

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VITÓRIA DUARTE MENDES MARTINS

**O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE NO SUS E SUAS: Relato de experiência
nas políticas públicas sociais e de saúde.**

JUAZEIRO DO NORTE – CE 2023

VITÓRIA DUARTE MENDES MARTINS

O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE NO SUS E SUAS: Relato de experiência nas políticas públicas sociais e de saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Tiago Deividy Bento Serafim.

JUAZEIRO DO NORTE – CE 2023

VITÓRIA DUARTE MENDES MARTINS

O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE NO SUS E SUAS: Relato de experiência nas políticas públicas sociais e de saúde.

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 08/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Mestre Tiago Deividy Bento Serafim/ UNILEÃO.

Membro: Mestre Moema Alves Macedo/ UNILEÃO.

Membro: Especialista André de Lima Gomes/ UNILEÃO.

JUAZEIRO DO NORTE – CE 2023

O EXERCÍCIO DA INTERSETORIALIDADE NO SUS E SUAS: Relato de experiência nas políticas públicas sociais e de saúde.

Vitória Duarte Mendes Martins¹

Tiago Deividy Bento Serafim²

RESUMO

As políticas públicas setoriais, atualmente, encontram desafios em fornecer assistência integral a população brasileira por consequência do seu processo de construção segmentada. Nesse viés, o presente trabalho visa discutir a intersectorialidade como ferramenta de superação da fragmentação das políticas públicas de saúde e assistência social e de efetivação do cuidado através do levantamento bibliográfico sobre o tema e da articulação com a prática. Nesse sentido, é abordado a dimensão da desigualdade social e da situação de violência no processo de saúde-doença. A metodologia consiste em um relato de experiência de caráter descritivo e qualitativo sobre a vivência no projeto de extensão e no estágio do curso de Psicologia do Centro Universitário Unileão. Por fim, é percebido que o exercício da intersectorialidade se constitui como uma ferramenta importante, porém ainda encontra limitações na sua prática.

Palavras-chave: Políticas públicas. Interssetorialidade. Desigualdade social em saúde. Violência.

ABSTRACT

Sectoral public policies currently face challenges in providing comprehensive assistance to Brazilians due to their segmented construction process. The work here presented aims to discuss intersectionality as an implementation tool of integral care and overcoming the fragmentation of public policies of healthcare and social security through bibliographical research regarding the theme as well as its practical articulation. In that sense, it addresses the dimensions of social inequality and the role of violence in the process of health-disease. Methodology consists of an experience report of descriptive and qualitative character about the involvement in the university extension project and internship in the Psychology course in the University Center Unileão. Finally, it is perceived that the exercise of intersectionality constitutes itself as an important tool that still encounters several limitations in its practice.

Keywords: Public policies. Intersectionality. Social inequality in health. Violence.

¹ Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: Email: vitoriamartinss_@hotmail.com

² Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: tiagodeividy@leaosampaio.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

Através da discussão do art. 194 da Carta Magna (1988), a seguridade social pode ser definida como a soma integrada de ações dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas ao asseguramento dos direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, sendo este o primeiro momento de integração das três áreas. Fundado nisso, é possível perceber uma revolução na proteção pública do Brasil, já que a saúde e a assistência social tornaram-se uma garantia de todos os cidadãos brasileiros de maneira incondicional e universal, desafiando a lógica mercadológica e liberal e limitando a comercialização das políticas públicas (Pereira, 2009). Consecutivamente, o Sistema de Seguridade Social organizou as políticas públicas de saúde e de assistência social em dois sistemas únicos, o SUS e SUAS, que tem como semelhança a prática intersetorial.

Vale ressaltar a ausência de definição conclusiva da intersetorialidade devido à falta de concordância teórica sobre o assunto (Sposati, 2014). Porém, ela é percebida, atualmente, como uma dimensão fundamental nas políticas públicas setoriais uma vez que há um aumento na eficiência, efetividade e a eficácia da implementação de tais políticas devido a articulação entre setores e instituições governamentais (e não governamentais) e a sociedade civil - em especial no que se refere ao atendimento das demandas populacionais e aos recursos disponibilizados para execução das mesmas (Nascimento, 2010). Em vista disso, a intersetorialidade surge com o objetivo de responder aos problemas sociais que requerem múltiplos olhares e que ultrapassam a competência de apenas um setor. Essa estratégia procura perceber o sujeito integralmente, considerando suas necessidades sociais, econômicas, culturais, etc., buscando ações resolutivas para questões complexas e superando a fragmentação das políticas públicas setoriais.

