe à formulação das políticas públicas, equilibrando as relações de poder dentro da sua estrutura e fora dela para garantir o cumprimento dos direitos. A implementação da PNAS e do SUAS tem provocado resistências e causado alterações profundas tanto nas referências conceituais como também na estrutura de organização, na gestão e no controle das ações que evidenciam a disputa dos atores que querem manejar e direcionar as propostas deste campo no país.

A PNAS tem como objetivo 1) inclusão e equidade dos usuários e grupos específicos no acesso aos bens e serviços socioassistenciais tanto básico quanto especiais, em área urbana ou rural; 2) Promoção de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica ou especial para famílias, indivíduos e grupos que delas necessitam 3) Assegurar ações da Assistência Social na família para garantir a convivência familiar e comunitária.

2.2 De assistidos sem direitos a cidadania

Uma questão fundamental instituída na assistência social é a quem serve. A assistência social era vista como uma alternativa à condição de cidadania e não como direito a ela. Esta condição gerou uma série de estigmas aos usuários desses serviços existentes até hoje como aquele que se é subalterno, desvalorizado ou desqualificado. Identifica-se nestes estigmas a visão de uma sociedade organizada para a produção que incorpora no acesso ao trabalho a única forma ou a forma mais digna de proteção social. Entretanto, o cenário mundial indica uma fragilização das relações trabalhistas e a perda dos direitos conquistados pelos trabalhadores tanto do setor público como do setor privado. Esta circunstância influencia diretamente às políticas de Assistência Social, que recebem cada vez mais

trabalhadores assalariados que necessitam da proteção social, retirando da condição mercadológica do trabalho a única forma da dignidade humana. Ewald (1986), defende que o paradigma liberal ou neoliberal institui a pobreza como uma imprudência do indivíduo diante dos riscos dos ciclos de vida, das questões naturais e do próprio destino, pois estas condições são inerentes a condição humana e não construídas e potencializadas pela desigualdade social. Esta perspectiva, apesar de atualizada em muitos discursos, passa a ser revista, pois a desigualdade social, geradora das situações de vulnerabilidade e riscos, características da população usuária desses serviços são produzidas por um contexto socioeconômico e não inerentes a elas e devem ser combatidas para além das políticas sociais, ou seja, não se resolve a desigualdade social potencializando capacidades individuais e familiares, mas reconhecendo o papel da desigualdade, identificando campos de atuação e rompendo com a ideia de responsabilizar os sujeitos e não os contextos por suas circunstâncias, vicissitudes e riscos.

A LOAS considera como usuários da assistência social aqueles que necessitam, ou seja, como qualquer cidadão que se encontra à margem da proteção pública garantida por meio do trabalho, dos serviços sociais públicos e das redes sociais. Esta perspectiva difere-se da ideia de que a Assistência Social é destinada aos pobres inaptos para o trabalho, pois qualquer um pode passar por situações temporárias semelhantes.

O PNAS e o SUAS ampliam os usuários da assistência social, saindo de uma perspectiva fragmentada de atenção estruturada em segmentos- crianças, idoso, adolescente, situação de rua, entre outros para aquela que objetiva trabalhar com cidadãos e grupos em situação de vulnerabilidade. São alvo dessa política pessoas e famílias que se encontram em situação de fragilidade ou perda de vínculos, pertencimento ou sociabilidade; Pessoas ou grupos com identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural ou sexual, em desvantagem por situação de deficiências; pelo uso de substâncias psicoativas; excluídos pela pobreza ou no acesso às políticas públicas, por sofrer violências distintas de familiares, grupos ou indivíduos; não inserção ou inserção precária no mercado de trabalho formal e informal; pessoas com estratégias alternativas para sobrevivência que possa representar risco pessoal e social. (PNAS, 2004, p.27) Entende, por fim, que as condições de pobreza e vulnerabilidade são construídas por uma soma de dificuldades materiais, relacionais, culturais e de necessidades objetivas e subjetivas, desta maneira a pobreza é conceituada e entendida em sua multidimensão e não apenas restrita as privações materiais, pois ela alcança outras dimensões dos seres humanos. A mudança de perspectiva sobre quem é o usuário dos serviços leva ao SUAS a incorporar em suas atividades o rompimento dos estigmas de uma população que a priori é vista como desorganizada, despolitizada e suscetíveis a compra de votos para um

grupo de pessoas de direitos que necessitam de organização e articulação para ampliar, compreender e combater as circunstâncias em que vivem.

Além disso, a PNAS reitera a necessidade de articulação dos agentes de outras políticas sociais ao indicar que ações devam ser integradas e múltiplas para o enfrentamento da questão social, tendo em vista a complexidade das situações e os multifatores que constituem a pobreza e a vulnerabilidade. Neste aspecto, caracteriza-se como uma política que tem como foco o desenvolvimento de estratégias de gestão e articulação para viabilizar abordagens intersetoriais, retirando o enfoque de políticas específicas que compartimenta e dificulta o acesso aos direitos.

A intersectorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas. Supõe a implementação de programas e serviços integrados e a superação da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes políticas sociais em torno de objetivos comuns e deve ser princípio orientador da construção das redes municipais..... Supõe também a articulação entre sujeitos que atuam em áreas que, partindo de suas especialidades e experiências particulares, possam criar propostas e estratégias conjuntas de intervenção pública para enfrentar problemas complexos impossíveis de serem equacionados de modo isolado..... A intersectorialidade supõe vontade e decisão políticas de agentes públicos e tem como ponto de partida o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor, que não deveria se sobrepor, contudo, aos processos pactuados entre as políticas setoriais no espaço institucional. (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS,2012, p61).

A PNAS organiza a proteção social com o foco em ações que protejam os cidadãos dos riscos causados em cada ciclo da vida e no atendimento de questões individuais e sociais. A Assistência Social disponibiliza a proteção social em dois tipos de atenção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial- média e alta complexidade, esta organização justifica-se porque as características da desproteção social exige ações diferenciadas para o seu enfrentamento.

A Proteção Social Básica tem como foco a população em situação de vulnerabilidade oriunda da pobreza e situações como ausência de renda, pequeno ou ausência de acesso os serviços públicos, fragilização dos vínculos afetivos relacionais ou sociais como discriminação por idade, etnia, gênero, deficiências e tem como objetivo a prevenção e ações para inclusão social por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições dos usuários, além do fortalecimento com os vínculos familiares e comunitários. (PNAS, 2004, p27).

Os serviços de proteção básica são executados de forma direta pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou de maneira indireta por entidades e organizações da Assistência Social na área de abrangência do CRAS, com a coordenação do órgão gestor. O CRAS representa um espaço institucional de referência para atendimento de famílias e o encaminhamento para as demais políticas. É o lugar para coordenação do mapeamento de possibilidades do território e de suas ausências. Representa um espaço de vigilância socioassistencial e territorial. Com o foco em estratégias, organização de debates e temas para o fortalecimento da família. Um dos principais serviços realizados pelo CRAS é o de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif). Dentre os objetivos desse serviço estão a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários, acesso aos benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais e promoção de estratégias para ganhos sociais e materiais pelas famílias. As possibilidades para a atuação e atividades do CRAS são inúmeras, entretanto, é importante ressaltar que muitas práticas realizadas podem ser questionadas tendo em vista sua diretriz como o uso do espaço somente como pólo de cadastramento do Bolsa Família, estabelecimento para atividades voluntárias, religiosas ou partidárias, como sede de associação de moradores, centro comunitário, clube de serviço ou ONG, como centro de capacitação profissional. É um espaço multidisciplinar, mas que não pertence apenas a assistência social e muito menos suas intervenções práticas devam ser clínicas como atendimento médico, dentário ou psicologia clínica.

Já a Proteção Social Especial destina-se aos indivíduos ou grupos que estão em situação de alta vulnerabilidade como perda de vínculos, abandono, privação e violência e que seus direitos tenham sido violados e haja o rompimento dos laços familiares e comunitários. Enquanto a média complexidade concentra-se em situações onde os sujeitos ou famílias já tiveram seus direitos violados, mas sem o rompimento familiar e comunitário. A alta complexidade destina-se a proteção integral - moradia, alimentação, higienização e trabalho para indivíduos, famílias ou grupos que estão sem referência, sofrem ameaças e necessitam ser retirados do seu núcleo familiar e/ou comunitário (PNAS, 2004, p.32), enquanto os Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) são voltados para os serviços de média complexidade e ofertam às crianças, adolescentes e famílias que já tiveram os seus direitos violados como violência física, psicológica, sexual, negligência, abandono, exploração sexual, tráfico de pessoas, trabalho infantil, ações que potencialize ou recupere a confiança e a capacidade das famílias para o cuidado e a proteção. Os CREAS devem trabalhar de forma articulada com outros serviços da assistência social assim como as demais políticas públicas e outros órgãos na defesa de direitos.

Os serviços de acolhimentos previsto na Política Nacional de Assistência Social – PNAS - são realizados nas unidades de acolhimentos da Assistência Social para públicos específicos como crianças e adolescentes, idosos, famílias, mulheres, tem a função de acolher provisoriamente pessoas afastados do convívio familiar. A função deste serviço é garantir a proteção integral em situação de risco pessoal ou social ou com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, oferecendo a elas condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, privacidade e acessibilidade adequadas. Outro objetivo deste serviço é também ofertar meios para a autonomia de seus usuários e fortalecer os vínculos familiares e com a comunidade local.

Segundo Sposati (1995), os serviços de Proteção Social devem ofertar um conjunto de seguranças para cobrir, prevenir ou reduzir riscos e vulnerabilidades sociais, assim como as necessidades permanentes ou que surgem devido às circunstâncias pessoais, relacionais e sociais dos usuários. As seguranças a serem garantidas são a segurança de acolhida - oferta pública de espaços e serviços para recepção, escuta profissional, informação, referência, concessão de benefícios, aquisições materiais, educativas e sociais; segurança social de renda, isto é, concessão de bolsas-auxílios financeiros para condições específicas. Elas são complementares à política de renda e de emprego. São ofertadas para cidadãos que não se inclui no sistema de contribuição da proteção social, mas que apresentam vulnerabilidades ou incapacidade para o trabalho e autonomia; segurança de convívio, ou seja, oferta de serviços continuados e socioeducativos para construir, restaurar e fortalecer os vínculos familiares e sociais. Sua meta é romper com o pólo individual/coletivo e transitar para um atendimento pessoal ao social, estimulando usuários e suas famílias para o reconhecimento e integração em redes sociais que convivem com situações semelhantes e contribuam para o desenvolvimento da luta para reduzi-las de forma coletiva e não apenas individual; segurança de desenvolvimento da autonomia, isto é, ações profissionais que tenham como foco o desenvolvimento de potencialidades e capacidades, promovendo a independência e autonomia para interromper as contingências que interferem e influenciam sua permanência nos serviços de proteção especial e sua política; por fim a segurança de benefícios materiais ou em pecúnia para situações provisórias de indivíduos ou grupos em situação de risco, emergência ou calamidade pública (M.D.S.C.F. 2008, p.46-47).

2.3 Do indivíduo a família

O deslocamento da abordagem do indivíduo para o núcleo familiar como eixo das

ações inaugura uma nova perspectiva introduzida pela PNAS. Nele, a matricialidade familiar é o foco das ações no SUAS. A matricialidade sociofamiliar é uma tendência que está presente não apenas na assistência social, mas em outras políticas sociais. Esta mudança no foco das ações pede, entretanto, cuidado, pois envolve desde discussões sobre o conceito de família e o tipo de serviço que se deve oferecer para que não resultem em visões conversadoras, pressões e responsabilidades transferidas e insustentáveis para estas famílias em contexto de risco e vulnerabilidade.

Se por um lado este movimento pode representar um avanço no sentido de romper com a perspectiva de tomar o indivíduo isolado de suas relações sociais, por outro impõe-se a necessidade de outras definições e explicitações, que decorrem da concepção de família como sujeito social e de direitos, sob pena do reforço da culpabilização das famílias e de despolitização quando se reproduz o discurso "das famílias desestruturadas e incapazes e aproveitar as oportunidades que lhe são oferecidas pela sociedade e também pelo Estado para resolverem seus problemas com seus próprios recursos. (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2012, p 78).

A instituição família é entendida como uma rede complexa de significados, que se encontra em constante transformação. As mudanças que afetam as famílias possuem um forte vínculo com as mudanças sociais, econômicas e políticas, no entanto, os impactos são distintos de acordo com os diferentes segmentos sociais. As famílias pobres tendem a experimentar inúmeras rupturas como cortes nas trajetórias educacionais, empregos instáveis, trabalhos precários, alterações de moradia, rompimentos relacionais (BAPTISTA; FÁVERO; VITALE, 2009)

Sarti (apud BAPTISTA; FÁVERO; VITALE, 2009) indica que as famílias pobres são configuradas em rede, o que vai ao encontro da ideia dominante de que a família se constitui em um núcleo, além disso, as condições sociais e econômicas acabam por desencadear arranjos que envolvem uma rede de parentesco como um todo para tornar a existência de uma família possível.

