

INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL E O APOIO MATRICIAL: UM LUGAR DE CUIDADO NO TERRITORIAL¹

Karem Emannelly de Oliveira Trabuco²

RESUMO

O estudo discute a importância da intersectorialidade como um princípio que pressupõe a articulação das políticas públicas, enfatizando o campo da Saúde Mental. Dessa forma, a materialização desse princípio inclui o cuidado integral aos usuários por meio da efetivação de serviços da proteção social em rede e no território, como inscrito na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, além da apresentação do debate sobre as delimitações conceituais da intersectorialidade, foram realizados o levantamento e a análise documental de parte da legislação pertinente à área de Saúde Mental para destacar a articulação entre a intersectorialidade e o matriciamento como uma forma de cuidado ao usuário, destacando a intervenção da Atenção Básica nesse processo.

Palavras-chaves: Cuidados primários (Medicina) - Brasil. Organização matricial - Serviços de saúde mental - Brasil. Saúde mental - Legislação - Brasil. Seguridade social - Brasil.

ABSTRACT

The study discusses the importance of intersectoriality as a principle that presupposes the articulation of public policies, emphasizing the field of Mental Health. In this way, the materialization of this principle includes the integral care to the users through the accomplishment of social protection services in network and in the territory, as inscribed in the Federal Constitution of 1988. In this sense, besides the presentation of the debate on the conceptual delimitations of the intersectoriality, the collection and documentary analysis of part of the legislation pertinent to the area of Mental Health was carried out to highlight the articulation between the intersectoriality and the matriciamento as a form of care to the user, highlighting the intervention of the Basic Attention in this process.

Keywords: Matrix organization - Mental health services - Brazil. Mental health - Legislation - Brazil. Primary care (Medicine) - Brazil. Social security - Brazil.

¹ Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Valdevane Rocha Araújo.

² Discente do curso de Especialização em Saúde da Família da UNILAB.

1 INTRODUÇÃO

A intersetorialidade é um termo polissêmico que tem estado em debate no campo da saúde nos últimos anos (Freitas e Santos 2009; Mioto e Shutz 2010; Yazbek 2014). Tendo em vista a possível superação da fragmentação das políticas públicas, tais autoras afirmam que existe um consenso sobre a relação do princípio da intersetorialidade e essa superação. De acordo com Mioto e Schutz (2010), a intersetorialidade é um princípio norteador para a articulação de políticas públicas, para o cuidado integral aos sujeitos que demandam os serviços de saúde, bem como para um trabalho em rede.

Segundo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Atenção Básica e a Estratégia da Saúde de Família (ESF) – portaria GM 648/06 – é a porta de entrada do SUS, permitindo práticas necessárias à consolidação da nova orientação no atendimento a pessoas com transtornos mentais. Portanto, a articulação da ESF com a Saúde Mental no contexto de Reforma Psiquiátrica (RP) representa uma das mais efetivas e inovadoras frentes do Sistema Único de Saúde (SUS) levando a ruptura do modelo biomédico (Amarante, 2012) uma vez que visam a comunidade como base do cuidado.

Nessa articulação, os profissionais de Saúde Mental desenvolvem o apoio matricial às equipes de saúde da família. Trata-se de um apoio permanente por meio de supervisões regulares, participação em reuniões de planejamento, discussões de casos, atendimento compartilhado e iniciativas de capacitação.

A conexão com a ESF deve provocar nas equipes de saúde a necessidade de olhar a Saúde Mental com maior sensibilidade, uma vez que os profissionais dessas equipes são atores importantes no processo de desinstitucionalização dos usuários, e, conseqüentemente, do processo de inclusão no território que os usuários residem e possuem vínculos. Portanto, há a exigência de um trabalho voltado à desconstrução de ideias preconceituosas tanto junto à comunidade como junto às famílias.

A intersetorialidade na saúde e o matriciamento da Saúde Mental são estratégias de políticas públicas que visam uma mudança na forma de ofertar cuidado aos usuários do Sistema de saúde. Além disso, a presente reflexão se caracteriza, ainda, como um estudo propositivo que tem como principal objetivo sistematizar algumas das principais ideias presentes no debate sobre o matriciamento no âmbito da saúde mental, e, com base na referida sistematização, analisar a legislação que normatiza esse apoio.