No entanto, o exercício da intersetorialidade ainda encontra desafios. A percepção de um sujeito reduzido a um organismo isolado, em que seu funcionamento se depreende pelos seus traços e características únicas, reduz o homem a condição de indivíduo e fragmenta o ser histórico, cuja existência é construída através de uma rede de relações sociais (Martin Baró, 2017). Apesar da tentativa da intersetorialidade em compreender o sujeito holisticamente e superar tal fragmentação, o dualismo entre o social e o biológico, o coletivo e individual ainda é preponderante e a oferta de cuidados permanece segmentada.

Considerando que a psicologia tradicionalmente se construiu como um dispositivo vantajoso para a reprodução das estruturas injustas do sistema social, faz-se fundamental problematizar a fragmentação do sujeito e das políticas públicas setoriais a fim de construir um saber crítico compromissado com a realidade social brasileira e superar práticas cristalizadas.

Além disso, o atual trabalho nasceu através de uma implicação pessoal derivada da experiência no Projeto de Extensão “CONEXÕES PSIS: Saúde coletiva e práticas intersetoriais de cuidado psicossocial” e no estágio supervisionado em Psicologia, com ênfase em Processos Psicossociais. Nesse sentido, o artigo foi construído como um relato de experiência, de forma descritiva e qualitativa.

O presente trabalho visa discutir a intersetorialidade como ferramenta de efetivação do cuidado integral e de superação da fragmentação das políticas setoriais, através do levantamento bibliográfico sobre o tema e da articulação com a prática. Ainda, é pretendido identificar a dimensão da desigualdade social e da situação de violência no processo de saúde-doença e, por fim, analisar objetivamente a vivência na UBS e no CREAS a luz da literatura científica

3. A DESIGUALDADE SOCIAL DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Uma dimensão fundamental para compreender a desigualdade no nível da saúde é a concentração na distribuição relativa da riqueza. Barata (2018) aponta que, mesmo entre os países com alto PIB, a diferença na expectativa de vida pode ser explicada de forma geral pela maior ou menor distribuição de renda no território. Dessa forma, sociedades mais igualitárias compartilham de maior coesão social e, considerando que a organização social é determinante na produção de saúde, o nível da esperança de vida cresce, assim como decai taxa de mortalidade infantil, geral e específica - destacando-se as mortes violentas. De maneira equivalente, sociedades com menor distribuição de renda, além da expectativa de vida reduzida, sofrem com deterioração da vida pública, perda do senso comunitário e aumento da criminalidade e da violência.

Dessa forma, é possível perceber que as desigualdades sociais em saúde não são apenas algo a ser levado em consideração, mas são determinantes e condicionantes no processo de saúde-doença. Esse fato é apresentado no Art. 3 da Lei 8080/90, o qual explicita

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, ao debater sobre as desigualdades sociais em saúde, estamos nos referindo não só ao acesso desnivelado a serviços de saúde, mas às injustiças motivadas pela

diferença, por características sociais que sistematicamente colocam grupos específicos em desvantagem na oportunidade de ser e se manter sadio (Barata, 2008).

É preciso ressaltar que o direito a saúde vai além do seu consumo. Através de uma perspectiva mercantilista, muitos percebem a saúde como uma “cesta de serviços” ofertada por uma instituição. Apesar da democratização do consumo a assistência médica ser imprescindível, essa perspectiva é perigosa por reduzir o sujeito a um ser passivo e carente e por limitar o direito a saúde apenas ao acesso a serviços (Sposati; Lobo, 1992). É preciso manter em mente que a necessidade por saúde é historicamente determinada e, diante de um país com violenta desigualdade social, o acesso a serviços de saúde não é o suficiente para garantir os direitos e suprir as demandas da população. Dessa forma, as intervenções construídas nas políticas setoriais da saúde devem ser feitas com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde e ampliar o acesso e qualidade da atenção, sem esquecer da importância do engajamento político dos profissionais para a transformação social (Minayo, 2006).

Quanto à psicologia, apesar dos esforços para a construção de uma prática compromissada, é possível perceber profissionais apáticos frente à miséria social em que majoritariamente está inserida a população brasileira, voltados para interesses corporativistas, enfraquecidos no seu potencial de luta em favor da cidadania e impedidos de se empenhar verdadeiramente com um novo projeto de sociedade e de saúde pública – o que resulta em distorções teóricas, intervenções etnocêntricas e descontextualizadas e a psicologização de problemas sociais (Dimenstein, 2001). Nesse viés, a psicologia deve ter cuidado para não reduzir as dores derivadas das iniquidades sociais a uma perspectiva individualista, ignorando a dimensão sociocultural do adoecimento e mutilando o sujeito que está inserido em um tempo histórico, considerando somente fatores isolados.