Outra questão a ser problematizada é trazida por Miotto (2004), pois apesar das visíveis transformações nas famílias referentes à organização de sua estrutura e composição, ainda se preservam as expectativas sociais em torno dos papéis e obrigações de cada membro. Elas ainda permanecem ligadas aos mesmos padrões dos papéis de gênero e esta questão independente do lugar social que ocupa a família e afeta várias classes sociais.

A partir desta perspectiva, os profissionais que atuam para na execução das políticas sociais como assistentes sociais, psicólogos, técnicos, entre outros se deparam com um

constante exercício de compreensão sobre os multifatores que levam essas pessoas aquela situação. Isto requer o entendimento da realidade socioeconômica e cultural, além da escuta atenta dos pensamentos, sentimentos e desejos dos membros da família do usuário do serviço assim como dos próprios usuários diretamente envolvidos. Além disso, revela-se como importante a ampliação e atualização do olhar psicossocial, que tende a homogeneizar a realidade dessas famílias e a desconhecer suas peculiaridades e potencialidades, o que contribui para fortalecer os estereótipos e a noção do problema social associado às famílias pobres como desestruturadas e incapazes (FONSECA apud BAPTISTA; FÁVERO; VITALE, 2009). Não basta constatar, por fim, as transformações da família, se ainda persistir abordagens conversadoras e disciplinadoras dos profissionais no contato com as famílias.

O SUAS ao colocar a matricialidade sociofamiliar como uma das categorias central de seu trabalho tem como foco as questões: Primeiro, a mudança de paradigma e metodologia do trabalho com elas, pois arranjos familiares diversos são características das famílias pobres e essas características ainda são tratadas como desviantes e vistas como alvo do trabalho sua correção. Segundo, apesar de cada família ser um contexto singular ela deve ser compreendida nas conjunturas e lugares sociais que as produziram, para fortalecê-las enquanto condição de classe e que possam juntas lutar por melhorias coletivas, a partir do reconhecimento e do lugar de pertencimento, do contrário, pode repetir equívocos semelhantes a idéia de pensar o sujeito como dissociados das questões sociais. Terceiro, a meta é promover a capacidade de proteção da família para que consiga realizar seu desenvolvimento, entretanto, para que ela proteja é necessário que seja protegida, pois o exercício de proteção exige condições materiais e psíquicas para que se realize, mas ela só poderá realizar isso se conseguir ser atendida em suas necessidades sociais básicas como moradia, alimentação, trabalho, capacitação, acesso e acompanhamento dos serviços de saúde etc.

O empoderamento sobre os direitos sociais das famílias é objetivo da assistência social e seus agentes. Suas práticas devem visar a inserção das famílias em contextos de discussão de programas sociais, de construção de estratégias e de controle social para fomentar a participação, reivindicação e defesa dos direitos pelos próprios usuários dos serviços. A partir da realização de visitas, perícias técnicas, informações e pareceres sobre o acesso e a implementação da política de assistência social para garantir também o controle e eficácia dessas políticas no papel de fiscalizador e não apenas de executor da política pública bem como realizar estudos sistemáticos com as equipes da própria instituição como CRAS e CREAS na construção de uma análise conjunta da realidade e planejamento coletivo das

ações (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011).

Uma forma de se fazer este acompanhamento é através da visita domiciliar. Segundo Costa e Brandão (2004), a visita domiciliar é reconhecida como ferramenta para profissionais de avaliação, controle, investigação e coleta de informações. Porém, os atendimentos oferecidos pelos profissionais - psicólogos, assistentes sociais, conselheiros tutelares, agentes comunitários, agentes de saúde, entre outros que fazem uso deste instrumento, têm se mostrado, segundo elas, inadequados diante da complexidade das demandas sociais apresentadas pelas famílias e grupos inseridos na sociedade. Desta forma, as autoras sugerem que a prática da visita seja repensada, para que novas práticas de intervenção comunitária para inclusão da família e de sua rede social sejam efetivadas.

A visita é um momento para a família e a equipe se conhecerem mutuamente. Ela deve ser exploratória, no começo, para que se conheça o que a família diz ser o maior problema e ou dificuldade e para que possa haver uma construção de impressões sobre a relação entre seus integrantes e deles com o ambiente,...Ela não é um interrogatório nem um momento para julgamento...deve-se respeitar a família sem criticar, sem tentar mudar o modo como vêm educando os filhos. A solução não é dada pelos visitantes. Quem visita ajuda a família a encontrar um caminho para a solução dos problemas para aquilo que a preocupa, sem outras alternativas e reconhece sua competência. (COSTA; BRANDÃO, 2004, p.5)

A visita como instrumento deve reconhecer a competência de cada integrante da família para lidar com a dificuldade, aproximar os agentes para que as instituições que eles representam se torne componente da rede social de apoio à família assim como incluí-los como parceiros nas atividades propostas pelas instituições. É um instrumento útil no auxílio para que a família conheça sua própria história, além de estimular o diálogo entre os membros a partir da circularização das falas para promover a inclusão dos integrantes e favorecer a redefinição e ampliação da compreensão das estruturas de relações que a família elaborou ou sustenta. (COSTA; BRANDÃO, 2004).

2.4 A gestão e os trabalhadores do SUAS

Para finalizar a discussão sobre a política, públicos e os contextos da Assistência Social se tornar necessário compreender que, a partir das mudanças e propostas realizados pelo PNAS e o SUAS, foram introduzidos novos modelos de organização e gestão do trabalho assim como impôs aos seus profissionais nova postura e prática, exigindo deles um olhar menos fragmentado de suas funções e atividades. A assistência social não se ampara apenas na

gestão do trabalho, mas como as formas e modos de organização e condições dos trabalhadores e do trabalho influenciam nas funções, atividades e serviços ofertados.

Como foi visto, a Assistência Social no cenário brasileiro foi entendido até pouco tempo como uma não política e funcionava em estruturas improvisadas e sem garantia de investimento, formação e profissionalização de equipes qualificadas e permanentes. Um cenário composto por uma rede estatal e rede privada de entidades de assistência social com um universo heterogêneo de profissionais constituídos de várias formações e com vínculos trabalhistas distintos.

A implantação do SUAS exigiu novas formas de regulação e gestão do trabalho: desde o aumento do número de trabalhadores com habilidades e qualificação adequada até a realização de concursos, definição de carreiras na assistência social, previsão de capacitação continuada, remuneração adequada entre outras. As Normas de Operações Básicas de Recursos Humanos (NOB/ SUAS RH), foi uma tentativa de organizar a rede de trabalhadores e suas atividades, frente às dificuldades políticas para sua implementação. Apesar dos esforços, grande parte ainda dos serviços, programas e projetos prestados na assistência social e que integram a rede socioassistencial é realizada pelas entidades privadas e com contextos de vínculos empregatícios precarizados, temporários e/ou voluntários. O impacto dessa realidade contribuem para a associação de estigmas como assistencialismo e filantropia e mantêm às representações sociais preconceituosas e distorcidas dos usuários e dos próprios trabalhadores sobre a assistência e suas atividades.

É importante ressaltar que as novas configurações de trabalho e trabalhadores na assistência social busca superar não apenas a improvisação e o ativismo inicial para sua materialização, mas também a visão da quantidade de produção. Não se realiza política social medindo número de reuniões e convocação para articulação de rede, número de visitas domiciliares, número de atendimentos se não for questionado o sentido, a direção e a qualidade do trabalho ofertado a partir do debate, espaços e trocas entre trabalhadores e práticas desenvolvidas que se articulam com outros contextos.(COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2012, p 83).

A NOBRH/SUAS representou avanço na política de educação continuada para promoção de qualidade nas ações da assistência social, a partir da qualificação e valorização das equipes e realização. Dentre os princípios éticos que regulam os trabalhadores da assistência social estão ofertar seus serviços com o conhecimento e compromisso ético e político de profissionais que operam técnicas e procedimentos impulsionadores das potencialidades e da emancipação de seus usuários; Compromisso em ofertar serviços,

programas, projetos e benefícios de qualidade que garantam a oportunidade de convívio para o fortalecimento de laços familiares e sociais; Compromisso em garantir atenção profissional direcionada para construção de projetos pessoais e sociais para autonomia e sustentabilidade; Reconhecimento do direito dos usuários a ter acesso aos benefícios e renda e aos programas de oportunidades para inserção profissional e social; Incentivo aos usuários para que estes exerçam seu direito de participar de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares de produção; Garantia do acesso da população à política de assistência social sem discriminação de qualquer natureza - gênero, raça/etnia, credo, orientação sexual, classe social, ou outras, resguardados os critérios de elegibilidade dos diferentes programas, projetos, serviços e benefícios; Contribuição para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados. (NOBRH/SUAS-2006).As Normas de Operações Básica NOB-SUAS (2012) preveem ainda que deve-se garantir a acolhida digna, com qualidade, ágil e contínua e o SUAS deve realizar ações articuladas e integradas para a totalidade da proteção socioassistencial aos usuários dos serviços, programas, projetos e benefícios.

2.5 A política de saúde pública

A atual política de saúde pública no Brasil foi orientada a partir das diretrizes da Constituição Federal (CF), influenciada pela adoção de um conceito ampliado da noção de saúde, construído pelos debates, fóruns e discussões nacionais e internacionais. A partir desse cenário de discussão considera-se que o estado de saúde é determinado e condicionado pelos meios físicos, socioeconômico, cultural, biológico e legal de acesso aos serviços de saúde. A saúde passa a ser vista não como a ausência de doença, mas o completo estado de bem-estar físico, mental e social. (OMS, 2003) Este conceito tem relação direta com o desenvolvimento e associação com a construção da qualidade de vida. A saúde é o resultado de um processo de produção social e sua presença ou ausência é influenciada pelas condições de vida. Entendida, enfim, como produto social que se constrói coletiva e individualmente, por meio de ações de governo, de suas instituições e serviços, da sociedade e de cada indivíduo. Não é possível estabelecer a saúde coletiva ou a individual à margem das conjunturas sociais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de uma construção política que visou à modificação das condições de saúde da população do país. O processo conhecido como Reforma Sanitária promoveu a extinção da assistência à saúde vinculada à contribuição previdenciária. Antes de sua criação, a assistência à saúde era restrita aos trabalhadores com a

carteira assinada, condição que excluía a maioria dos brasileiros a este direito social, as pessoas que não tinham direito ou não podiam pagar pelos serviços eram atendidas pelos serviços filantrópicos. As ações de Estado eram restritas e se concentrava não em atividades de prevenção, mas no tratamento das doenças quando já instaladas, que custava muito mais aos cofres públicos. O sistema de saúde neste modelo entrou em colapso devido aos baixos salários dos contribuintes, o aumento do desemprego, da pobreza e de endemias.

A luta do movimento social e representantes de diversos grupos e categorias culminou na inscrição da saúde como um direito social e dever do Estado, na Constituição Federal de 1988. A partir de políticas que ampliasse não apenas o acesso, mas o foco das atividades, foram criados dispositivos para a gestão participativa e para o financiamento da saúde pública. *"Saúde é o direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação"*. (CF, art 196). A saúde pública está inserida, como vimos, a seguridade social, devendo realizar a articulação intersetorial com o objetivo de promover diversas ações integradas para assegurar o direito à saúde, à assistência social e previdência social. Em conformidade com o texto constitucional, surge a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, que normatiza as condições para a promoção, prevenção e recuperada da saúde, sua organização e funcionamento.

Para assegurar a garantia do direito à saúde foi necessário uma visão diferenciada sobre a questão de saúde-doença. Desta forma, a saúde pública ganha outros contornos. O próprio termo Saúde Pública gera inúmeras discussões visto que está restrito a ação de Estado e de práticas a partir do conhecimento das ciências da saúde, de cura e vigilância. Enquanto a Saúde Coletiva é um campo e prática mais amplo, pois considera a diversidade cultural e as especificidades das populações que assistem, tanto as características sociais quanto as necessidades individuais e suas concepções, práticas e modos peculiares de adoecer e promover saúde. A partir dessa perspectiva ampliada da idéia de saúde, foi articulado a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o dever do Estado de identificar os fatos sociais e ambientais, além de considerar os fatores determinantes e condicionantes da saúde como acesso à alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte na formulação das políticas públicas.

2.6 A política de saúde mental

A reforma Psiquiátrica teve início no movimento da luta antimanicomial na Itália, no século XX, que questionou o modelo de acolhimento e tratamento das instituições psiquiátricas, defendendo os direitos humanos e a promoção da cidadania para pessoas com sofrimento psíquico. O processo de reorientação do modelo de assistência à saúde mental ocorreu por meio da construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias para a inclusão da pessoa com sofrimento psíquico grave. No Brasil, esse movimento teve início na década de 1970 com a mobilização de profissionais de saúde mental e familiares de pacientes. Em 1990, o Brasil assina a Declaração de Caracas e se propõe a reorganizar a atenção psiquiátrica. Somente em 2001, a Lei Federal nº 10, 2016, conhecida como Lei Paulo Delgado é aprovada. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave. A partir dela, cria-se a Política de Saúde Mental, que objetiva assegurar o cuidado do paciente em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, alterando a lógica de internações e o modelo de isolamento do paciente com a convivência familiar e comunitária.