Assim, há uma defesa da intersetorialidade na saúde, enquanto um princípio do SUS e por tanto, envolve o âmbito da Saúde Mental, para que exista – ainda que de forma processual – uma mudança na forma de ofertar cuidado aos usuários do SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MUDANÇAS NO CENÁRIO DE CUIDADO A SAÚDE MENTAL

Por décadas se assistiu na sociedade brasileira um modelo de Proteção Social baseado na lógica de Seguro Social, o qual assegurava direitos apenas àqueles que participavam do mercado formal de trabalho. Decorrente da exclusão e da insatisfação de grande parte da população com a forma pela qual se encontrava estruturado o acesso aos direitos como saúde e assistência social - com o contexto ditatorial que emergiu com o golpe de 1964; com a recessão econômica ocasionada pela crise do milagre econômico - que acarretou um elevado índice de desemprego, pauperização da classe trabalhadora e outras mazelas sociais – surgem no cenário político brasileiro pressões de movimentos sociais que questionavam o posicionamento do Estado e buscavam a redemocratização do país, bem como a garantia dos direitos sociais (BOSCHETTI, 2008).

Em conformidade com tais inquietações, observou-se no cenário brasileiro que a participação social se tornou manifesta e, conseqüentemente, as lutas sociais auferiram fôlego às reivindicações clamando por um modelo de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, no qual todos tivessem acesso às Políticas Públicas.

Nesse contexto, emerge a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a qual é caracterizada como um movimento pela democratização, descentralização e universalização da saúde, assumindo uma dimensão política. Os integrantes da RSB almejavam que o Estado atuasse em função da sociedade, responsável pelas políticas sociais, e portanto, pela saúde. O movimento sanitário iniciou seus trabalhos em meados dos anos 1970 e se fortaleceu com a abertura política na década seguinte.

A princípio, o movimento era constituído apenas por um conjunto de intelectuais e técnicos, porém, no decorrer de sua trajetória foi recebendo reforço de integrantes de lutas específicas que estavam deflagradas na sociedade civil no mesmo período, dentre elas de sindicatos, partidos e associações diversas (BRAVO, 2011).

Paralelamente ao movimento da RSB surge, como um desdobramento, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que começou a questionar a qualidade dos serviços na área, e foi movido pela militância ideológica e política que, por sua vez, traçou alguns objetivos e palavras de ordem além de denúncias e reivindicações.

Frente a essas denúncias e reivindicações, o movimento foi ganhando corpo, inspirando-se nos modelos de lideranças mundiais da psiquiatria como Franco Basaglia, responsável pela regulamentação da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália. Com a aprovação dessa lei, houve na Itália o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços comunitários abertos, rompendo com a privação dos direitos e cidadania dos indivíduos com transtornos mentais.

Essa mudança ocorreu porque a doença mental passou a ser compreendida como um fenômeno complexo que envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sociais e psíquicos.

MSTM e a RP, por sua vez, se ampliam no sentido de ultrapassar a natureza exclusivamente técnico-científica, e, sobretudo, de se tornar um movimento social que transforme o campo da saúde mental e, conseqüentemente, a maneira de ver e cuidar do indivíduo tido como louco

No cenário contemporâneo, há um lastro histórico e sociocultural que perpassa as políticas: a fragmentação na proteção social, de modo que inexistente ou existe minimamente uma interação/articulação entre as políticas no campo prático. Isso, por sua vez, implica diretamente na garantia de direitos sociais e da cidadania da população inscrita na Constituição Federal brasileira.

O artigo nº 194 da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 apresenta a compreensão da Seguridade Social como um — [...] conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade. Essas ações são destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à assistência e à previdência social o que supõe uma articulação entre elas e, assim, uma não fragmentação entre as políticas públicas.

Essa nova concepção inaugura uma perspectiva de integração que pressupõe a necessidade de uma articulação intersetorial entre as políticas para assim, prover uma proteção social integral. Dessa forma, a CFB assume como um dos seus objetivos — [...] a universalidade de cobertura e de atendimento (Parágrafo Único do artigo nº 194), com a qual foram inseridos no cenário brasileiro novos sujeitos de direitos (AMARANTE,1995).

2.2 A INTERSETORIALIDADE E O CAMINHO À SUPERACÃO DA FRAGMENTAÇÃO DA CUIDADO

O princípio da intersectorialidade é discutido por diversas áreas do conhecimento e, portanto, há diferentes conceitos e enfoques. Yazbek (2014) define princípio da intersectorialidade a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas, supondo assim a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população, envolvendo diferentes setores sociais em torno de um objetivo comum. Pereira (2014) reitera tais afirmações ao lembrar que a intersectorialidade tem sido considerada como uma nova lógica de gestão que transcende um único setor da política social; e/ou uma estratégia política de articulação entre setores sociais diversos e especializados.

