

A SOLIDARIEDADE COMO DISPOSITIVO TERAPÊUTICO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Solidarity as a therapeutic device in network psychosocial care

Elyana Teixeira Sousa¹
Rosilda Veríssimo Silva²

Artigo encaminhado: 25/01/2015
Aceito para publicação: 05/02/2016

RESUMO

As redes de atenção à saúde são uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a integralidade da atenção. As redes de atenção psicossocial têm por objetivo a expansão e articulação dos pontos de atenção em saúde mental. A característica das relações entre os serviços, trabalhadores e sociedade, num contexto de redes evoca o tema da solidariedade, que tem o potencial de consolidar as redes com relação a monitorar os tratamentos e cuidados em saúde mental. A solidariedade envolve esses agentes em corresponsabilidade dos diferentes atores e níveis de atenção à saúde. A solidariedade também é suporte na manutenção da horizontalidade das relações entre os diferentes sujeitos em seus diferentes processos de viver, importante para o estabelecimento de ações terapêuticas no território. É ela que mantém viva e forte a rede de cuidados e, em saúde mental, a solidariedade contribui no entendimento e respeito aos diferentes modos de ser.

Palavras-chave: Redes de Atenção Psicossocial; Solidariedade; Saúde Mental.

ABSTRACT

The network is a strategy of the Brazilian health system for entirety at attention. Psychosocial Care Networks aims the expansion and articulation points of mental health care. Exchanges that characterize the relationship between services, workers, and society in the context of networks evokes the theme of solidarity, which has the potential to act as fixative to consolidate the network with respect to monitoring, treatment, and care in mental health. Solidarity can enroll the commitment of the network operating in the form of co-responsibility between different actors at different levels of health care. Solidarity supports horizontal relationships, the bound between the subjects of the process of living, important for establishing therapeutic actions in the territory. It helps keep the bounds alive and strong for the network of care. In mental health, solidarity contributes to understand and respect differences in modes of being.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela UFSC. E-mail: elyanasousa@hotmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ UFSC. E-mail: roverissimobtus@gmail.com

Keywords: Psychosocial Care Networks; Solidarity; Mental Health.

1 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios legitimados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080/90. Dentre tais princípios está o da Integralidade, conceituado como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Mas o que isso significa? O que vem a ser princípio? E conjunto articulado e contínuo das ações e serviços?

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa define “princípio” como “o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão; ditame moral; regra, lei, preceito”. Princípios são assim as bases de consolidação do SUS, devem ser respeitados, e ao mesmo tempo, representam os valores, os preceitos, a moral do sistema. A denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva, ideológica e administrativa do SUS (FALLEIROS, 2010).

A integralidade, então, faz parte da base filosófica do SUS, e é considerado um termo plural, ético e democrático (Pinheiro & Guizardi, 2006). Significa que o usuário do SUS tem direito desde vacinação a transplante, com prioridades para o desenvolvimento de ações preventivas; o atendimento integral deve priorizar as ações de prevenção sem prejuízo das ações de assistência, tudo isso num mesmo sistema de saúde. Num segundo sentido, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades diversas das pessoas e dos grupos sociais, com uma visão ampliada de saúde. Outro sentido à integralidade é o de que as políticas de saúde devem atender também populações de grupos específicos: atenção integral à saúde da mulher, da pessoa idosa, saúde mental, etc.. Finalmente, um quarto sentido de integralidade enfoca a formação de trabalhadores e o processo de trabalho em saúde. Propõe-se que a formação desses profissionais seja concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas de trabalho como eixo norteador do processo educativo (FALLEIROS, 2010).

Conceituando, mas evitando paralisar o termo, integralidade é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e pertencente a um terri-

tório, que as ações de saúde devem ser também um todo indivisível, ou um todo-inteiro (promoção, proteção e recuperação) e que as unidades prestadoras de serviço formam também um todo indivisível/ todo-inteiro, configurando um único sistema capaz de prestar assistência integral. O homem é um ser integral e deverá, então, ser atendido por um sistema também integral (BRASIL, 1990, XAVIER E GUIMARÃES, 2006).

Ser um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde é, então, colocar em prática, como bandeira moral, ética e filosófica, a integralidade. Essa integração de serviços se traduz nas redes de atenção à saúde.

2 CONCEITO AMPLIADO DE REDE E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mendes (2010) define redes como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Rede é então, um conjunto de serviços que trabalham em cooperação para o bem da comunidade do território que é responsável. Tal responsabilidade é compartilhada por todos, independente de qual serviço, o indivíduo está usando no momento. As relações entre os pontos da rede são horizontais e a atenção primária à saúde coordena o continuum de cuidados de cada família e de cada indivíduo, caracterizando, na prática, a aplicação da integralidade.

No Brasil, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Tais redes podem se estruturar de forma temática, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, e Psicossocial, entre outros; mas, cada rede temática trabalha em cooperação com as outras e, em alguns casos, possuem unidades de saúde específicas para cada uma delas, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial.