Assim, torna-se fundamental ressaltar que a sociedade, o conjunto de leis e ideias que a rege e suas instituições políticas, estão todas subordinadas a sua conjuntura emergente e, por isso, apresentam limitações relevantes. A construção das políticas públicas ocorre num campo de luta essencialmente contraditório, se apresenta como processo e produto de relações complexas e esforços distintos e, por isso, mesmo as políticas públicas que visam a superação de desigualdades históricas ainda estão inseridas em uma realidade restrigente fruto da organização social desigual (Ribeiro, 2010). Diante desse cenário, a ação da psicologia precisa ter um caráter revolucionário e tencionar a mudança radical da ordem social, considerando que a distribuição da saúde mental é inseparável da distribuição da riqueza produzida no país (Martin Baró, 1980/2017).

Góis (2008) elabora sobre como a construção da saúde-doença se diferencia de acordo com as classes sociais, já que estas seguem configurações socioideológicas distintas e os

fenômenos, tais como a depressão, ansiedade e violência, aparentemente idênticos, são constituídos de maneira divergente. Nesse viés, o autor desenvolve o conceito de estresse negativo – ou estresse da pobreza – que, de forma geral, é originado a partir da combinação de risco e vulnerabilidade social com a identidade de oprimido e explorado, a qual é gerada e mantida pela ideologia de submissão e resignação. Essa ideologia é caracterizada por Góis (2008) como um sistema de valores, crenças, ideias, conhecimentos, leis, atitudes, etc., que estabelece as condições e modo coletivo de viver da classe oprimida e que formam a sua estrutura psíquica, seu corpo, sua própria enfermidade e até sua “loucura” - a sua identidade de oprimido e explorado. Assim, é criado um circuito de reforço mútuo entre ideologia, vulnerabilidade e estresse continuado, o qual tem como resultado mais dominação, exploração, violência, fragilidade orgânica, situações de crise, doenças físicas, transtornos mentais e até morte.

Assim, é possível perceber que, apesar do estado de depressão e de ansiedade apresentarem sintomas similares nas diferentes classes sociais, a origem do adoecimento não pode ser vista como natural, dado o caráter histórico-cultural e ideológico que perpassa a construção da doença. Martin Baró (1984/2017) ressalta que a saúde mental não deve ser vista como algo exclusivo do funcionamento interno do indivíduo, mas como uma questão das relações sociais, interpessoais e intergrupais, podendo ocasionar a crises em um sujeito, um grupo familiar, uma instituição ou em uma sociedade inteira. Dessa forma, a interpretação de Baró se entrelaça intimamente com o olhar de Góis, uma vez que os dois autores indicam a constituição da saúde através das relações sociais e, se a atual ordem social exige a produção de relações desiguais, logo, a saúde não poderá ser construída de maneira igualitária.

Barata (2010) estabelece que toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social, sendo a desigualdade social em saúde o reflexo da iniquidade existente em cada sociedade. Dessa forma, reduzir o adoecimento a dimensão biológica ou psicológica não abarca esse processo na sua plenitude. A integralidade, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, presume uma atenção ao sujeito de maneira holística e vai além de apenas um recorte da enfermidade. Paim e Silva (2010) explicita a polissemia do conceito de integralidade e determina que esta deve ser vista enquanto um valor a ser sustentado, uma bandeira de luta. Ela pode ser percebida como a compreensão do sujeito em sua totalidade, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais. Além disso, o autor ainda aponta que as políticas públicas setoriais da saúde implicam na articulação entre programas, de maneira em que a intervenção intersetorial e a corresponsabilização pela garantia do direito humano não são apenas uma possibilidade, mas uma exigência. Dessa forma,

apesar das limitações sistematicamente impostas às políticas públicas, a intersetorialidade surge como uma ferramenta para superar a fragmentação do cuidado.

4. VIOLÊNCIA, SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS.

Na discussão sobre a violência, apontar o caráter histórico, o contexto social e seu dinamismo se torna fundamental. Contrariando o imaginário popular do país pacífico, o Brasil sempre vivenciou a violência articulada a sua forma de colonização e de desenvolvimento. Somos um país com herança do estupro, de violências simbólicas e físicas contra os povos originários. Não se pode menosprezar o impacto da aculturação dos indígenas, do sistema escravocrata, das ditaduras políticas e da exploração do trabalhador (Minayo, 2006). Nesse viés, é preciso desconstruir o mito da não-violência brasileira, fabricado a partir de um processo de exclusão social e histórica, cuja finalidade é tomá-la como um acontecimento esporádico e não constitutivo da nossa realidade social (Chauí, 1980).