A intersectorialidade é sistematizada por meio da (A) complementaridade de setores; da (B) prática e do (C) princípio do trabalho em redes (Míoto e Shutz 2010). Na primeira perspectiva, as autoras evidenciam que a (A) complementaridade dos setores é uma forma de abordagem das necessidades da população que visa à superação da lógica de fragmentação das políticas, uma vez que o sujeito deve ser visto em sua totalidade, o que supõe considerar suas singularidades e as particularidades dos determinantes sociais. Frente ao exposto cabe sinalizar que a intersectorialidade supõe a resolutividade de questões por meio de ações integrais e da articulação entre as distintas áreas de conhecimento.

Corroborando com estes aspectos, Freitas e Santos (2009), apontam que a intersectorialidade não tem o intuito de homogeneizar as políticas públicas. Na verdade, esses autores consideram que a intersectorialidade deve ter suas especificidades para atender a heterogeneidade existente entre os indivíduos.

Monnerat e Souza (2014), por sua vez, também reiteram que a intersectorialidade não extingue a responsabilidade dos setores específicos. Ao demarcar o lugar da singularidade coloca-se em cena que devem ser consideradas as especificidades de cada indivíduo, de modo que nenhuma característica seja superdimensionada em detrimento de outra.

No tocante a perspectiva de movimentar a (B) prática, Míoto e Schutz (2010), ressaltam que, em busca de atender as demandas sociais, a intersectorialidade ainda é posta e relacionada como um meio. Essa questão, por sua vez, é apresentada considerando um conjunto de práticas intersectoriais e visualizada como uma construção em espiral, a qual possibilita um aprendizado constante e cumulativo de conhecimento. Para tanto, faz-se

necessário o [...] entrelaçamento de saberes situados em Políticas Públicas diversas que precisam se comunicar em prol de responderem as demandas da população (FREITAS E SANTOS, 2009).

Nesse sentido as autoras, bem como Rabelo (sem ano), sinalizam que essa mudança consiste no acolhimento de uma nova forma de pensar as soluções para os problemas sociais. Essa forma de pensar deve refletir na forma de atuação, de modo que seja alterada a visão de intervenção fragmentada e compartimentalizada, para uma prática que tenha como base ações intersetoriais e a articulação entre os atores sociais envolvidos.

Por fim, a intersetorialidade é percebida como (C) princípio do trabalho em rede (Míoto e Schutz 2010), criando novos direcionamentos para as ações intersetoriais, em que as instituições e os serviços das políticas públicas possam atuar de forma articulada e sem fragmentar as demandas. Nesse sentido, as necessidades dos sujeitos devem ter um grau de resolutividade sem ações repetidas ou mesmo, a falta de algumas delas, permitindo a efetivação do direito (Freitas E Santos, 2009).

2.3 TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE ARTICULAÇÃO COM ATENÇÃO BÁSICA

Diante desse posicionamento, ainda cabe destacar a noção de território e o seu papel enquanto estratégico para o cuidado intersetorial, o qual deve ser definido para o alcance das distintas políticas. Em 2011, por meio do Decreto 7.508 - o qual dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa -foi delineada a definição de Região de Saúde, a qual foi compreendida como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, art 2º, I, Decreto 7508, 2011).

Nessas Regiões de Saúde, estão previstos ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada, e vigilância à saúde. Esses, por sua vez, devem ser organizados e articulados por nível de complexidade.

Nesse sentido, ao discutir o princípio da intersetorialidade no território, podemos entrelaçá-lo com a ESF. Essa estratégia caracteriza-se como a porta de entrada do SUS, fundamentada no direito à saúde e na equidade do cuidado, bem como na regionalização. A ESF vem ocasionando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à

saúde no Brasil. Dentro do escopo de apoiar a inserção dessa estratégia na rede de serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 200X.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. A saúde da família, por sua vez, é composta de áreas estratégicas, tais como Saúde da criança/do adolescente e do jovem; Saúde mental; Reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; Alimentação e nutrição; Serviço social; Saúde da mulher; Assistência farmacêutica; Atividade física/práticas corporais e Práticas integrativas e complementares.

Desta forma, podemos destacar o matriciamento (ou apoio matricial) como um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento, portanto, constitui-se numa ferramenta de transformação, que visa realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

No Brasil, esse apoio matricial tem estruturado um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. E diante das aproximações de Míoto (2010), pode-se enfatizá-la como uma ação que visa a intersetorialidade entre a equipe de uma unidade de referência e ou de apoio, bem como a articulação com a rede das distintas políticas públicas.

Além disso, a participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção primária nesses grupos, em coordenação conjunta, facilita o aprendizado desses últimos quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros. Portanto, recomenda-se sempre uma coordenação conjunta, pois facilita as trocas intraequipe e ajuda nos momentos difíceis.