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentre os objetivos gerais da portaria, está o de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS propõe que a assistência seja feita de forma articulada, com corresponsabilização entre os diversos serviços e níveis de saúde, assim como entre profissionais, usuários e sociedade.

Entendemos que tal corresponsabilização entre serviços, profissionais, usuários e sociedade só se mantém através da solidariedade de Santos e a solidariedade habermasiana, que falaremos mais adiante. Porém, antes, vamos entender quais são os pontos de serviços da RAPS de acordo com a Portaria 3.088/2011.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes e serviços de saúde.

I - Atenção básica em saúde: unidade básica de saúde; equipes de atenção básica para populações em situações específicas, como equipes de consultórios de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, e; centros de convivência. Aqui também está incluído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

II – Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II e III, AD, AD III e CAPS i.

III – Atenção de urgência e emergência: pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências – SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros; e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que realizam acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental.

IV – Atenção residencial de caráter transitório: unidade de acolhimento; serviços de atenção em regime residencial, dentre as quais as Comunidades Terapêuticas.

V – Atenção hospitalar: enfermagem especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental; o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - As Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, programa de Volta para Casa.

VII - Reabilitação Psicossocial: é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Vários estudos apontam a necessidade de organização dos serviços de saúde mental em redes. Um exemplo é o estudo realizado por Moura et. al. (2012) com profissionais do CAPS a respeito da prática de planejamento familiar em mulheres com transtornos mentais em idade fértil e com vida sexual ativa. Tal estudo destaca a importância em se estabelecer uma rede integrada entre Estratégia de Saúde da Família e CAPS, evidenciando o matriciamento como estratégia a corresponsabilizar os atores envolvidos, evitando encaminhamentos desnecessários pelo fortalecimento da resolubilidade dos casos na atenção básica.

Em estudo realizado nos CAPS de Fortaleza, no intuito de identificar como os usuários percebem a atenção à saúde mental, notou-se que, para os usuários, além da ampliação dos serviços em saúde mental, a liberdade, as possibilidades de fazer escolhas, o cuidado humanizado, a aceitação e as práticas não manicomial, são os aspectos mais significativos na análise da atenção em saúde mental. Para eles, o CAPS é um lugar de proteção afetivo-social, e o uso de estratégias de corresponsabilização nos projetos terapêuticos singulares é fundamental para a integralidade da atenção em saúde mental. Tal integralidade deve ser construída tendo como referência as necessidades sociais, afetivas e espirituais dos usuários e não em função das ofertas de cuidados dos serviços, confirmando a necessidade de oferta de uma rede de atenção ampliada, capaz de possibilitar vinculação e viabilizar a inserção social e a apropriação da comunidade (OLIVEIRA, et. al., 2012).

Mendes (2010) afirma que há evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção

à saúde. Esses resultados foram positivos em várias situações, incluindo aqui a saúde mental.

Na região central de São Paulo, por meio de uma parceria entre o Centro de Atenção Psicossocial e três equipes de Programa de Saúde da Família, com objetivo de promover cuidados em saúde mental a partir de ações articuladas com diversos serviços, pôde-se verificar que o trabalho conjunto enriquece a prática e possibilita uma rede de maior cuidado no território. Apesar das dificuldades encontradas, percebeu-se que o olhar voltado à família e ao contexto social aponta resultados positivos em relação aqueles cujo olhar é voltado somente à doença (DELFINI, et. al., 2009).

Para Hartz e Contandriopolus (2004), para compreender a natureza do objeto “rede”, faz-se necessária uma dupla leitura: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. É um mecanismo que reconhece a interdependência dos atores e organizações dos serviços.

Nesse sentido, a rede é importante na medida em que apenas um serviço ou equipamento não é capaz de fazer face à complexidade das demandas de saúde, incluindo a reabilitação psicossocial, com objetivo de inclusão social, voltada para um grupo de indivíduos secularmente estigmatizados. Não é possível fazer, propiciar, intervir em saúde “sozinho”. Quando digo sozinho, penso tanto no sentido individual, nas categorias profissionais, e até mesmo no conjunto dos profissionais de saúde. Construir condições saudáveis de vida não está nas mãos de poucos, mas de todos, por isso a importância da integralidade, e conseqüentemente, da construção de uma rede comunitária, que substitua a atenção à saúde mental hospitalar histórica e/ou fragmentada que já demonstraram fracasso.

A construção de uma rede comunitária de cuidados com serviços substitutivos aos hospitalares é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher o indivíduo com sofrimento mental. Tal rede pode ser ampliada na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços do terri-

tório e das cidades. Para ser uma rede comunitária, é preciso movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, para atingir a emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções (BRASIL, 2005 e DIMENSTEIN, 2009). Parafraçando Dimenstein (2009, p. 46), “Convém pensar, portanto, a saúde mental compondo e se articulando com os mais diversos lugares e atores sociais, ultrapassando, de fato, quaisquer muros que se imponham a essa tarefa”.