As Políticas de Saúde Mental devem viabilizar o estudo das demandas e por meio de critérios epidemiológicos melhorar os serviços e promover a discussão, a atualização e meios de acesso da população. A partir as Conferências de Saúde ficaram definidos que os objetivos das ações em saúde mental são a universalização e equidade do atendimento, articulação intersetorial, ações integradas de saúde, desenvolvimento de recursos humanos, supervisão e avaliação, epidemiologia e política terapêutica.

As ações de saúde mental devem obedecer o modelo de redes de cuidado, com base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que realizam o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações estão fundamentadas nos princípios do SUS e na reforma psiquiátrica. Entre eles estão a noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários; construção de autonomia para o usuário e seus familiares.

Um princípio fundamental dessa política é a noção de território como sendo um espaço constituído de pessoas, interesses, conflitos, composto de várias instituições, cenários-igrejas, associações etc, com a intenção de organizar a rede de atenção as pessoas com sofrimento psíquico grave e suas famílias. As redes possuem muitos nós, porém o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência e sofrimento. A rede de cuidados para este contexto compõe a atenção básica - equipes de saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de atenção psicossocial e suas modalidades de atendimento, Centros

de Convivência e cultura assistidos, Cooperativas de economia solidária, oficinas de geração de renda, Unidade de Acolhimento temporárias e residências terapêuticas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSI) são serviços destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar iniciativas de busca de autonomia, oferecer atendimento médico e psicólogo. Sua principal característica é integrar os pacientes no ambiente social e cultural. Eles constituem a principal estratégia a reforma psiquiátrica e tem o papel fundamental da articulação e construção de redes.

2.8 A interfaces entre as duas políticas

As Políticas da Assistência Social e da Saúde Mental articulam-se e integram-se para promoção da integralidade, que pode ser entendido como a abordagem integral do indivíduo e seu contexto familiar, social e cultural e a garantia do cuidado, com práticas de cuidado organizada a partir da integração das ações de proteção, promoção, reabilitação e organização de pontos de atenção para garantir o acesso às redes conforme as necessidades de sua população.

A integralidade, princípios dos SUS E SUAS, se materializa com a transformação dos modelos de atenção desarticulados de promoção da produção do cuidado para uma organização e construção em rede capaz de garantir o outro princípio: a universalidade do acesso frente à complexidade das demandas apresentadas. A integralidade está baseada na importância de se conceber o cuidado como uma atividade a ser desenvolvida em rede e não setorial para que se possa garantir a atenção e proteção integral.

CAPÍTULO 3

A Saúde Mental na Assistência Social

A construção e articulação da rede institucional promove a seguridade social, meta dos profissionais de saúde pública, assistência social e previdência social. Para alcançá-la, no entanto, é necessário troca, partilha, fluxo. O objetivo deste capítulo é apresentar o relato de experiência profissional em uma unidade de acolhimento feminina no Distrito Federal, estabelecimento da assistência social que acolhe mulheres com sofrimento psíquico grave e/ou dependência química e/ou situação de rua. A diversidade do perfil do atendimento ocorre pela complexidade dos fenômenos associados às trajetórias, fragilidades e vivências dessas mulheres.

O relato de experiência é uma tradição metodológica resgatada pelo paradigma pós-moderno, ele permite que o processo de produção do conhecimento seja construído durante o fazer, na execução, na interação com o objeto pesquisado e que, esse aprendizado, mais do que verdades absolutas, possam ser possibilidades para o aprimoramento daqueles que executam ou que estão em circunstâncias semelhantes. Assim, acredita-se que a escolha pela metodologia contribui para a construção de uma rede em processo de desenvolvimento.

3.1 A crise do paradigma moderno e a necessidade de uma nova percepção de ciência

A ciência moderna surge de maneira sistematizada na Europa a partir do século XV e atinge seu auge nos séculos XVIII e XIX. A partir dos estudos de Copérnico, Kepler, Galileu, Newton e Lavoisier, uma nova modalidade de conhecimento fez-se sentir. David Hume, René Descartes e posteriormente Auguste Comte deram-lhe e consolidaram-lhe as bases filosóficas necessárias. A metafísica não mais era condição para a compreensão da natureza. O mundo já não dependia mais da vontade de um deus, nas palavras do poeta Alexander Pope: “Deus disse, faça-se Newton, e a luz se fez”.

Este paradigma pautava-se na crença de que 1- havia um mundo exterior, 2- Este mundo era alcançável pelos sentidos, 3- Este mundo era regido por leis de causalidade, 4- estas leis eram universais, 5- estas leis eram imutáveis, 6- a experiência permite a descoberta dessas leis, 7- essas leis podem ser expressas matematicamente, 8- o método científico deve ser imparcial, 9- o cientista deve apagar-se o mais possível do experimento, 10- o experimento deve ser repetível 11- todas as condições de execução devem ser

minuciosamente catalogadas e informadas, 12- por ser objetivo, imparcial, universal e atemporal, o conhecimento científico é seguro.

No século XX, porém, o paradigma clássico foi fortemente abalado dentro do próprio conjunto das ciências ditas duras: Einstein, Heisenberg e Bohr, na física, Ilya Prigogine, na química, Gödel e Moebius na Matemática. A natureza da luz, partícula/energia, por exemplo, já intrigava os cientistas, e mesmo a noção de energia ou de força, tão caras à mecânica Newtoniana, foram tomadas quase como místicas quando apresentadas pelo físico inglês no século XVIII. Com Einstein, porém, tudo se complicou ainda mais. Ele mostrou, com a teoria da relatividade geral, que a mecânica clássica Newtoniana apenas servia em velocidades baixas e que massa era uma variação de energia, além disso a noção de gravidade tornava o espaço curvo e o tempo uma variante da velocidade. Com os avanços na teoria quântica e a investigação do mundo subatômico, o paradigma clássico sofreu muito mais, pois Heisenberg defendeu que o observador interferia na posição, e mesmo na presença, do elétron. Isto era o fim do desejo da imparcialidade científica. A teoria das cordas posteriormente leva ao paroxismo a crença na linguagem matemática como descrição dos fenômenos, pois em cálculos impecáveis defende a existência de não menos que doze realidades possíveis, não verificáveis por experimentação. O método deveria prescindir da linguagem ou aceitá-la como artigo de fé. Ambas as escolhas eram muito delicadas.

Some-se a isso o surgimento de outras ciências no campo das humanidades, especialmente a Antropologia com a noção de observador-participante e a relativização das verdades com filósofos como Nietzsche e a teoria de Freud sobre o inconsciente. A questão se torna ainda mais problemática quando se considera questões sociais como o conhecimento científico passando a ser manipulado pelos governos (a bomba atômica ou as experiências de Joseph Menghele em Auschwitz). Havia a sensação de que a ciência, natural ou social, havia falhado, que não havia sido a panacéia prometida nos séculos XVIII e XIX. Falhara contra a pobreza, a fome, a tortura, o genocídio, e a ainda criara ameaças antes não existentes, de extinção da raça humana, com a possibilidade de uma guerra nuclear e a destruição ambiental. Tudo isso instaura a grande crise epistemológica que levaria ao surgimento daquilo que é chamado ciência pós-moderna.

Mas o que se quer dizer com ciência pós-moderna? Certamente há muitas posições a este respeito; em linha gerais, porém, aceita-se a relativização das supostas verdades alcançadas pelo cientista. Busca-se o fim das fronteiras entre as ciências, é a exaltação do conhecimento híbrido, a busca de um cientista que se faça parte da experiência. Essa dependência da consciência individual, porém, pode gerar o medo de uma pluralidade infinita

e da conseqüente impossibilidade de verdade. Como se essa nova ciência fosse um labirinto, enganador e desesperador. Os corredores sem fim são as várias interpretações do mesmo “fato”, as disputas em torno da interpretação “correta”, são máscaras para disputas de poder. Como se tais disputas não tivessem sempre existido e sempre moldado toda a produção de conhecimento científico. Características do presente, essas ideologias, que podem estar em conflito, cooperação ou negociação, criam um suposto fato e o apresentam como “real”. O que se legitima discursivamente como “real”, engana duplamente, pois é um discurso que aparenta somente representar, quando, ao se examinar melhor, está criando aquilo que é supostamente representado, como observa a socióloga Berenice Bento:

É necessário apontar que a linguagem não tem somente a função de descrever a realidade, devendo ser compreendida como uma modalidade produtora de realidades. No caso da linguagem científica, a tarefa de desvelamento dessa função é consideravelmente complexa, pois sua eficácia consiste na idéia da suposta capacidade da ciência em descrever uma dada realidade de forma neutra. (BENTO, 2006:45)

Obviamente, nenhuma realidade é “dada”, nem muito menos descrita de forma neutra. Acreditar em uma natureza, um real, já-aí, seria cair numa naturalização perigosa. Os pós-modernismos tendem a chamar essa visão de metafísica da presença¹. É a já comentada e apresentada herança cartesiana, costurada desde Francis Bacon, e mesmo antes, até chegar na eficiente propaganda de iluministas como Jean François Marie Arouet (*monsieur* de Voltaire). Advogar uma percepção diferente é uma das propostas contemporâneas, que não acredita na coerência e racionalidade pétreas de um discurso apresentado como uma grande linha evolutiva, cada vez mais próxima de uma “verdade” incontestável, porque científica.

A autoridade do cientista desenvolveu-se tanto ao longo dos últimos séculos que, não sem razão, a historiadora Tânia Swain aponta a ciência como o novo dogma e compara o cientista, na sociedade moderna, ao sacerdote, nas sociedades tradicionais (SWAIN, 2004). É fácil desenvolver essa metáfora, o sacerdote é um intermediário entre o divino “real” e a vida cotidiana. O cientista também age como uma ponte entre a natureza, real, já-aí, e o mundo comum. Os xamãs muitas vezes enfrentavam grandes perigos no mundo espiritual para poder trazer as bênçãos dos espíritos (ELIADE, 1998); o cientista, na imagem popular, enfrenta a incompreensão, o descaso, a falta de recursos e até a loucura, passando pelo remorso e chegando ao suicídio. Essa idéia também se une à jornada do herói, conforme definida por

¹ Termo cunhado por Jacques Derrida, metafísica da presença seria a base para a crença tradicional da ciência em um objeto dado e perscrutável por meio de um método reproduzível. (DERRIDA, 2006).

Joseph Campbell (CAMPBELL, 2007). O herói é um membro da comunidade que sai para uma grande aventura, enfrenta uma série de perigos e retorna com algo de bom para a comunidade. Já os xamãs se diziam escolhidos por algo superior, tinham uma missão, discurso utilizado por alguns cientistas, ancorados no conceito romântico de gênio. Enfim, para sintetizar basta lembrarmos que Auguste Comte fundou a igreja positivista e hoje há o movimento da cientologia, presente nos cinco continentes.

O paradigma pós-moderno de ciência, levanta que, talvez, mais do que elevar a autoridade de uma categoria ou mais do que pensar binariamente em verdade/mentira, seja melhor pensar em múltiplos saberes, em possibilidades. Questionar as verdades e as “presenças”, no sentido derrideano, que subjazem às binariedades. Abandonar a lógica de árvore, hierarquizada e vertical, por um rizoma (DELEUZE;GUATARRI, 1976), subterrâneo, múltiplo, aparentemente confuso e não dêitico.

Toda epistemologia, toda ciência, é feita de rupturas, de escolhas, de apropriações e de silêncios. Não há árvores, há rizomas. A lógica da árvore seria baseada na rigidez fálica e na hierarquia presente entre raiz, caule, folhas e frutos, uma progressão, um telos, um desejo de elevação em que tudo existe para um fim. O rizoma é subterrâneo, imprevisível em sua emersão, não há nele hierarquia entre raiz e caule, abre-se para possíveis. Trata-se de romper com bases epistêmicas binárias e auto-excludentes. Esse sabor/saber apresenta-se como um tudo-agora-já de possibilidades que ao invés de se anularem, se amalgamam, não se complementam, pois não há encaixe, nem complementariedade, há sobreposição sem destruição.

É uma desconstrução da compreensão tradicional do que vem a ser o fazer científico. O cientista é o experimento, pois não mais se acredita na divisão binária observador-objeto observado, as ilusões da imparcialidade e da objetividade absolutas não mais se sustentam:

Nesse processo o papel do cientista muda de estatuto e a ciência torna-se autobiográfica, na medida em que o ato de conhecimento, com toda a sua carga biográfica, dada pela experiência de vida do cientista, pode ser combinado a uma natureza que também é sujeito, já que não é mais vista como mero objeto inerte. O conhecimento é então produto de uma criação e não de uma descoberta, criação feita pelo homem e pela natureza conjuntamente. (ABREU, 2012 pg 64)

O conhecimento não se dá sem a participação do cientista, pois depende dele, de sua interpretação para ser, enquanto epistemologia. Assim, baseada nesse paradigma, acredito poder apresentar meu relato de experiência, enquanto forma legítima de produção de reflexão, a partir da observação, relatos orais de seus trabalhadores e experiência vivida, nas práticas

para execução da política de assistência social em uma unidade de acolhimento de mulheres. O relato a seguir pretende mostrar as rotinas, procedimentos e atividades e mudanças em unidade da assistência social ocorridas em dois anos (2013-2014) e sua convivência com a realidade de usuários que são acompanhados ou necessitam dos serviços de saúde mental. O período de relato foi delimitado porque corresponde a experiência conjunta de profissionais de assistência social e saúde dentro de um estabelecimento da assistência social. Desta forma, busca-se refletir sobre os procedimentos, limites e possibilidades da política de assistência social perante o acolhimento desses usuários.