Nessa articulação é desenvolvido, pelos profissionais de Saúde Mental, o apoio matricial às equipes de saúde da família, um apoio permanente por meio de supervisões regulares, participação em reuniões de planejamento, discussão de casos, atendimento compartilhado e iniciativas de capacitação. Essa conexão com a ESF deve provocar nas equipes de saúde a necessidade de olhar a Saúde Mental com maior sensibilidade, uma vez que os profissionais dessas equipes são atores importantes no processo de desinstitucionalização dos usuários, e, conseqüentemente, do processo de inclusão no território que os usuários residem e possuem vínculos e, portanto, há a exigência de um trabalho voltado à desconstrução de ideias preconceituosas tanto junto à comunidade como com as famílias.

2.4 INTERSETORIALIDADE, MATRICIAMENTO E AS LEGISLAÇÕES

Os marcos legais, especificamente na área de saúde mental, começaram a ser regulamentados nos anos 90, porém, apenas em 2001, a Lei nº 10.216, que assegura a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, entra em vigor e torna-se responsável por redirecionar o modelo assistencial nessa área. Cabe pontuar que anteriormente a essa lei, existiu um projeto de Lei (PL nº 3.657/89) de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção dos manicômios e a inserção dos serviços substitutivos, porém, após doze anos de tramitação, ela foi rejeitada pelo Senado.

A Lei nº 10.216/01 ainda não expõe a discussão direta sobre a intersectorialidade; contudo, são apresentados pontos que estão associados diretamente a tal princípio. O seu primeiro artigo, por exemplo, afirma que são assegurados os direitos e a proteção desses indivíduos — [...] sem qualquer forma de discriminação, quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, art. 1º, Lei nº 10.216/01).

Desta forma, supõe-se que um único sujeito carrega consigo diversas características e, portanto, deve ser visto de forma integral e singular, sem setorializar as especificidades que o envolvem. Ainda na Lei nº 10.216, no tópico II do artigo 2º, é sinalizada a questão da inserção do sujeito no campo familiar, no trabalho e na comunidade; e no § 1º do artigo 4º é apontado que o tratamento tem como finalidade a reinserção social do usuário em seu meio. Dessa forma, observa-se a presença da intersectorialidade no que toca a afirmação da necessidade do trabalho articulado com a rede.

A PNSM ainda acrescenta que a Atenção Básica e a Estratégia da Saúde de Família (ESF) – portaria GM 648/06 –, como a porta de entrada do SUS, também compõe as práticas necessárias à consolidação da nova orientação no atendimento a pessoas com transtornos mentais.

Segundo Amarante (2012), a articulação da ESF com a Saúde Mental no contexto de RP representa uma das mais efetivas e inovadoras frentes do SUS, uma vez que ambas partem do princípio de ruptura com o modelo biomédico e visam a comunidade como base do cuidado, havendo assim uma convergência de ideais, dentre eles: promoção da saúde, integralidade, intersectorialidade, atenção à saúde em rede, e, principalmente, a base territorial.

Em relação ao que toca a prática profissional, como uma das vertentes discutidas por Mioto e Shutz (2010) sobre a intersectorialidade, a Portaria GM nº 336/02 afirma que os

profissionais que se encontram inseridos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial (BRASIL, Portaria nº 336, 2002). Dessa forma, observa-se que a portaria reconhece a relação direta da atuação profissional com outros serviços de saúde para que a prática intersetorial seja, de fato, efetiva.

Todos esses marcos legais compõem a PNSM, cujos objetivos são: reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos e qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Nesse sentido, foram discutidos os serviços substitutivos como instrumentos que buscam efetivar o princípio da intersetorialidade por meio da atuação profissional, da oferta do cuidado integral e do trabalho em rede.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório que objetiva apontar análises sobre a intersetorialidade e o matriciamento no âmbito da Saúde Mental. A proposta metodológica aqui apresentada é um estudo bibliográfico a partir de uma abordagem de natureza qualitativa, uma vez que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações.

De acordo com Minayo (1996), o estudo bibliográfico visa responder a questões muito particulares, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A abordagem proposta neste estudo tem como referência o materialismo histórico dialético, expresso na tradição marxista, uma vez que considera como um pressuposto que a matéria precede o conceito, pois são levadas em consideração mudanças decorrentes do processo histórico que envolvem o objeto de pesquisa, bem como suas diferentes dimensões e relações com o contexto sociopolítico.