Ao elaborar sobre a Guerra Civil vivida em San Salvador, Martin Baró (1984/2017) expõe que a violência surge a partir da essência da ordem social imperante, uma ordem classista, e a coerção provém dos interesses que a conduz. Assim, analisar a violência é analisar a sociedade segmentada em classes, é examinar os interesses constitutivos das ações violentas - os quais podem estar disfarçados nas condutas adotadas e nas suas respectivas justificativas.

Definir o que é violência se mostra uma tarefa árdua, pois é um termo complexo e com sentidos plurais. Ela se constrói na forma de relação dominante, revestida de um poder quase absoluto. Polimorfa e onipresente, a violência cresce na impunidade e paradoxalmente a reforça. É uma imposição assimétrica de saldos múltiplos, alicerçado na dor, morte, medo, impotência, ausência e desesperança (Agudelo, 1997). Nesse viés, a violência se faz como ato, o qual pode ser constituído não só pela agressividade e pela coerção, mas também pela omissão. Traduzir esse fenômeno em poucas palavras pode limitar seu significado, abrangência e seu impacto concreto na realidade social.

Evidenciar o caráter múltiplo da violência se torna fundamental para compreender as diversas facetas que compõem o fenômeno. Minayo (2006), em seu estudo sobre a temática, segue a tipologia estabelecida pela OMS e explora cada categoria e suas repercussões na saúde das vítimas. Uma das categorias trabalhadas é a intrafamiliar, isto é, a violência que ocorre dentro do lar, sendo esta uma violência cotidiana que de forma geral afeta todos os membros familiares – com diferenciações hierárquicas, sendo as crianças as maiores vítimas. O abuso psicológico, sexual, maus tratos físicos e/ou negligência suscitados pela família são enquadrados na violência intrafamiliar. Já o impacto da violência na saúde do sujeito depende

de diversas variáveis. De acordo com a autora, um ambiente de dominação e humilhação pode fomentar sintomas de hiperatividade, depressão, baixa estima, agressividade, passividade, etc. E, em uma perspectiva clínica, os agravos dos maus tratos físicos vão desde hiperemia, escoriações, hematomas, queimaduras, mutilações e fratura dos ossos e membros, traumatismos cranioencefálicos, lesões oculares e auditivas e até a morte.

Outra categoria elaborada pela Minayo (2006) é a violência estrutural, que concerne aos “processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes” (p. 81). Também é apontado a dificuldade de quantificar a frequência da violência já que nem sempre há a consciência explícita das vítimas. Ademais, ela se sustenta nos micros e macroprocessos sócio-históricos, de forma repetitiva e naturalizada, sendo responsável por privilégios e formas de dominação e base para a construção de todas as outras formas de violência.

A partir dessa perspectiva, é possível estabelecer um diálogo claro entre a violência e saúde mental. Uma sociedade que utiliza a violência enquanto recurso recorrente e naturalizado para a resolução de grandes e pequenos problemas é uma sociedade cujas relações sociais estão afetadas desde sua raiz (Martin Baró, 1984/2017) e, como já apontado anteriormente, a saúde se constrói através do estabelecimento dessas relações. Dessa maneira, se torna crucial pensar no impacto da violência na formação subjetiva do sujeito social, nos relacionamentos em que ele está inserido e, consecutivamente, no seu processo de saúde-doença.

Dentro das políticas setoriais, um dos aparelhos que constituem a rede SUAS e trabalha com as situações de violência é o Centro de Referência Especializado da Assistência Social. De maneira abrangente, a competência do CREAS compreende a oferta e referência de serviços especializados de forma continuada para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social (Brasil, 2011).

Já a Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, PAEFI, é um dos serviços oferecidos obrigatoriamente dentro do CREAS. Ele pode ser caracterizado pela atenção direcionada ao atendimento especializado à família e indivíduos em situação de violação de direitos visando à preservação e fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e sociais, a partir da concepção da matricialidade sociofamiliar que potencializa e fortalece a função protetiva da família (De Andrade, 2018). Os objetivos do PAEFI elencados na Cartilha de Tipificação dos Serviços Socioassistenciais são: contribuir para o fortalecimento da família e a efetuação da sua função protetiva; promover a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos de acordo com suas necessidades; auxiliar na restauração e preservação da integridade e das condições de autonomia dos usuários; auxiliar

no rompimento dos padrões violadores de direitos no interior da família; favorecer para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos; e prevenir a reincidência de violações de direitos (Brasil, 2009).