3.2 A Unidade de acolhimento para mulheres

3.2.1 Dimensões físicas

A Unidade de Acolhimento para Mulher (Unam), conhecida na rede institucional como Casa Flor, localiza-se em Taguatinga Sul, compõe a rede de serviços de alta complexidade da Assistência Social, no Distrito Federal, vinculada a atual Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social (SEDHS), antiga Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST). O estabelecimento foi inaugurado em 1991, durante o governo de Fernando Collor de Mello, conforme informa a placa de inauguração do espaço, no centro do estabelecimento. Na época, estava ligada à superintendência do Distrito Federal, que, por sua vez, se vinculava à Fundação da Legião Brasileira de Assistência e ao Ministério da Ação Social. O lugar foi construído para ser um Centro de Capacitação Profissional-Lindolfo Collor-, entretanto, o espaço já teve outras atribuições e funções nas ações da assistência social como almoxarifado, galpão, local de distribuição de pão e leite, Cursos do CNEC, SOS criança, entre outros. O lugar não foi pensando, em princípio, para o acolhimento institucional e sua transformação em Casa de Passagem de Mulheres ofereceu o serviço de forma improvisada.

De acordo com a orientação para a reordenamento do serviço de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua, deve-se adequar a infra-estrutura física e a capacidade de atendimento, conforme os parâmetros de estrutura física e capacidade máxima de cada serviço e sua estrutura deve oferecer condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2012). Esta unidade possuía quartos com lajes baixas, falta de acessibilidade, pátio com riscos de quedas para pessoas com pouca mobilidade, assim como obras e espaços ainda improvisados como cozinha, banheiros, lavadeira e guarita. Uma casa de passagem deve

conter quartos para até quatro pessoas com espaço suficiente para acomodar camas e armários para guarda de pertences de forma individualizada, banheiro adaptado para pessoa com deficiência e previsão de uso de até 10 pessoas. Lavadeira equipada para lavar e secar roupas entre outros. (Ministério do Desenvolvimento Social, 2012).

O cenário é posto pelas autoras Couto, Yazbek e Raichelis (2010), como uma tradição na Assistência Social, com ações e estruturas sustentadas de forma improvisadas com recursos reduzidos. Para reverter este histórico, a articulação dos trabalhadores, por meio de seus conselhos e representações sindicais possibilitou a produção de novos parâmetros e documentos para a execução das próprias práticas. Assim, na percepção do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a regulação e a gestão no trabalho no Sistema Único de Assistência Social deve contemplar e estruturar de modo indissociável três dimensões: condições materiais, institucionais, físicas e financeiras; meios e instrumentos necessários para as atividades e o conjunto de práticas desenvolvidas por seus trabalhadores. (2009).

Na percepção da equipe da UNAM, que foi convocada a se posicionar, propor e sugerir, por meio de reuniões, o espaço improvisado era mal distribuído e deveria ser melhor aproveitado. Havia poucos banheiros para a quantidade de usuárias, era necessário revisão do sistema sanitário, de escoamento da água e da chuva, da parte elétrica, para impedir os fios expostos, isolar as lâmpadas, melhorar a ventilação nos quartos, colocar telas nas janelas e venezianas, ao invés de cortinas, para humanizar e proteger o ambiente contra insetos. Azulejar a cozinha, o refeitório, reformar os armários da cozinha depredados com acumulação de mofo, instalar um lavabo dentro ou próximo ao refeitório para higienização das mãos. Era necessário adaptar o espaço para ajustar larguras de portas, banheiros e barras na paredes para acolher usuárias e possíveis trabalhadores com dificuldade de locomoção ou deficiência física; adquirir camas e colchões mais resistentes, assim como cobertura para os colchões para protegê-los do mal uso, instalar lavadeira, de secadora industrial para esterilização das roupas e utensílios para impedir o contágio de doenças devido à rotatividade de mulheres e o uso comum de cobertores, lençóis, fronhas, roupas. Era necessário ainda organizar melhor as condições de limpeza e higiene na unidade, que é realizada por um empresa terceirizada nos espaços comuns e criação de escalas de limpeza entre as usuárias nos quartos.

A Casa de Passagem para mulheres deve ser constituída por instalações físicas adequadas, com equipamentos e materiais necessários ao acolhimento, oferecendo condições de repouso, higiene pessoal, lavagem e secagem de roupas, alimentação e trabalho sócio-educativo; Os espaços deverão estar em consonância com a legislação que garante o direito à acessibilidade; É responsabilidade dos servidores e usuárias zelar pelo patrimônio disponível, bem como, por sua manutenção. (REGIMENTO

INTERNO DA CASA DE PASSAGEM PARA MULHERES, art 21, 8 de dezembro de 2010, DODF, p.53).

Meu percurso neste estabelecimento da antiga SEDEST, iniciou em janeiro de 2013, quando fui lotada como técnica de assistência social no cargo de cuidadora social. Na época, a unidade estava em meio a reforma para ampliar o número de vagas e melhorar as instalações e acessibilidade para usuárias com dificuldade de locomoção, obra que permaneceu ainda durante meses.

3.2.2 Público

Cheguei a unidade de acolhimento em um ano de muitas mudanças. Havia na equipe a discussão sobre uma definição mais clara do perfil de usuária para acolhimento do serviço. Servidores com mais tempo na unidade relatavam a mudança de público ao longo dos anos e que a ausência de delimitação do perfil das acolhidas geravam decisões de forma autônoma. Além disso, havia percepção de que o número de evasões de usuárias da unidade era maior entre as acolhidas com situação de rua e/ou dependência química.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, configura-se como serviço de Acolhimento Institucional para adultos e famílias em situação de rua o acolhimento de pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. Deve ser oferecido em unidades - abrigo institucional ou Casa de Passagem- distribuídas em espaço urbano, para usufruto da cidade com segurança, igualdade de condições e acesso aos serviços públicos e respeito a permanência. (Resolução CNAS nº 109/2009).

A Unidade de Acolhimento para mulheres (UNAM), conhecida na rede como "Casa Flor" é uma modalidade de acolhimento institucional. Tem como objetivo o acolhimento imediato e emergencial com a perspectiva de atender a demanda específica, considerando que o sujeito está de passagem, em trânsito. Seu perfil são pessoas adultas do mesmo sexo e desabrigo por abandono, migração ou ausência de residência ou ainda pessoas em trânsito. A principal característica do público dessa modalidade de acolhimento é a transitoriedade, ou seja, não há intenção de permanência por longos períodos. (Texto de Orientação para o Reordenamento do Serviço de Acolhimento para a População Adulta e Famílias em Situação de Rua, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2012).

As circunstâncias tipificadas indicam que a assistência deve alcançar à população em situação de rua. Alguns dados sobre a realidade dessas foram mostradas na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008, pelo Ministério do

Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). No Distrito Federal, por exemplo, foram registrados 1734 em situação de rua, correspondendo a 0,071% da população geral. A cada 1000 pessoas em Brasília, 4,5% estão em situação de rua. O estudo nacional revelou algumas particularidades com relação às mulheres. Elas representam 18% da população de rua, a maior faixa etária nesta realidade encontra-se entre os 26-35 (30,20%), seguidos dos 18-25 (24,19%) e 36-45 (21,76%). A maioria das mulheres que estão em situação de rua justificam esta condição pela perda de moradia (22%,56), seguida de conflitos familiares, (21,92%), alcoolismo e drogadição (11,98%), desemprego (8,8%).

Um dado interessante é com relação à saúde mental deste público. As mulheres em situação de rua relatam maior número de passagens por hospitais psiquiátricos (21,4%), do que homens e a questão de saúde mental representa 9% dos problemas femininos nestas condições, seguidos da hipertensão (8,3%) e diabetes (8,1%) como casos mais incidentes. O uso maior dos serviços de saúde mental como hospitais psiquiátricos por mulheres em situação de rua do que homens no país indica que o perfil de acolhimento institucional deste público precisa articular estratégias de promoção e manutenção do acesso de mulheres aos estabelecimentos, programas e projetos de saúde mental, tendo em vista esta característica do público.

A situação de mulheres em situação de rua mostrada pela pesquisa indica para o fenômeno da vulnerabilidade. A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese das dimensões sociais e políticas associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos ou grupos populacionais (AYRES, 1996). As situações de vulnerabilidade social podem resultar em circunstâncias que geram processos de marginalização e exclusão social. As situações encontram-se ainda associadas à pobreza e privações e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, somados as vivências de discriminação por gênero e raça, por exemplo.

A existência deste fenômeno no Distrito Federal, fez o governo local, em 2013, aderir à Política Nacional para População em Situação de Rua e instalar um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política de Inclusão de Pessoas em Situação de Rua. Entre os objetivos estavam a articulação da rede de proteção às pessoas em situação de rua e o controle social da política para esta população. O Distrito Federal passou a ser a primeira unidade da federação a se comprometer com essa política. Em 2012, foi instituída a Política Distrital para este público no DF e inaugurado o Centro POP, na 903 sul. Além disso, ao longo de 2013 as Unidades de Acolhimento Provisório passaram por processo de reordenamento.

Na época, a SEDEST possuía quatro equipes que desempenhavam o serviço de

abordagem social - Creas Brasília, Centro Pop Brasília, Nuaso Ceilândia e Creas Sobradinho. Compostas por educadores sociais de rua e com o objetivo de auxiliar o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e aos benefícios assistenciais. Houve a expansão do atendimento para esta população com a ampliação do serviço de abordagem social, por meio de convênio, além da criação do Centro POP de Taguatinga e previsão de construção de unidades em Planaltina, Ceilândia e São Sebastião.

A Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua do Distrito Federal considera população em situação de rua como o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Decreto nº 33.779, 06 de Julho de 2012). A Política Distrital possui ainda vários eixos, dentre eles, o da assistência social e saúde.

Nos eixos da assistência social estão o reordenamento dos serviços de acolhimento destinados à população em situação de rua; 1- ampliação da rede de serviços de acolhimento com Unidades de Acolhimento para Indivíduos e Famílias, Repúblicas para Jovens e Adultos; 2- Instituições de Longa Permanência para Idosos e de Unidade de Acolhimento para o público LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais), com o objetivo de atender toda a heterogeneidade e diversidade da população em situação de rua; 3- Implantação Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua – Centro POP e ampliar o Serviço Especializado de Abordagem Social; 4- Efetivar atendimento articulado entre as áreas da saúde e assistência social e intensificar ações integradas com o Consultório na Rua e o Programa Saúde da Família Sem Domicílio; 5- Produzir e sistematizar informações territorializadas sobre o perfil e condições socioeconômicas da população em situação de rua, buscando identificar os aspectos de heterogeneidade e identidade deste grupo populacional.

Nos eixo saúde estão 1- ampliação do atendimento à população em situação de rua, usuários de álcool e outras e de pessoas com transtorno mental, por meio da implantação de Consultórios na Rua e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPS AD); 2- Implantação das residências terapêuticas para possibilitar o processo de desinstitucionalização e a reinserção social dos egressos de internação hospitalar; 3- Desenvolver estratégias de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social, o Sistema Único de Saúde e outras políticas garantidoras de direitos para qualificar a oferta de serviços; 4- Organizar o fluxo de referência e contraferência entre os equipamentos de saúde e os da assistência social para o acolhimento dessa população.

A partir da experiência observada e vivenciada na unidade de acolhimento de mulheres, o reordenamento dos serviços de acolhimento provisório, previstos no Plano Distrital para População de Situação de Rua, resultou na convivência de uma gama de fenômenos apresentados por mulheres em situação de rua, que não apenas a situação de extrema pobreza ou ausência de moradia, como o plano define a própria população. Estão presentes neste público a fragilização de vínculos familiares e comunitários, violências, uso de substâncias psicoativas, sofrimento psíquico grave, quando não apresentam várias condições reunidas em um mesmo caso. Esta complexidade necessita de estratégias e articulação da rede institucional envolvida para promoção da dignidade da pessoa humana e seus direitos humanos e sociais como moradia, alimentação, acesso à saúde, educação e trabalho. Considera-se ainda que a implementação dos serviços estimulados pelo eixo saúde do Plano Distrital para População em Situação de Rua foi pouco materializada. A falta de equipamentos como residências terapêuticas e unidades de acolhimento de saúde resultaram, em muitos casos, em recolhimentos na UNAM.

Outro fenômeno que se apresenta neste contexto de acolhimento institucional de mulheres, a partir da experiência vivida, é o da violência de gênero cometida contra elas. Observa-se que é muito difícil delimitar que tipo de acolhimento seria o mais adequado - Abrigo Institucional ou Casa Abrigo-, essas fronteiras não são tão rígidas ou delimitadas diante da complexidade do fenômeno, como orientam os dispositivos legais. Há uma variação de fenômenos de violência que foram praticados contra mulheres acolhidas - violência psicológica, física, patrimonial e sexual, que podem ter sido realizadas por parceiros, pais, filhos ou outros parentes e estarem associados a outros contextos como a própria dependência química, o transtorno mental diagnosticado e a situação de rua, resultando em uma sobreposição de fenômenos que se apresentam como constituintes do sujeito.