Através deste método será buscado rigor teórico para construção de eixos que nortearão a análise dos dados coletados no levantamento bibliográfico. O embasamento teórico marxista foi possibilitado mediante revisão da literatura apresentada na fundamentação teórica, exposta nas primeiras sessões deste trabalho.

Dessa forma, cabe salientar que a primeira etapa da pesquisa é marcada pela aproximação com o tema por meio do levantamento e seleção bibliográfica, utilizando-se de livros e artigos de autores que discutem a intersectorialidade e o matriciamento no âmbito da saúde, em especial na saúde mental.

Análise de dados

A segunda etapa é o momento de análise dos dados coletados com a finalidade estabelecer uma compreensão dos dados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, bem como ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado (Minayo 1993).

Assim, o projeto de pesquisa visa a sistematização crítica dos dados, coletados à luz do referencial teórico, afim de contribuir para a discussão sobre a interface entre a intersectorialidade e o matriciamento, dando visibilidade a correlação existente entre os pontos e como eles contribuem para uma prática mais efetiva na política de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, tecnológicas, bem como as áreas de outras políticas sociais. Nesse ponto, insere-se a discussão sobre o princípio da intersectorialidade, em especial na saúde mental.

São inegáveis os avanços nas políticas públicas brasileiras em geral, uma vez que, por meio do aparato legal, um público maior passou a ter o direito de acessar os serviços ofertados pelas políticas e conseqüentemente menor violação de direito. No que tange à política de saúde, a qual é assegurada como direito de todos independente de qualquer atributo – gênero, idade, raça/etnia, sexo, dentre outros –, a gestão deve considerar as especificidades do contexto e promover a articulação das diversas instituições de saúde que comportam desde a atenção básica à alta densidade.

Nesse sentido, foram demarcados momentos considerados cruciais que, através de movimentos coletivos, com atores diversos, alcançou-se a passos lentos garantias legais,

expostas durante a análise aqui apresentada, mas que tem relação direta com uma estrutura social complexa para que haja a sua materialização.

Assim, enfatizando que as Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, ainda estão em curso, e corroborando com o pensamento de Monnerat e Souza (2014), bem como de Amarante (2012), se reitera que discutir a intersetorialidade é repensar um modelo assistencial de cuidado, e mais, um modelo de sociabilidade.

Entretanto é importante enfatizar que se reconhece as limitações analíticas desse estudo devido à extensão da legislação no campo da Saúde Mental Brasileira e as políticas sociais correlatas, bem como por compreender o cenário político de mudanças e tensões que ameaçam as conquistas de direitos consolidadas a partir de 1988 com a CFB, onde se observa uma crescente necessidade de solidificar a rede de proteção social; no entanto, há uma progressiva redução no financiamento para a saúde.

O princípio da intersetorialidade é, além de princípio, um posicionamento político imprescindível ao cumprimento dos serviços de saúde brasileiro, que deve ser exposto, sobretudo, em espaços de discussões coletivas nas diversas políticas sociais..

Esse processo requer mudanças e transformações em outras dimensões: seja na forma de pensar o princípio em sua dimensão epistemológica, na atuação profissional como forma de cuidado, no papel desenvolvido pela rede, nos aspectos legais que envolvem a discussão, bem como na discussão cultural que se tem sobre a loucura e que, evidentemente, interfere na efetividade de ações intersetoriais.

Dessa forma, no que toca aos profissionais que atuam na saúde mental e na Atenção Básica, o matriciamento torna-se um espaço prático que pode haver uma efetivação dessas discussões e mudanças de paradigmas. Para tanto, faz-se necessário a estratégia da educação permanente e uma fomentação de discussões políticas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira In **Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Jul/Set, 1995.

_____. Saúde Mental, Desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. Rev. e amp./ organizado por Lígia Giovanella,

Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et. Al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho**: Paradoxos na construção Das políticas de previdência e assistência. Brasília: Ed. UnB, 2008

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In Serviço Social e Saúde. / Ana Elizabete Mota [et al.], (ORGS). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

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

_____. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Congresso Nacional. Brasília, 2001.

_____. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a **Rede de Atenção Psicossocial** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2011.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Portaria Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**.

FREITAS, Sonale Santana; SANTOS, Josiane Soares. A intersectorialidade no campo sociojurídico. In **Política social e serviço social** \ Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves (organizadora). – São Cristovão: Universidade Federal de Sergipe, 2009. ISBN 978-85-7822-094-5

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; NETO, Suely Ferreira Deslandes Otavio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. – Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersectorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética. In **Intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. - Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistemas de Proteção Social, Intersectorialidade e Integração de Políticas Sociais. In **Intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. - Campinas, SP: Papel Social, 2014.