As situações de risco e de violações acompanhadas pelo CREAS são complexas. Porém é preciso destacar os casos de violências ocasionadas pela ausência do Estado, o qual não propicia o acesso a bens e serviços e, como consequência, descumpre os direitos sociais que deveria assegurar. Independente que a ação seja executada por um ou mais agressores, a desproteção do Estado ainda é um fator determinante, já que a família não é a única responsável por a proteção dos seus membros (Luzia; Liporonni, 2023)

Nesse viés, pode ser apontado como uma tendência na esfera das políticas sociais o destaque da centralidade do papel familiar no cuidado, formação e educação dos sujeitos, em especial crianças e adolescentes. Entretanto, essa disposição também vem acompanhada de afirmações e práticas que tendem a culpabilizar as famílias que não contemplam as expectativas sociais. Diante disso, a cautela é necessária para avaliar as causas motivadoras das violações de direito para além de fatores individuais e familiares, já que estas estão circunscritas e determinadas pelas sequelas da questão social (Nery, 2009). Se torna fundamental perceber a realidade de forma crítica para vislumbrar além da responsabilização familiar pelo seu processo de sofrimento e descobrir o elemento estrutural que constitui a violência e violação de direito.

Martín Baró (1984/2017) assinala a insuficiência do reconhecimento da dimensão interpessoal como articuladora da existência humana, visto que sanidade ou insanidade são frequentemente caracterizados pelo funcionamento próprio do indivíduo que supostamente é regido essencialmente, e quase exclusivamente, por leis internas. Essa perspectiva torna o sofrimento psíquico uma questão específica e individualizada, sem perceber a determinação das relações sociais estabelecidas pelo sujeito. O autor reflete também sob a situação de violência experienciada em San Salvador e como a discussão de bem-estar psicológico aparenta ser um sarcasmo aristocrático diante das situações de ameaça a vida. À vista disso, não tem como pensar na construção da subjetividade e a produção de sofrimento psíquico desvinculada da realidade concreta em que o sujeito está inserido – realidade esta perpassada por diversos tipos de violência e injustiças sociais vivenciada pela maioria da população brasileira.

Para compreender o impacto da violência sobre a saúde é preciso uma abordagem transdisciplinar. Quantificar os feridos, as vítimas e os agressores é apenas uma parte do trabalho, já que essas pessoas fazem parte de uma conjuntura histórica e cultural (Minayo, 2006). Dessa maneira, pode-se concluir que a violência é um problema de causalidade e consequências complexas, que exige uma articulação entre a diversos setores e, consecutivamente, a superação da fragmentação das políticas setoriais.

5. METODOLOGIA.

O presente estudo consiste em um relato de experiência que discorre sobre a vivência no projeto de extensão “CONEXÕES PSIS: Saúde coletiva e práticas intersetoriais de cuidado psicossocial” e no estágio supervisionado do curso de Psicologia, com ênfase em Processos Psicossociais, os quais ocorreram respectivamente na Unidade Básica de Saúde da Família e no Centro de Referência Especializado da Assistência Social, ambos situados no Cariri cearense. Ademais, é um trabalho de caráter descritivo e qualitativo.

O estágio se iniciou em março de 2023 e estende-se até os dias atuais, contabilizando em média 190 horas. O mesmo ocorre na equipe PAEFI, o qual acompanha indivíduos e famílias com direitos violados cujos vínculos familiares e/ou comunitários não foram rompidos. As atividades desenvolvidas no campo consistem em visitas domiciliares, escuta qualificada e discussões e estudos de caso.

Já o projeto de extensão do curso de Psicologia se iniciou em dezembro de 2022 e também se estende até atualmente, o que contabiliza, em média, 90 horas. As atividades desenvolvidas em campo consistem em aconselhamento breve focal, visitas domiciliares, discussão e estudo de caso e reuniões setoriais e intersetoriais.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.

6.1. RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Os casos trabalhados nas políticas públicas de saúde e de assistência social se assemelham em sua complexidade. Foi percebido na prática como situações de violência implicam no processo de saúde-doença, assim como o adoecimento suscita em consequências sociais e econômicas. Nesse viés, a discussão não é direcionada a ordenação ou hierarquização das demandas socioassistenciais e da saúde, privilegiando os aspectos sociais sob a saúde e supondo uma unicausalidade macro ou microsocial, já que essa perspectiva presume uma separação do cuidado. O que será abordado é a multicausalidade e a dialética de causa-efeito.

Em diversos casos, a intersetorialidade e a articulação setorial fizeram-se indispensável para a construção de uma intervenção integral diante da associação entre a violência e o processo de adoecimento. No entanto, é importante dizer que em muitos momentos a ação não conseguiu cumprir seu caráter intersetorial completamente por diversas razões.