Como experiência vivida, pode-se presenciar que o sofrimento psíquico feminino possui ainda contextos peculiares produzidos pelas condições históricas e sociais que constroem a subjetividade das mulheres, de modo que as práticas para atendimento deste público precisam trabalhar de forma articulada para perceber e enfrentar as circunstâncias, dentro de suas competências, dos motivos que criaram ou ainda são capazes de aumentar o sofrimento psíquico.

A prática social tem o costume de separar as partes: mente-corpo, social-indivíduo, assistência social - saúde, compartimentar demandas e urgências em fenômenos sociais e humanos que se encontram atrelados, minimizando a percepção de contextos e das complexidades geradoras dos fenômenos.

Em muitos relatos de mulheres acolhidas aparecem comentários sobre o surgimento da depressão ou ansiedade após conflito e violência psicológica, física ou sexual do parceiro ou parente, perda de contato com os filhos, após conflitos conjugais e familiares, perda de ente querido por violência urbana e envolvimento com drogas, condições socioeconômicas desfavoráveis associadas à violência, entre outros. Condições essas que vão além do recorte no sintoma do sofrimento psíquico para delimitar o acesso a este ou aquele serviço. A escuta e a intervenção para o fenômeno da violência de gênero e seus desdobramentos se torna um instrumento útil para avaliar estratégias que competem a assistência social e/ou a saúde mental. É necessário uma leitura de contextos para compreender o que leva e o que mantém o sofrimento psíquico neste público.

A ideia de propensão ao desenvolvimento dos transtornos mentais, calcada apenas na biologia como fator determinante, sem dialogar com a cultura e suas relações de poder produziram um grande número de psicopatologias associadas à natureza biológica da mulher. Esta condição desconsiderava a realidade cultural vivenciadas pelas mulheres como situações de violência doméstica ou sexual associadas às formações dos sintomas e do sofrimento psíquico. Não era ponderado nenhuma ou qualquer responsabilidade dos parceiros no desencadear dos sintomas e muitas vítimas de violência foram pensadas de forma equivocada por profissionais de saúde como alguém que tivesse necessidade psíquica de sofrer abuso. (Barbosa; Dimenstein; Leite; in Andrade; Zanello, 2014, p.200).

Falar em saúde mental requer propostas interdisciplinares e integradoras das múltiplas dimensões em jogo. Faz-se necessário, desta maneira, pensar o campo da saúde mental das mulheres incorporando a relação que existe entre este e a produção histórica das mulheres enquanto sujeitos, tornando esta temática indissociável dos acontecimentos que perpassam a vida dessas mulheres. (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE; in ANDRADE; ZANELLO, 2014, p.200)

A complexidade dos fenômenos apresentados por mulheres acolhidas nesta unidade dificulta a delimitação do perfil para acesso ao serviço. Em muitos casos, é necessário avaliar a condição mais imediata ou emergencial para acolhimento para depois reavaliar e realinhar às competências que cabe, por exemplo, a assistência social e saúde mental e assim realizar encaminhamentos. Em muitos momentos, foi necessário lembrar os objetivos específicos para pensar em ações adequadas e alinhadas. Entre os objetivos específicos do serviço de acolhimento ofertados pela Casa de Passagem para mulheres estão: 1 -garantir a proteção integral; 2- contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência

e ruptura de vínculos; 3- auxiliar as usuárias no desenvolvimento de condições para a independência e auto-cuidado; 4- restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; 5- possibilitar a convivência comunitária; 6- promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais; 7- acompanhar a construção do projeto de vida, com vistas a reintegração social e comunitária das mulheres; 8- promover acesso à programação cultural, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as ao interesses, vivências, desejos e possibilidades do público. (Regimento Interno da Casa de Passagem para Mulheres, art 4, 8 de dezembro de 2010, DODF). A partir das rotinas e atividades desenvolvidas por cada membro da equipe é possível observar quais são as estratégias e limites que são desenvolvidos para alcançar ou não esses objetivos. O papel da equipe será apresentado no item 3.3 deste relato.

Ainda no quesito público acolhido na Casa Flor, encontra-se uma diversidade de condições com variadas demandas, algumas chegam a unidade tendo diversas passagens pelos serviços de saúde mental como Hospital São Vicente Paula e CAPSI, outras foram acolhidas, mas não continuaram o acompanhamento na saúde mental e voltaram a situação de rua. Várias acolhidas conhecem as medicações, mas não acessaram à rede de saúde mental, chegam sem receita e medicação. Outras, chegam sem apresentar sintomas perceptíveis e ao longo da permanência na unidade, a equipe observa comportamentos, relatos e sinais e tenta sensibilizar a usuária para a necessidade do acompanhamento nos serviços de saúde mental. Outras usuárias chegam com prescrição médica e de tratamento, mas se recusam a usar a medicação e fazer o acompanhamento. Entre as medicações psiquiátricas frequentes utilizadas de pelas mulheres em acolhimento na Casa Flor estão Amipritilina, Biperideno, Haloperidol, Carbamazepina, Citalopran, Clonazepam, Prometazina, Quentiapina, Sertralina, Topiramato, Risperidona, Fluoxetina, Carbonato de Lítio, Ácido Valpróico, Diazepam, Tiriodazina.

Mulheres acolhidas com dependência química são outro público de usuárias encontradas na Unidade de Acolhimento. Algumas apresentam dependência química e situação de rua, outras fazem uso ou abuso de álcool e outras drogas e para manter o consumo, se prostituem. Desde que cheguei a Casa flor, em 2013, este tipo de público é constante. Em geral, são acolhidas, encaminhadas para os serviços na rede de saúde para dependentes químicos, mas não dão continuidade ao tratamento. Os sintomas da abstinência geram insônia, irritabilidade, agitação, cansaço, ansiedade e repercute em sua rotina de atividades na casa e nas propostas dadas pela equipe ao seu caso e na convivência com outras acolhidas e servidores. Pela experiência vivida, é um perfil de acolhimento que se vincula

muito pouco ao serviço, em um curto espaço de tempo, evadem da unidade e voltam a situação de rua e uso de drogas. A tendência observada deste público é o de reinserção no acolhimento de tempos em tempos.

Em 2011, o governo do Distrito Federal lançou o Plano Distrital de Enfretamento ao Crack e outras Drogas. As ações foram alinhadas com as diretrizes do Governo Federal, especialmente com a Política Nacional sobre Drogas e com a Política Nacional sobre o Álcool e as premissas do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas. O plano é resultado do trabalho realizado pelo Comitê de Enfretamento ao Crack e outras Drogas, criado de maio de 2011, pelo Decreto nº 32.901. As ações foram estruturadas em três eixos: prevenção, recuperação e tratamento e combate ao tráfico.

O Plano tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, direitos humanos, segurança pública entre outras. Entre os objetivos estão a estruturação, integração, articulação e ampliação das ações para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas ilícitas, a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis como a população em situação de rua. No eixo de tratamento e reinserção social, que propõe a articulação da rede socioassistencial e saúde mental, a proposta foi a criação de cinco Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSI AD), implantação de quatro Casas de Acolhimento Transitório, 11 consultórios de rua; quatro Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e dois Centros de Referência Especializada em População de Rua (CREAS).

O Distrito Federal também aderiu o Programa Crack, é possível vencer, em 2012. O Programa coordenado pelo Ministério da Justiça, contempla ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS) tanto o eixo da prevenção, com ações específicas de cada sistema, como também no eixo da cuidado, que tem como diretriz a ampliação e qualificação da oferta de serviços para o uso de drogas e o apoio integral aos usuários e suas famílias. O eixo prevenção, permeado pela compreensão da Política Nacional sobre drogas entende que o usuário e dependente não deve ser penalizado pela justiça com privação de liberdade e que a atenção ao usuário deve ser feita a partir da reflexão sobre o próprio consumo e disponibilizar acesso aos serviços e equipamentos da rede de saúde e assistência social. Na percepção deste programa, as ações não podem ser isoladas e profissionais de várias políticas foram capacitadas para atuação com usuário de crack no Distrito Federal, a partir da compreensão de atuação e serviços de cada política e o reconhecimento do território.

O reordenamento das Unidades de Acolhimento Provisórias, a criação no Distrito

Federal de uma política para população de rua e para usuários de drogas ampliou e diversificou o fluxo de pessoas que transitaram pela unidade de acolhimento de mulheres em questão. Além delas, se manteve os perfis de acolhimentos de mulheres em situação de risco pessoal ou social por abandono, maus tratos, negligência, abuso, condições de fragilidades físicas, após alta em hospitais públicos ou da própria rede de saúde mental. Entretanto, é importante frisar que o contexto da Casa de Passagem foi alterado, tendo em vista que muitos casos se estenderam durante meses pela complexidade dos casos, resistências de usuárias de aceitar as orientações da equipe assim como a dificuldade de vagas ou ausência de programas, projetos e estabelecimento existentes na rede institucional para os encaminhamentos mais adequados de cada caso.

O conhecimento da rede socioassistencial e o tipo de público a quem ela se destina, garante um encaminhamento de forma eficiente ao ser feito por profissionais de outras políticas públicas, promovendo o reconhecimento integral do indivíduo no seu contexto familiar, social e cultural, além de favorecer o cuidado, posto que esta postura pode gerar a inclusão ou a manutenção da exclusão do demandante. O encaminhamento é um processo importante para promoção dos direitos. Foi observado que casos de acolhimento da Casa Flor, foram realizados de forma equivocada devido ao encaminhamento de outros profissionais da rede institucional ao omitir informações das condições físicas, psíquicas de acolhidas ou por não conhecer o perfil de usuário para este tipo de acolhimento ou estabelecimento, colocando em risco à saúde e a segurança da acolhida, de usuárias e servidores na unidade. Os acolhimentos são feitos por meio da fé pública, princípio que reconhece como verdade as informações contidas em documentos emitidos por agentes públicos. A equipe muitas vezes precisou encaminhar a acolhida para nova avaliação na rede para se certificar das condições físicas ou psíquicas reais da acolhida e garantir a proteção da usuária, de outras acolhidas e servidores.

A Casa Flor deve acolher mulheres com idade a partir de 18 anos, com condições de exercer as Atividades da Vida Diária (AVD) - alimentação, higiene pessoal, vestir e despir-se ou com dependências, mas que não estejam acamadas e necessitem de isolamento ou precaução de contato devido à doença contagiosa, sem uso de sondas ou aparelho para auxílio respiratório. Podem estar em situação de rua e/ ou desabrigo por abandono, migração, ausência de residência, em trânsito ou vivência de situações de violência e negligência, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos e sem condições de autossustento. O acolhimento é de caráter temporário de até 90 dias, podendo ser estendido, conforme o caso e a necessidade. Na prática, esta delimitação do público nem sempre é cumprida.

3.2.3 Equipe

Cheguei a Casa Flor, em janeiro de 2013, em meio a mudança de ordenamento das equipes da assistência social e a entrada de servidores temporários e efetivos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal na Unidade de Acolhimento da Assistência Social. Vale ressaltar que essa última categoria era uma demanda antiga da UNAM, que avaliava como importante a existência de profissionais de saúde - técnicos de enfermagem e enfermeiro - na unidade para atender as circunstâncias físicas das mulheres como ferimentos, curativos, acompanhamento da medicação. Essa condição promoveu transformações na estruturação das atividades e articulação com a rede de saúde mental.

Em primeiro lugar, a UNAM não possuía servidores da minha especialidade- cuidadores sociais- A gestão de recursos humanos da SEDEST não considerava prioritária a lotação deste cargo neste serviço, tendo em vista que sua maior demanda estava nos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes. Entretanto a lotação do técnico de assistência social- cuidador social- é restrita a Alta Complexidade, isto é, aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes, adultos, idosos e pessoas com deficiência. Além disso, a Portaria nº 118, de 02 de setembro de 2010, que dispõe sobre as equipes de referência para o funcionamento das unidades, previa, no mínimo, quatro cuidadores sociais para compor o quadro desta especialidade nesta unidade de acolhimento. Assim, as atribuições dos cuidadores sociais, conforme as orientações técnicas eram realizadas por agentes sociais e auxiliares sociais. O primeiro grupo de servidores citados, além de realizarem suas atribuições de carreira, exerciam junto com outros servidores, atividades atribuídas aos cuidadores sociais. Já o grupo de auxiliares sociais é uma composição de servidores que ao longo do percurso institucional foram perdendo suas atribuições devido à mudança ou extinção das atividades específicas e foram incorporados em novas atividades, ganhando outras ou foram transferidos para a unidade após reordenamento da estrutura da SEDEST. Cabe lembrar que a equipe de cuidadores sociais lotadas na Casa Flor foram remanejadas após episódios de restrições laborais com público infanto-juvenil ou estavam em processo de readaptação. Este primeiro cenário causou estranhamento na equipe, que se sentiu ameaçada com perda de funções. Em princípio, avaliaram como desnecessária as atividades do cargo de cuidador social para o funcionamento da unidade.