Um dos casos relevantes que exigiu a implicação intersetorial se trata de um acompanhamento feito pelo serviço de psicologia a uma idosa na Unidade Básica de Saúde da

Família, em que foi percebido um contexto de intenso sofrimento psíquico o qual dificultava o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. A ação da psicologia se baseou em visitas domiciliares realizadas semanalmente, onde foram observadas situações de violência recorrentes sofridas pela idosa e por seu neto através de maus tratos físicos, negligência e violência psicológica. O agressor fazia parte do núcleo familiar. Dessa forma, fez-se necessário notificar e encaminhar o caso ao CREAS e ao Conselho Tutelar a fim de promover a articulação entre a rede intersetorial a partir de reuniões e discussões de caso com o intuito de definir as ações realizadas por cada instituição e formar o projeto terapêutico para a família assistida.

Dessa forma, torna-se visível como as relações sociais constroem a saúde do sujeito. A partir da denúncia e do afastamento da pessoa agressora, foi possível pensar em uma intervenção mais eficaz voltada para a redução dos sintomas incapacitantes. No entanto, as marcas da violência vivenciadas permanecem na paciente como intenso sofrimento psíquico.

Também foi necessário encaminhar o caso ao Centro de Atenção Psicossocial III com a intenção de viabilizar o cuidado especializado a paciente através da articulação da RAPS. Porém é preciso ressaltar as dificuldades encontradas na articulação setorial da saúde, já que, mesmo diante do encaminhamento para dispositivo substitutivo em saúde mental e da notificação do caso a Secretaria Municipal de Saúde, não foi disponibilizado o atendimento especializado para a paciente. Diante da ausência do CAPS III, foi realizada uma consulta conjunta com o médico de saúde da família, enfermeiro e equipe de psicologia para construir uma ação multidisciplinar.

No entanto, é válido ressaltar que a interconsulta não foi uma experiência frequente na UBS, apesar de ser um instrumento útil na construção da clínica ampliada. De forma geral, o contato com outros profissionais da saúde foi raso e, por isso, a elaboração de estudos de caso multiprofissionais foi dificultada. Dessa maneira, há um afastamento da troca de saberes proporcionado pela ação em saúde interdisciplinar, além da ausência de integralidade do cuidado e menor qualificação no atendimento.

Ainda no setor da saúde, existiram outros casos que demandaram articulação com as políticas sociais. Um deles se refere a uma mulher adulta em situação de rua acompanhada pelo serviço de psicologia da UBS devido a dependência do álcool. Diante da negação dos seus direitos básicos, o diálogo com o Centro POP tornou-se imprescindível para trabalhar as fragilizações dos vínculos sociais, o acesso a moradia convencional e alimentação. É importante ressaltar que o projeto terapêutico ainda está em construção e, dessa forma, as ações de cada instituição ainda estão sendo refletidas para melhor solução do caso.

Nessa situação, apontar o elemento estrutural que constitui a violência é fundamental. Além das violações supracitadas, a paciente sofreu homofobia durante anos devido a sua orientação sexual. Isto posto, foi percebido que estudar a dinâmica de exclusão social e seu impacto psicossocial é indispensável para uma atuação efetiva. Cabe ao profissional de psicologia construir qualidade científica e conhecimentos práticos para atuar de forma ética, compromissada e solidária.

Também é preciso mencionar o sentimento de impotência que se fez presente ao longo dos meses. A fila de espera devido à dificuldade de acesso ao serviço de psicologia de forma gratuita, a ausência de resposta efetiva para as demandas levantadas, as restrições nos recursos e a dificuldade em estabelecer diálogo com outros aparelhos e profissionais a fim de produzir uma ação conjunta tornaram a vivência nas políticas públicas um desafio. Além disso, a experiência dentro da psicologia social e da saúde tornou obrigatório o contato com situações de vulnerabilidade e de sofrimento que não estão previstos em livros acadêmicos. Mas foi percebido que as dificuldades diárias solidificam a construção de uma psicologia ético-política, a qual exige não só embasamento crítico-científico, mas um olhar sensível e palavras solidárias.

No CREAS, as demandas de articulação intersetorial também se fazem presentes. Um dos casos se refere a uma pessoa idosa que vivia em condições precárias de higiene e habitação. A assistida possuía um apelido dado pela vizinhança, porém seu nome e idade são desconhecidos devido à ausência de documentos de identificação. A estrutura da sua residência foi condenada por técnicos da Secretaria de Infraestrutura, os quais evidenciaram alto risco de desabamento. Dessa maneira, foram realizadas reuniões com sede na Secretaria Municipal de Saúde, contando com a presença do CRAS, CREAS, CAPS III, representante da Atenção Primária e Diretora da Saúde Mental em Juazeiro do Norte – CE e do Ministério Público, a fim de discutir o caso e dividir as ações de acordo com as funções de cada aparelho.