O cenário acima é comentado por Couto, Yazkek e Raichelis (2012) quando afirma que a implantação do SUAS exige novas formas e modos de organização, regulação e gestão

de trabalho e as condições em que ele se realiza. O conjunto diversificado de profissionais que compõe o SUAS, traz questões profissionais particulares de cada categoria de trabalhadores, no percurso de sua história corporativa e sindical, reivindicações específicas de suas condições de trabalho. É importante considerar que as diferentes profissões incorporam contribuições de conhecimentos e métodos para elaborar as concepções teóricas e técnicas que foram as práticas da assistência social. Quanto maior for a qualificação dos servidores da assistência social, menos sujeitos a manipulação e jogos de interesse políticos.

Durante alguns meses foi indispensável pensar em rotinas associadas às atribuições do cargo de cuidador social, construir com a equipe a confiança e percepção da necessidade deste cargo para melhor execução do acolhimento. De fato, as atribuições de cuidadores sociais contribuem para os objetivos específicos do serviço de acolhimento de mulheres como 1- auxiliar as usuárias no desenvolvimento de condições para a independência e o autocuidado 2- possibilitar a convivência comunitária; 3- favorecer o surgimento e desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que usuárias façam escolhas com autonomia; 4- acompanhar a construção do projeto de vida, para a reintegração social e comunitária das mulheres; 5- promover o acesso a programações culturais, de lazer, esporte, entre outros; contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e rupturas de vínculos; entre outros (Regimento Interno da Casa de Passagem para Mulheres, 8 de dezembro de 2010, DODF)

Segundo o regimento, cabe aos cuidadores sociais atividades relacionadas à 1- orientação e assistência aos vários públicos como pessoas adultas e com deficiência, 2- orientar sobre normas de convivência comunitária, 3- mediar conflitos, participar e contribuir para o processo de reintegração familiar, 4- zelar pela integridade física, emocional e mental do acolhido; 5- auxiliar na construção da autonomia e autogestão do usuário; (Portaria Conjunta nº 10, anexo II, 04 de dezembro de 2008, DODF)

Já as atividades dos cuidadores sociais prevê a 1- instrução de usuários sobre hábitos de higiene, 2- educação informal, 3- prestar apoio psicológico e emocional, 4- auxiliar na recuperação de auto-estima, valores e afetividade; 5- auxiliar nas terapias ocupacionais e físicas; 6- observar e registrar comportamentos, 7- controlar a guarda, o horário e a ingestão de medicamentos; 8- auxiliar na locomoção ou atividades que os usuários não possam realizar em funções de inabilidades motoras ou deficiência 8- relatar e registrar orientação médica aos demais servidores; 9- acompanhar e apoiar os projetos profissionais construídos como parte do projeto de vida dos usuários, acompanhar os usuários em atividades sociais e culturais 10- favorecer e estimular a prática de esportes, leitura; 11- acompanhar os usuários à rede de

saúde, quando necessário entre outros. (Portaria Conjunta nº 10, Anexo II, 04 de dezembro de 2008, DODF).

A chegada dos cuidadores sociais redesenhou as rotinas e as atividades da equipe, que serão relatadas no item sobre rotinas e procedimentos. Entretanto, vale ressaltar que muitas atividades causaram convergência de atribuições, mas que, na prática, ocasionou em choque de competências. Um dos motivos para esta realidade está na falta de clareza das normas. Um dispositivo relata uma atribuição para determinado cargo, enquanto em outro elimina a atribuição. Na prática, isto gera confusão nas rotinas e no fluxo das atividades e na própria criação das escalas de trabalho. Como exemplo, cita-se que em dispositivos diferentes estão que agentes sociais e cuidadores sociais são responsáveis pelo controle da medicação e acompanhamento aos serviços de saúde e nas atividades como oficinas ocupacionais e as atividades propostas para as acolhidas. Além disso, a legislação vigente não diz as atribuições dos auxiliares sociais, apenas suas escalas de trabalho. As fronteiras de atribuições e competências ajudam a definir melhor o fluxo do serviço, criar procedimentos e estratégias para o melhor funcionamento da unidade. Cada cargo correspondente a um subsistema, que se relaciona com o outro, se há mudança ou conflito em uma parte, ou entre as partes, há efeito nas outras, porque as partes são interdependência, elas precisam ser coordenadas por meio da integração e diferenciação, para que se cumpra a função do sistema seguinte, que no caso é a Unidade de Acolhimento. As interações internas e externas da Unidade de Acolhimento refletem no controle e na autonomia das ações.

O segundo momento compreende a incorporação de servidores da saúde ao quadro da assistência social. Por meio de um acordo de corporação técnica foram cedidos profissionais da Secretaria de Saúde do Distrito para a Casa Flor, que vieram devido ao Programa de combate ao Crack. Um motorista, um enfermeiro, duas psicólogas e duas assistentes sociais da saúde, todos servidores efetivos e cinco técnicos de enfermagem de contrato temporário. Os cinco especialistas e motorista tinham acabado de ser nomeados para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Alguns deles nunca tiveram experiência profissional na área de saúde mental ou na própria saúde pública. Esta circunstância gerou, em princípio, conflitos nos procedimentos e encaminhamentos. Estes servidores assumiram e estavam aptos a trabalhar dentro da Política de Saúde, prestaram um concurso onde foram avaliados conhecimento das legislações, procedimentos e fenômenos relacionados à assistência na saúde, enfermagem em contexto de saúde, psicologia da saúde e hospitalar. Alguns não conheciam A Política de Assistência Social, seus procedimentos, atividades, rotinas. Estes servidores foram convocados a trabalhar dentro dos critérios da assistência social, assim os psicólogos da saúde

tiveram que exercer as atribuições de psicólogos da assistência social. Outro contexto foi o cargo de enfermeiro, que não previsto dentro das carreiras da Assistência Social.

A título de discussão e exemplo sobre esta circunstância, o trabalho do psicólogo em serviços de acolhimento é baseado em diretrizes da psicologia social e comunitária. Campos (2002) refere-se ao psicólogo social comunitário como aquele que tem por tarefa a construção da identidade pessoal e social do indivíduo, a partir de uma consciência crítica, compreendendo este como um sujeito sócio-histórico.

Neste contexto, o psicólogo social possui três focos principais: práticas que efetivem o retorno do acolhido à família de origem; preparação para saída do acolhido da instituição. Sua prática baseia-se na perspectiva de que é possível melhorar a qualidade de vida dos sujeitos e grupos. Sua atividade é pautada na ideia de que todos os envolvidos são autores - equipe técnica, suas famílias e a comunidade - e podem construir sua realidade.

Os Psicólogos da Casa de Passagem devem 1- acolher, atender e acompanhar as mulheres juntamente com o assistente social, 2- proporcionar escuta qualificada com o objetivo de produzir a construção de um plano de intervenção para superação das circunstâncias vivenciadas, 3- realizar escuta individual e grupal, mas priorizar a intervenção grupal, realizar trabalho de grupos geracionais e intergeracionais, 4- utilizar dinâmicas e ser responsável e saber trabalhar as questões emocionais e emergenciais que possa aparecer durante as atividades; 5- realizar visitas domiciliares para observar a dinâmica familiar, seu acolhimento e afetividade; 6- realizar intervenção a partir da reflexão do significado da vivência de rua e nas condições que ela pode ter na reinserção familiar. 7- realizar reuniões grupais, nelas reforçar aos aspectos trabalhadores no contexto de atendimento individual e ser o mediador de troca de experiência com famílias que vivenciam problemática similares. 8- fortalecer laços sociais, a autonomia, a iniciativa e a promoção de intercâmbio cultural e comunitário e o conhecimento dos direitos e a forma de acessá-los. (Portaria nº 53, 10 de março de 2009, DODF)

Já as atribuições e competências de um psicólogo de saúde e hospitalar variam de acordo com o contexto de trabalho, por exemplo, a atribuição e rotina de um psicólogo que trabalha em uma UTI é diferente daquele que trabalha em uma enfermaria, que por sua vez é diferente daquela que trabalha na atenção básica ou na rede de saúde mental. No contexto da rede socioassistencial, o psicólogo não pode realizar, por exemplo, psicoterapias individuais, psicodiagnóstico. As questões éticas relacionados ao sigilo e registro em prontuário também são distintas. Os atendimentos realizados por psicólogos e seus registros no prontuário na rede socioassistencial circulam entre outros profissionais, necessitando um enquadre mais

adequado para mantêm o sigilo e o caráter confidencial de alguns informações que são restritas ao profissional de psicologia.

Devido aos contextos diferenciados e limites de atuação, foi necessário treinar e buscar o alinhamento de posturas e práticas convergentes com profissionais de saúde e da assistência social. A coexistência de profissionais de formações e referências de políticas distintas construíram a reflexão e construção de novos procedimentos e práticas.

3.1.3 Rotinas e procedimentos: construindo a rede e cidadania

A junção das equipes produziram divergências de rotinas e procedimentos como também, construção de instrumentos e troca de experiências.

Considerando as circunstâncias do público diverso atendido: mulheres com acompanhamento ou não em saúde mental, usuárias de drogas e/ ou situação de rua e seus contextos associados como diabetes, cardiopatias, escarras, feridas, tuberculose, portadoras de HIV, cadeirantes com certa autonomia ou não para o autocuidado entre outras situações, produziram inúmeras possibilidades de atuação da equipe técnica de enfermagem e da enfermagem. Antes da chegada desses profissionais muitos procedimentos de cuidado eram realizados nos Postos de Saúde e nos Hospitais. Entretanto o contexto de cuidado é ininterrupto e o acesso ao posto de saúde e hospital nem sempre é possível devido ao horário de funcionamento da rede e demandas mais urgentes, etc.

Como procedimento, a assistência social deve acessar a rede de saúde para promover o direito à saúde como confecção de documentos para direito ao serviço, inscrição no SUS além agendamento de consultas, exames, acompanhamentos ambulatoriais, internações e cirurgias, ocorre que as circunstâncias de muitas usuárias acolhidas o próprio SUS necessitam de cuidados após a internação e enfermagem. Sabe-se que há procedimentos específicos de cuidado pós-cirúrgicos como curativos e estes procedimentos não fazem parte das atribuições dos servidores da assistência social, pois não possuem treinamento técnico em saúde nem competência legal para realizar.

A equipe de saúde contribuiu para cuidado desses casos. Como exemplo, passou pela Casa usuárias com necessidade de limpeza constante de escarras, por feridas de violência, outra para auxílio no autocuidado comprometido devido à fragilidade de funções gastrointestinais por alcoolismo crônico, casos que permaneceram meses.

É muito difícil pensar que estes contextos teriam atendimento imediatos e constantes nos postos de saúde e hospitais, visto a enorme demanda de urgências e emergências dessas

equipes. Conta-se ainda os atendimentos emergências de mulheres idosas, grávidas ou com deficiências mais severas, que devido às circunstâncias podem necessitar de alguma cuidado mais específico. Esta realidade ocorre quando há falta de vagas em unidades específicas para estes públicos da rede pública, conveniada ou não conveniada, assim, elas são acolhidas pela unidade por um período, até seja encontrada vaga e acolhimento adequado para cada público.

A articulação com os serviços de saúde do território foi melhorada, visto o conhecimento desses profissionais das dinâmicas, especificidades no atendimento, auxiliando nos encaminhamentos. Foi possível ainda revisar os procedimentos de cuidados que são de competências de ambas as equipes como guarda e controle de medicação e garantir o acolhimento de demandas tão diversas de forma mais segurança. Em muitos casos, para a promoção do cuidado foi necessário o acesso à rede de saúde que ofereceu luvas, gases, algodão, esparadrapos, fraldas, pinças, aparelho para medição arterial, medidor de glicemia, kit de primeiros socorros para realizar os cuidados. Apesar de receber os profissionais de saúde, a assistência social não contem material desta natureza em estoque, devido ao entendimento de cuidado em outra dimensão como acesso aos direitos e promoção da cidadania.

A experiência de cuidado de outra vivência profissional pode orientar melhor a equipe de assistência social nas rotinas de alimentação, banho, orientação para os cuidados de higienização corporal e íntima feminina, para dietas específicas de acolhidas com quadro de diabetes, cardiopatia e outras. O conhecimento de doenças e seus sintomas como tuberculose e hepatites, além do esclarecimento técnico sobre os efeitos possíveis das medicações psiquiátricas, associando essas informações com o relato das acolhidas, possibilitaram o cuidado, à medida que avaliavam melhor às mudanças de comportamento e os efeitos colaterais do uso dessa medicação.

Como procedimento de saúde, construído dentro do contexto da assistência social, foi reservada uma sala para os cuidados de saúde, com os materiais e para a guarda adequada dos remédios e do controle da medicação psiquiátrica feita pela equipe que administra. O controle da medicação e sua entrega gera conflitos na equipe, pois apesar de ser atribuições de cargo da assistência social, como cuidadores sociais e agentes sociais, esta prática resulta em desconforto, devido ao despreparo técnico que relatamos ter para esta prática.

Algumas acolhidas chegam a unidade com remédios e dizem fazer uso de medicação, psiquiátrica ou não, mas sem portar receita médica. Além disso, porque atende-se um público que também são usuárias da rede de saúde mental, essa prática necessita zelo, visto que, em muitas situações, a própria orientação da equipe de saúde mental é não deixarmos a

medicação com o paciente, pois em alguns quadros de adoecimento, isto pode ser um risco. Para estes casos, a equipe de assistência e saúde construiu um instrumento - termo de compromisso e responsabilidade sobre os riscos desta situação. A acolhida assina e se compromete a ser realizar consulta o mais breve possível para obter orientações ou receita médica.

O Regimento Interno da Casa de Passagem diz que é dever do acolhido entregar toda a medicação e receita médica a equipe de acompanhamento, para que seja ministrada no horário correto e sob supervisão (art. 11, XII, 07 de dezembro de 2010, DODF). Cabe à equipe apenas guardar e entregar o medicamento, não ministrar ou realizar o procedimento pela usuária. Para os profissionais de Assistência Social esta prática vai na contramão da construção de autonomia, enquanto que a visão dos profissionais de saúde compreende isso como cuidado.

Outro instrumento para esta circunstância foi construído - um termo de compromisso e responsabilidade para aquelas que fazem uso de medicação e que portam a receita. Neste documento a usuária compromete-se a fazer uso da medicação, conforme a prescrição e respeitar os horários para retirar a medicação e a dosagem. Ela se compromete repor sua medicação, se responsabilizando de voltar a rede de saúde para consulta e nova prescrição, assim como buscá-la, quando em condições físicas e psíquicas.

Os colegas da enfermagem refinaram as fichas de controle diário de medicação da acolhida, produzidos por cuidadores e agentes sociais, construíram um bulário, organizaram a pasta de receituário. A enfermeira construiu uma ficha de anamnese da condição física, contendo informações gerais, histórico e antecedentes familiares - história médica/psiquiátrica, doenças hereditárias, internações e cirurgias; Uma entrevista inicial foi instituída para investigar aspectos psicológicos como o humor, a senso-percepção, a afetividade, discurso suicida, o histórico de medicações utilizadas e o uso, a partir deste protocolo. Foi criado ainda um livro de registro para o controle da entrega e da rotina das demandas de saúde da unidade, como o relatos de acolhidas sobre sintomas.

A sistematização desses dados, entretanto, não chegou a ser construída, mas o instrumento tem validade para a realidade de unidade e, se usado de forma constante, pode contribuir para articulação das ações. Um diagnóstico prévio ajuda a equipe no acompanhamento em consultas e exames, quando ele é necessário e auxilia o atendimento de saúde sobre o histórico do acolhido/paciente.

A presença da equipe multiprofissional- assistência social, enfermagem e psicologia da saúde pode construir um espaço de troca de informações sobre as condições de saúde dos usuárias para a construção o projeto de individual de cada acolhida na assistênciasocial.

Com a entrada da equipe de saúde resultaram também divergências nas equipes com relação ao limite de cuidado e construção de autonomia. Nas rotinas de orientação e acompanhamento aos lugares da rede de saúde como posto, hospitais, a equipe viveu um impasse. Para alguns integrantes da equipe, como eu, algumas rotinas como marcação de consultas, exames, retirada de medicação no posto de saúde para as usuárias impedia a construção da independência e autonomia. A percepção de cuidado para membros oriundos da saúde e servidores da assistência eram distintas em alguns procedimentos.

Boff (2005) diz que a palavra cuidado possui duas possíveis origens, a primeira vem do latim *cura* e indica uma atitude de preocupação e solicitude por algo ou por alguém que se tem amor. A outra provável origem da palavra cuidado é *cogitare*, que significa pensar no outro e ter interesse e preocupação, ela é semelhante a primeira ideia. O autor indica que o cuidado só existe quando o outro passa ser importante e deixamos de centrar em si mesmo em direção ao outro. Desta forma, a palavra cuidado possui dois sentidos na tradição latina, o primeiro o interesse e atenção pelo outro, como efeito do primeiro surge o segundo que é a preocupação e inquietação.

Para Boff (2005), há dois modos de ser no mundo: um é o trabalho e outro é o cuidado, porém ambos se relacionam. Pelo trabalho, o modo de ser-no-mundo se faz por meio da interação e de intervenção, a partir da adaptação e construção de novas realidades. Da veneração e comunhão com a natureza dos primeiros tempos até a formação de culturas e a intervenção da natureza com suas ideias e valores, o modo de ser no mundo a partir do trabalho gerou a objetividade e o distanciamento da realidade para investigá-la e intervir na natureza, criando um ser simbiótico que se relaciona com as máquinas e suas criações que geram outras realidades. Esta maneira de ser-no-mundo constrói uma relação de domínio e controle sobre as coisas para fins pessoais e coletivos e origina o antropocentrismo, considerado pelo autor como a uma atitude de dar sentido as coisas pelo que ela pode dar ao ser humano. Esta forma de ser-no-mundo utiliza-se da subjugação, do poder, da agressão, constitui e predomina na dimensão humana desde a pré-história com o domínio do homem sobre as condições naturais. Este modo de ser aniquila o cuidado. Abriu espaço para relações de dominação, para o antropocentrismo- o ser humano como centro do mundo- patriarcalismo e machismo. O cuidado foi visto como prática menor ligado ao feminino, como obstáculo a objetividade.

Já o modo de ser-no-mundo pelo cuidado é visto pelo autor como uma vivência e relação de integração com a natureza, entendendo-a como sujeito e não como objeto para determinados fins. Sua relação é de troca, onde se interpreta e vive-se em comunhão com a

natureza, mantendo uma relação de cuidado a partir da escuta, do acolhimento. Esta maneira de ser, potencializa e conecta a natureza humana com o todo e com todos, construindo a alteridade, reciprocidade entre nós e com a natureza, e como resultado nos sentimos em elo, ligados e religados uns com os outros. Para Boff, este modo ser estar no mundo redimensiona o feminino no ser humano, que foi vivenciado pelas culturas matriarcais onde se construíram uma relação com a vivencia de pertencimento e sagrado.

Tentando estabelecer uma relação de percepção entre o primeiro modo de cuidado e o segundo com as práticas realizadas no serviço de assistência, considera-se que a interação e integração não gera autonomia, o cuidado é entendido por fazer por e não fazer com. Realizar tarefas e funções pelo outro por julgar a condição de vulnerabilidade como incapacitante, limita a percepção do outro, fortalece o lugar de incapaz. Já o cuidado entendido como uma prática de fazer junto, considera o espaço do outro, o espaço da escuta, do acolhimento. Considera-se que a avaliação sobre as condições de ir ou não ir, fazer ou não fazer deve ser feitas pelo outro e não pelo servidor.

A assistência social busca como meta a autonomia dos acolhidos, mas o conceito de autonomia não pressupõe fazer sozinho. A autonomia é a garantia de que alguém em situação reduzida de liberdade pessoal, devido à restrição de possibilidades de escolhas, produzida pela marginalização, exclusão ou pobreza, inverta esta condição à medida que ganha informação, conhecimento, acesso aos direitos sociais, civis e políticos. Construir autonomia é um processo de estar com e não estar por.

Assim, parte da equipe acreditava que o usuário deveria ser orientado, conduzido nas primeiras vezes aos serviços, informados sobre o funcionamento, as práticas, os objetivos e seus direitos em relação à rede institucional, acompanhados em situação de emergências, mas que isso não se torna-se um hábito da equipe para com a acolhida. Em muitas circunstâncias, se tornou. Houve muitos momentos em que, acostumadas com os encaminhamentos e o fazer por elas pela equipe, gerou-se expectativa de acompanhamento constante, exigências de veículo para levá-las aos lugares, gerando situações de desgaste com a equipe. Além disso, a introdução e acesso aos benefícios da assistência social promovia possibilidade de independência como o benefício de prestação continuada ou acesso ao passe livre por comprovação do comprometimento físico ou das funções psíquicas.

O atendimento da acolhida na Casa de Passagem possuem etapas. A primeira é o acolhimento em si, onde se realiza escuta inicial para obter dados e informações sobre a pessoa; informar e orientar em relação às normas e regras, procurando construir a noção de pertencimento a um lugar.

A segunda fase caracteriza-se pelo acompanhamento, que é a realização de visitas domiciliares, orientação da família para o processo de comprometimento de proteção e cuidado; mapeamento da condição para garantir os direitos como pedido de benefícios, se necessário, documentação adequada para exercício de cidadania, iniciar o projeto de vida. Por fim, o desligamento, após a superação da situação de vulnerabilidade e risco. Estas etapas, são diferenciadas pela condição de cada. Pelo regimento interno, elas podem permanecer até 90 dias com prorrogação do prazo, se for necessário.

Na experiência observada, há três condições mais presente na rotina da Casa de Passagem: a evasão, a reincidência e a permanência prolongada. Os encaminhamentos são feitos pela própria rede socioassistencial, como CREAS, CRAS, Centro POP, instituições conveniadas ou não da assistência e de outros serviços como HSVP e HRT e CAPSIs. A trajetória de muitas usuárias na Unidade é interrompida durante a fase do acompanhamento e os desligamentos mais frequentes são por demanda espontânea e evasão, a frequência de reinserção familiar e retorno a cidade origem também aparece.

3.1.4 Evasões e reincidências

Entre os fenômenos existentes no acolhimento dessas mulheres estão evasões e a reincidência no serviço. As evasões ocorrem com maior frequência com usuárias de drogas e/ou situação de rua. O fato da casa não permitir a entrada nem o consumo de álcool e outras drogas geram a abstinência neste perfil de acolhida. Percebe-se que as mulheres com esta trajetória sentem dificuldade de aderir às normas da casa, resultando em evasões constantes para o consumo, colocando-a em situação de risco social com práticas como prostituição para manutenção do uso de álcool e drogas.

Para sistematizar melhor esses números, a equipe construiu um protocolo de acolhimento específico para os casos de reacolhimento e o termo de desligamento para sistematizar os dados sobre os motivos. Na pesquisa nacional sobre população em situação de rua, os serviços de acolhimento são vistos como espaços de falta de liberdade por 44,3% dos entrevistados, com horário de funcionamento inadequado para 27,1% deles e a proibição do uso de álcool e drogas é questionado por 21,4%. Segundo o regimento interno da unidade, os deveres das mulheres são 1-cumprir com os horários, rotinas e normas da casa; 2- auxiliar nas atividades domésticas que lhe forem confiadas como escala de limpeza dos quartos; 3- cuidar da higiene pessoal diariamente; limpar e manter o quarto organizado, 4- os banheiros e outros lugares de uso comum; 5- respeitar as demais usuárias da Casa e seus pertences; 6- respeitar e

colaborar com os servidores; colaborar com as companheiras de acolhimento que necessitam de ajuda; lavar e passar suas próprias roupas.

Com relação as proibições estão vedadas 1 -o uso de roupa íntima na circulação pela casa; 2- praticas atos libidinosos nas dependências; portar armas de qualquer natureza; 3- levar pessoas sem autorização; 4- atentar contra a integridade física e moral dos servidores, prestadores de serviços e das acolhidas; 5- danificar, furtar equipamentos, materiais e instalações da Casa; 6- transitar entre os quartos; 7- fumar nas dependências internas, transitar na área administrativa e de atendimento sem autorização prévia; 8- fazer refeição fora do refeitório, nos dormitórios e portar alimentos que não os fornecidos pela Casa.

A manutenção e o cumprimento das regras é uma fronteira tênue na unidade, pois em alguns casos não há fiscalização do cumprimento dos deveres como verificar se a escala de limpeza dos quartos foi realizada; um controle maior do uso da lavanderia. A casa possui quatro equipes de plantonistas 24 horas e outros servidores de escala 12 por 36 horas diurnos e noturnos, além de regime de expediente de trabalho. Pela experiência observada cada plantão acaba flexibilizando ou enriquecendo as regras. Durante meu percurso na unidade, passei por todos eles, seja pela frequência obrigatória da minha escala, seja por troca ou colaboração em outro plantão que estava desfalcado por falta de servidores devido às férias ou afastamentos de saúde. Pude perceber que cada plantão realiza uma dinâmica diferente para realizar a fiscalização e cumprimento das regras, uns são mais rígidos outros nem tanto. Acredito que o alinhamento dessas rotinas de fiscalização das normas nem sempre é possível devido à autonomia de cada plantão e as crenças e valores que tem do própria usuária do serviço, seus contextos ou de suas atividades enquanto servidor.

Além disso, alguns direitos também são violados por falta de estrutura como condições de salubridade e o direito de terem os armários com chave para guarda de seus pertences. A falta de material, como outro direito, também impede de acolhidas que chegam a casa receberem os kits básicos completo, em muitos casos, falta numeração de roupa para a diversidade de mulheres e contamos com a ajuda de doações da comunidade, que apesar de frequentes, não são regulares. A guarda de seus pertences das acolhidas é feito em um depósito comum e aqueles de uso mais frequentes pelas usuárias são guardados em armários do tipo escaninho, em muitos deles, não há chaves, faltando a estrutura para garantir o direito a privacidade. Neste contexto, ocorrem muitas discussões por sumiços de objetos e acusações de furtos.

O uso de advertências para coibir o descumprimento das regras foi sistematizado e dependendo do motivo a pessoa pode ficar sem o direito ao acolhimento por um período de

tempo. Há um fluxo comum entre advertências por evasões e não cumprimento das regras, desligamento da usuária por essas condutas e a volta da acolhida para a situação de rua e o recolhimento. Em usuárias de vivência de rua e dependência química, a experiência observada indica que este fluxo de advertências por evasão ou quebra de normas gera o desligamento, resulta na situação de rua e risco social e o recolhimento e reincidência no serviço.