Foi exigido a retirada da assistida de sua residência como uma estratégia de saúde diante dos riscos a integridade física e mental e a ação contou com a presença de médicos e enfermeiros para atestar seu estado de saúde. Em seguida a senhora foi encaminhada para o Hospital Regional do Cariri para tratar de forma interdisciplinar suas possíveis enfermidades. Ao CREAS coube a busca ativa pela sua família estendida a fim de restaurar os vínculos protetivos necessários.

É importante ressaltar as diversas violências sofridas pela idosa, que foi privada do acesso a bens e serviços fornecidos pelo Estado e, dessa forma, negligenciada. Como já mencionado, as desigualdades sociais em saúde não dizem respeito apenas ao consumo dos serviços, mas principalmente às iniquidades sociais que impedem o sujeito de se manter sadio. A ação intersetorial atuou a partir dessa lógica, corresponsabilizando-se pela garantia do direito

humano e reduzindo as implicações dos determinantes sociais da saúde. No entanto, é preciso dizer que o caso permanece em processo em razão do não cumprimento por determinadas instituições de algumas intervenções previstas. Nesse exemplo, pode-se perceber a necessidade de uma atuação sinérgica para a efetivação da prática intersetorial.

As práticas realizadas nas políticas públicas de saúde e de assistência social possuem semelhanças e diferenças, sendo a visita domiciliar e discussões e estudo de caso comum nos dois espaços. A escuta qualificada realizada no CREAS foi utilizada como uma estratégia terapêutica com a finalidade de fornecer suporte psicológico para o sujeito em sofrimento e compreender os aspectos subjetivos que compõem a sua realidade objetiva, o que auxilia na construção de intervenções adequadas para a superação das situações de violência. Já o aconselhamento breve focal empregado na Unidade Básica de Saúde é estruturado em usualmente 5 sessões, as quais podem diminuir ou se estender a depender da necessidade apresentada. A intenção é intervir em uma demanda pontual que compromete o processo de saúde do paciente.

Já as vistas domiciliares possibilitam um mergulho na realidade dos assistidos - seja na saúde, seja na assistência social. Introduzir-se no território dos sujeitos se tornou uma ferramenta indispensável, já que é naquele lugar em que são vivenciadas as alegrias, as tristezas, os amores e as lutas diárias. É um espaço de força motriz e de esclarecimento, onde pode ser percebido as relações familiares, as fragilidades e potências e, a partir disso, elaborar uma intervenção compatível com o cenário observado. Porém, é preciso dizer que a ausência de recursos pode afetar o desenvolvimento dessa atividade. Em muitos momentos, a ausência de transporte se tornou um obstáculo insuperável - o que não afetava apenas a quantidade de visitas, mas também a qualidade.

Uma lacuna que precisa ser evidenciada é a deficiência no cuidado especializado nas demandas de saúde mental. Em diversas ocasiões, os profissionais de outros aparelhos indicaram a Unidade Básica de Saúde como uma alternativa para realização de psicoterapia devido à ausência de uma instituição pública que forneça o serviço. Enfatizar que a psicologia da saúde não é psicologia clínica aplicada ao ambiente da saúde é indiscutivelmente necessário. Diante dessa realidade, nascem práticas descontextualizadas e sobrecarga do serviço de psicologia com demandas que não pertencem àquele aparelho.

Também foi percebido dificuldades no diálogo com os dispositivos substitutivos de saúde mental. Pessoas assistidas pela Unidade Básica que necessitavam dos serviços dos CAPS não conseguiram acesso aos aparelhos. Foi sentido a dificuldade de comunicação com o CAPS III e com o CAPSi, sendo exigência deste último um laudo psiquiátrico para a admissão dos pacientes – o que prejudicou o acionamento da RAPS. Dessa maneira, apesar do direito a saúde

não se limitar ao acesso aos serviços, a democratização do cuidado ainda é uma bandeira de luta presente na realidade das políticas públicas de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Como reflexo do modo de produção atual, a assimetria de riquezas e de poder nas relações exige ações para amenizar as tensões sociais, e é nessa conjuntura em que as políticas públicas da seguridade social se inserem (Nery, 2009). Diante disso, torna-se indispensável considerar a ambiência social desfavorável e suas causas determinantes para embasar a práxis profissional. O Brasil é um país de contrastes extremos, onde a miséria e o luxo convivem cotidianamente. Refletir e desenvolver um trabalho profissional no campo das políticas setoriais dentro da ordem social vigente exige uma perspectiva crítica que aponte as contradições expressas de formas variadas.

Partindo do pressuposto de que a intersetorialidade é reciprocamente fortalecedora dos efeitos das políticas setoriais e uma estratégia para alcançar maior integralidade do cuidado, pode-se estabelecer que um dos seus objetivos é produzir uma ação sinérgica às iniciativas construídas por diversas políticas em um mesmo território direcionadas às necessidades da população demandatária (Sposati, 2014). Nesse sentido, através do levantamento teórico e da experiência prática, foi percebido que a articulação intersetorial nas políticas de saúde e sociais se constitui como uma ferramenta importante para o enfrentamento das violações de direito e da desigualdade social em saúde.

No entanto, as políticas públicas são fundamentalmente contraditórias, apesar das suas potencialidades. Os avanços produzidos por tais medidas são aquém do que poderiam ser já que as reformas possivelmente transformadoras não alteram o funcionamento do sistema político (Fonseca, 2013). Nessa circunstância, as políticas públicas são incapazes de chegar à raiz da tensão social, seja pela escassez dos instrumentos de trabalho e as condições frágeis para sua execução, seja pela subordinação a sua conjuntura emergente. E a intersetorialidade, apesar de sua importância, ainda funciona mais como uma perspectiva do que como um fato.

A vivência no CREAS e na UBS permitiu estabelecer um diálogo entre os diferentes setores e compreender a necessidade da ação sinérgica. Porém, em diversos momentos, a ação intersetorial foi dificultada pela sobrecarga das instituições as quais possuíam grandes filas de espera e diversas exigências que afastam o usuário do acesso ao cuidado integral e desmotivaram a intervenção profissional.

Isto posto, a necessidade de sensibilidade ao sofrimento humano de qualquer ordem, de constante inconformação, de combate às injustiças sociais e de perseverança deve guiar a

atuação da psicológica para a construção de uma prática ética e compromissada. Para tanto, é preciso promover a percepção de que a caminhada para a efetivação das políticas públicas e da intersectorialidade ainda é árdua e exige nosso suor, sangue e coração.

REFERÊNCIAS.

AGUDELO, S. F. **Violência, cidadania e saúde pública. In: Barata, R. B. et al. (Org). Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** (pp 36-62). Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. **Lei 8080 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. **Lei no 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 04 out. 2023

BRASIL. **Resolução nº109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso: 17 out. 2023

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.** Brasília: 2011 Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>. Acesso em: 10/10/2023

CHAUÍ, Marilene. A não-violência do brasileiro, um mito interessantíssimo. **Almanaque: Cadernos de Literatura e Ensaio**, Brasiliense, n. 11, p.16-24, 1980. Disponível em: <https://acervoapi.paulofreire.org/server/api/core/bitstreams/d98a823e-2fe0-4ef5-8e82-959193ce33cc/content>. Acesso em: 03 out. 2023

DE ANDRADE, J. **Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI): um espaço social para construção de autonomia?.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B94JPF>. Acesso: 01/11/2023.

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ssBKbycz5cW5RxXmNs5RcXv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2023

FONSECA, F.. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 11, n. 3, p. 402-418, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/vKMRXgGWgT3yKcwYJRhpqwS/?lang=pt>. Acesso em: 20/11/2023.

GÓIS, C. W. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

LOBO, E; SPOSATI, A. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, p. 366-378, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bb5DPw9NRmQY3kVBwqLpgsn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08/11/2023.

LUZIA, E; LIPORONI, A. CREAMS: concepções de violações de direitos e os caminhos do trabalho social. **Serviço Social & Sociedade**, v. 146, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/nM6hDBZ6hY7fnRCjPBsbSGb/>. Acesso em: 29/09/2023

MARTIN BARÓ, I (1980). O psicólogo no processo revolucionário. In: LACERDA, F.J (Org.) **Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais**. (pp. 25-30). Petrópolis: Vozes, 2017

MARTIN BARÓ, I (1984). Guerra e Saúde Mental. In: LACERDA, F.J (Org.) **Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais**. (pp. 251-270). Petrópolis: Vozes, 2017.

MINAYO, M. C. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95-120, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2023.

NERY, V. **O trabalho de Assistentes Sociais e Psicólogos na Política de Assistência Social: saberes e direitos em questão**. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17987>. Acesso em: 21 out 2023

PAIM, S.J; SILVA, L.M. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)** v.12 n.2 São Paulo. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5975>. Acesso em: 07 set. 2023.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **SER Social**, [S. l.], n. 10, p. 33-56, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i10.12920. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920. Acesso em: 5 set. 2023.

SPOSATI, A. A intersetorialidade(s) na ação de serviços sociais públicos: presença e complementariedade. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate: Inclusão produtiva urbana: experiências, desafios e resultados**, n.19, p. 09-2. Brasília: MDS, 2014. Disponível em: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/nepsas/artigos/sposati-aldaiza-intersetorialidade-na-acao-de-servicos-sociais-publicos-presenca-e-complementariedade.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023