Dell' Aglio e Siqueira (2006) referem-se à investigação de Juliano (2005), feita em unidades de acolhimento, Juliano aponta os fatores que dificultam a provisoriedade do acolhimento: a falta de integração das políticas sociais existentes; a dificuldade de interação e comunicação entre as entidades que trabalham com situação de risco pessoal e social; a ausência de objetivos comuns entre estas entidades; a existência de ações pontuais e fragmentadas; a fragilidade dos recursos humanos nas instituições de acolhimento, tanto na quantidade como na sua qualificação; a fragilidade das famílias, que se posicionam passivamente frente às ações que poderiam resultar no desabrigo.

Para Dell' Aglio e Siqueira (2006), como as instituições assumem um lugar na vida de pessoas em situação de risco pessoal e social, torna-se relevante o investimento na socialização entre os acolhidos, servidores e prestadores de serviços e entre as instituições com o objetivo de transformá-las em relações mais afetuosas e estáveis. Desta forma, os serviços de acolhimento precisam fazer parte da rede de apoio social e afetivo, fornecendo recursos para o enfrentamento de questões adversas de origem familiar ou não, que sejam capazes de ofertas segurança, proteção e modelos de identificação positiva para a superação da situação.

A experiência me fez observar que o número de acolhidas por situação de rua e dependência química é mais frequente na unidade, enquanto as mulheres com sofrimento psíquico tendem a permanecer por um período maior no acolhimento da assistência. Há um caso emblemático na unidade, onde a equipe fez várias visitas domiciliares e tentativas de reintegração familiar da assistida e não obteve êxito. Em casos semelhantes, observa-se que o encaminhamento proposto pela equipe é para uma residência terapêutica. Entretanto, ainda está em vias de implantação este tipo de modalidade de acolhimento da saúde no Distrito Federal. Esta realidade é também um fator que dificulta a eficácia nos encaminhamentos da assistência social de pessoas com dependência química. Como não há equipamentos de unidade de acolhimento este perfil no DF, conforme dispõe a portaria 121 do Ministério da Saúde, as acolhidas na assistência social permanecem sem o direito da proteção integral, conforme a sua condição específica de saúde e seus contextos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado procurou relatar e refletir as limitações e possibilidades da rede socioassistencial, a partir da experiência vivida em uma unidade de acolhimento feminina que acolhem pessoas com sofrimento psíquico grave e/ou dependência química.

Percebeu-se que a construção tanto da rede de saúde mental e socioassistencial encontram em fase de implantação e desenvolvimento de ações no Distrito Federal. A criação de eixo de políticas específicas para públicos distintos como pessoas em situação de rua e/ou dependência química, resultaram também no reordenamento das unidades de acolhimento. Esta circunstância ampliou a diversidade de pessoas dentro de uma unidade, que foi aqui relatada e resultou em fenômenos frequentes de evasões, recolhimento ou o prolongamento da permanência em um serviço de caráter provisório e temporário na Assistência Social.

A garantia de acesso aos direitos corresponde a uma das atividades da assistência social, o cuidado na assistência social é baseado na criação de autonomia e promoção e inserção do indivíduo na rede primária e institucional, construindo com o acolhido sua cidadania. A busca por direitos civis, sociais e políticos para este público esbarra não na ausência do direito, mas como promover este direito, frente à diversidade e complexidade de situações e contextos, que resultaram em sua situação de risco pessoal e social e precisam de ações diversas, articuladas e instrumentalizadas com recursos físicos e humanos como criação de espaços para demandas distintas, construção de regras e ações adequadas às circunstâncias do público, não há como pensar em regras que exijam a abstinência, por exemplo, para que uma usuária de drogas tenha acesso ao acolhimento, ao direito a proteção integral de moradia, alimentação e acompanhamento socioassistencial. Observa-se que ações e práticas devem ser pertinentes ao público que tenho como alvo e seus contextos. Desta forma, é necessário o realinhamento com condutas específicas para casos específicos como também construção de espaços destinados a públicos distintos.

As condições individuais, familiares, sociais e culturais e que levaram ao contexto de vulnerabilidade não são sobrepostas, são emaranhadas, misturam-se. Tentando entender este processo, buscou-se aprimorar a compreensão e postura que propõe o paradigma sistêmico diante de cada fenômeno. Assim, ao invés de observar as manifestações do fenômeno, de forma distanciada, indicada em dados quantitativos, construídos para a sistematização e encaminhamentos das políticas, optou-se pela experiência vivida como exercício de pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade. A oportunidade se deu à medida que as condições para execução deste projeto se tornaram presentes: o curto espaço de tempo para

realizá-lo, as tentativas frustradas de acessar outros dados mais sistematizados feito pela própria secretaria que executa a política, a questão legal imposta como um caminho a percorrer para analisar os dados construídos para a política. A instabilidade se impôs como condição e com ela descobrir outros caminhos de produzir este trabalho.

O relato de experiência, como metodologia para concretizar este projeto, me permitiu visitar as memórias, ressignificar minhas práticas e perceber que a rede não está lá, ela sou, meu parceiro de trabalho, meus colegas da especialização. A rede também vive de experiências, partilhas, construções e vontades, que ora ainda não se concretizarem e precisa de mais empenho para se materializar em recursos financeiros, estabelecimentos, alinhamento de ações e articulação dos agentes.

Por fim, a rede institucional necessita também dialogar o reordenamento do acolhimento a partir das circunstâncias e do perfil do usuário que deseja atingir. As ações políticas devem pensar na complexidade do público que atende e definir recursos e atividades estratégicas específicas para lidar com a complexidade dos casos. Uma realidade é pensar um usuário/paciente com sofrimento psíquico e dependência química com suporte familiar e seus direitos sociais garantidos - moradia, alimentação, educação, renda - pela articulação da sua rede social, outra realidade é pensar em pessoas que possuem ausências e fragilidades de sua rede social e que tanto o Estado quando a sociedade serão os responsáveis pela articulação para sua inclusão social e mediadores do fortalecimento de seus vínculos com sua rede primária. A complexidade dos fenômenos que envolvem mulheres em situação vulnerabilidade social e/ou de rua e contextos de adoecimento e dependência química, não pode se reduzir a uma política ou outra nem restringir o direito ao acolhimento e à saúde pela ausência de recursos ou padrões de assistência delimitados por regras que não inclui sua complexidade enquanto construção subjetiva. É preciso repensar como proceder diante da complexidade da vulnerabilidade social, como assisti-la e cuida-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUN, J, VASCONCELOS, M., COELHO, S. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos**. 2ª ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte &Prosa,2006.
- ARPINI, D.**Violência e exclusão: Adolescência em grupos populares**.São Paulo: EDUSC. 2009
- AYRES, J. R. De C. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Ed. Eletrônica casa de edição, São Paulo, 1996.
- BAPTISTA, M, FÁVERO, E, VITALE, M. (orgs). **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam**. São Paulo: Paulus, 2009.
- BARBOSA, L.B.; DIMENSTEIN, M.;LEITE,J. **Mulheres em situação de violência e seus itinerários em busca de ajuda: um estudo no município de Natal**. In ANDRADE, A.; ZANELLO, V. **Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdiscipliniedades**, Brasília, Apris, 2014.
- BASTOS,C., MENDES, L. **A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente: com quantos nós se faz uma rede?** In: Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional. IvâniaGhesti-Galvão e Elisângela Caldas Barroca Roque (Coord). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.49-55.
- BASTOS,C., MENDES, L. **Um Panorama dos Abrigos no Distrito Federal: apontamentos e reflexões**.In: Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional. IvâniaGhesti-Galvão e Elisângela Caldas Barroca Roque (Coord). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.55-63.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**, Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
- BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar, 2005
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf .Acesso em 12 de dezembro de 2014.
- _____. Lei nº 8742. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm. Acesso em 30 de novembro de 2014
- BRANDÃO,S.: COSTA,L.. **Visita domiciliar como proposta de intervenção comunitária**. In RIBEIRO, M.A., COSTA, L.F. (Orgs). Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius. Brasília: Universa, p.157-179, 2004.
- CAMPBELL, J. **O herói de mil faces**, São Paulo, Cultrix, 2007.
- CAMPOS, R. (Org). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2002.
- CLETO J. P. de A. **A sociologia da modernidade líquida de Zygmunt Bauman: ciência pós-moderna e divulgação científica**. Dissertação Depto de Sociologia FFLCH USP 2012
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília,

2011. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M.C.; RAICHELIS, R. **A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos.** In COUTO, B. R.; YAZBEK, M.C.; RAICHELIS, R. **O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento.** São Paulo, Cortez, 2012.

CUNHA, J. (Org.); RODRIGUES, M.(Org.). **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, Brasília, 2009. <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/avaliacaomonitoramento/2009/rua-aprendendo-a-contar-pesquisa-nacional-sobre-a-populacao-em-situacao-de-rua.pdf/download> A

DELEUZE, G; GUATARRI, F. **O anti-édipo capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro, Imago, 1976.

EWALD, F. **O estado PROVIDÊNCIA.** Paris, Gasset, 1986.

DERRIDA, J. **Gramatologia,** Tradução: Renato Janine Ribeiro, São Paulo, Perspectiva, 2006.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano,** São Paulo, Martins Fontes, 2008.

FRANÇA. D. **O abrigo como verdadeiro espaço de proteção: o que Lóczy pode nos ensinar?** Disponível em: <http://bercodacidadania.org.br/wp-content/uploads/2011/08/Construindo-o-abrigo-como-verdadeiro-espaco-C3%A7o-de-protacao-%C3%A7o-o-queL%C3%B3czy-pode-nos-ensinar.pdf>. Acesso em 22 de outubro de 2012.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2006

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação;** tradução Marcel Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

JACCOUD, L. **Proteção social no Brasil: debates e desafios.** Brasília, IPEA, 2007.

JULIÃO, C.; PIZETA, F. **A rede social e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes: A (Re) construção dos direitos ameaçados ou violados.** Disponível em: <http://uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/160>, Acesso em 22 de outubro de 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME

_____ **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social.** CRAS. Brasília, 2009.

_____ **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.** CREAS. Brasília, 2011b.

_____ **Capacita Suas,** Brasília, MDS-IEE/PUC-SP, 2008.

_____ **Norma operacional básica de recursos humanos (NOABRH),** Brasília 2006/ Brasília 2012.

_____ **Texto de orientação para o reordenamento do serviço de acolhimento para a população adulta e famílias em situação de rua.** Brasília, 2012, disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/mural/arquivos/texto-de-orientacao-reordenamento-pop-rua->

[08-05-2012.pdf](#), acesso em 29/12/2014.

Plano Nacional da Assistência Social. Resolução número 78, 22 de junho de 2004. disponível em <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2004/cnas.pdf/view>

Resolução número 109 de 11 de novembro de 2009, disponível em <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2009/cnas-2009-109-11-11-2009.pdf/view>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº121 de 25 de janeiro de 2012.** disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html, acesso em 17/12/2014

MIOTO, R.C. **Que família é essa?** *In Trabalho com famílias: textos de apoio*, São Paulo, IEE/PUC-SP, n.2, 2004.

MORGAN, G. **Imagens da Organização.** São Paulo, Atlas, 1996.

NEVES. A. **Políticas públicas de saúde/** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

OLIVEIRA, J., BAQUERO, R., **A Medida de Abrigamento na Adolescência: Um Estudo de caso com Enfoque Comportamental In: Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional.** IvâniaGhesti-Galvão e Elisângela Caldas Barroca Roque (Coord). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p.65-73.

OLIVEIRA.R. **A história começa a ser revelada: panorama atual do abrigamento no Brasil.** In: *Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação.* Myrian Veras Baptista (Coord). São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2006. p.39-51.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento,** 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf

PERES, R; SANTOS, M. **Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia.** *Interações*, São Paulo, v. 10, n. 20, p.109-126, jul./dez. 2005.

RAMOS, M.. **Metodologia para trabalho psicossocial com grupos.** Fase de elaboração. 2009

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social;** tradução Durval Cordas. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E TRANSFERÊNCIA DE RENDA DO DISTRITO FEDERAL

Decreto Nº 33779 de 06 de Julho de 2012. DODF

Regimento Interno da Casa de Passagem para Mulheres, 8 de dezembro de 2010, DODF.

Portaria Conjunta nº 10, anexo II, 04 de dezembro de 2008, DODF.

Portaria nº 53, 10 de março de 2009, DODF

SILVA, R. **Os filhos do Governo**. São Paulo: Ática, 1997.

SIQUEIRA, A. & DELL'AGLIO, D. **O Impacto da Institucionalização na Infância e na Adolescência: Uma Revisão de Literatura**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>. Acesso em 30 de outubro 2015

SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

SPOSATIA, A. **O primeiro ano do sistema único de assistência social**. Serviço social e sociedade, São Paulo, n.87, 2006.

SWAIN, T. **Os limites discursivos da história, imposição de sentidos** in Labrys ed 09 www.unb.br/ih/his/gefem/labrys9/libre/anhita.htm, acesso em 12/01/2015.

TELLES, V. **No fio da navalha: entrecarências e direitos**. Notas a propósito dos programas de renda mínima no Brasil. São Paulo, Pólis, 1998.

VASCONCELOS, M. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papirus, 2002.