Para Paulo Amarante (2007, p.86), *“as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos”*.

Dessa forma, mais do que redes compostas por serviços de saúde relacionados horizontalmente, uma rede em saúde mental tem necessidade de outros espaços sociais envolvidos, sejam eles instituições, serviços de saúde ou não. Assim como outros espaços, outros indivíduos, outros atores e autores. Significaria repensar o fazer saúde, corresponsabilizando todos os indivíduos, a comunidade, solidariamente, com o “estar doente” do outro, ou de si mesmo. Uma rede ampliada de atenção à saúde.

3 A REDE COMO DISPOSITIVO TERAPÊUTICO

Alfredo Moffatt (1982), ao descrever a diferença da cultura dos pobres e dos burgueses, fala sobre a diferença das psicoterapias para ambos os grupos. Em um grupo de pobres, onde o sentimento de participação comunitária é muito forte no povo, toda a família se integra às festas folclóricas, e o que poderia se entender por “alcoholismo” na burguesia (que faz uso de álcool isoladamente ou em grupos pequenos em suas casas), tem um sentido muito diferente. Nessas festas a família exprime alegria com música, bailes e álcool, permitindo um estado de participação, o que chega a ser quase uma psicoterapia em grupo. Em seguida, afirma que

[...] O povo sempre teve sua própria maneira de resolver os problemas de perturbação mental, especialmente ao nível que nós, os profissionais burgueses, chamaríamos “neurótico”. Os dirigentes das Fraternidades e os curandeiros têm sido, desde muito tempo, os psicanalistas crioulos, e em alguns casos chegam a ter uma técnica terapêutica de primeira qualidade. O fato de que a imensa maioria de nosso povo tenha que recorrer a psicoterapias não-científicas (leia-se “não-burguesas”) se deve não apenas a não poderem pagar os honorários dos profissionais de saúde mental, mas fundamentalmente ao fato de que estes profissionais curam com base na visão de mundo de sua classe, e todos os seus padrões (de entrevista, de projetos de vida, etc.) não coincidem com os padrões que organizam a realidade para nosso povo, e incorrem num etnocentrismo que às vezes eles mesmos não percebem [...] (p.103).

Dito isto, Moffatt continua com um capítulo de seu livro falando sobre as psicoterapias populares, não científicas, mas que muito servem para aqueles que a procuram. Afirma que o curandeiro, o vidente (psicoterapeuta) sabe estabelecer uma vinculação íntima com o paciente, relação afetiva capaz de manipular os sentimentos do paciente, uma forma mágica de curá-lo.

Interessante perceber duas afirmações antagônicas (uma para o mal, outra para o bem) de Moffatt a respeito das psicoterapias: o etnocentrismo dos profissionais de saúde mental, e o vínculo afetivo dos curandeiros, videntes, o que, não coincidentemente, me faz retomar ao assunto das redes.

Pela Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a Atenção Primária à Saúde é quem coordena o cuidado, unidade de saúde que está inserida no território comunitário, que, como já afirmado, não trabalha somente com o território geográfico, mas com “os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns”. Dessa forma, cada terapêutica estabelecida, seja para a comunidade, família ou indivíduo, deve nortear-se não somente

pelos objetivos dos profissionais, mas também se levando em consideração os objetivos da comunidade, família ou indivíduo, em cooperação.

Além disso, sendo a Atenção Primária à Saúde instituída na comunidade, próxima da vida das pessoas, deve orientar-se pelo princípio, dentre outros, do vínculo, o que consiste na

[...] construção de relações de afetividades e confiança entre usuário e trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico [...] (BRASIL, 2012, p.23).

O vínculo permite reduzir a distância que separa unidade de saúde/ profissional do usuário e comunidade. Ao coordenar a rede, a Atenção Primária à Saúde, estabelecido vínculo com a comunidade que atende, e na prática da gestão compartilhada, de corresponsabilização, pode anular, ou ao menos reduzir, o etnocentrismo de que fala Moffatt, assim como estabelecer aquela relação afetiva que consideramos para o bem das psicoterapias. E é por isso (também) que considero a rede terapêutica.

3.1 O valor terapêutico da solidariedade

Entendemos que o que mantém o compromisso de uma rede funcionando de forma articulada, com corresponsabilização entre os diversos serviços e níveis de saúde, assim como profissionais, usuários e sociedade é a solidariedade. Essa solidariedade é também o que sustenta as relações horizontais de que falamos, assim como o vínculo já citado, importante para o estabelecimento de uma terapêutica que seja realizada no território. Ou seja, a solidariedade aparece como o que mantém as ligações, o que mantém viva e forte a rede de atenção. Quando falamos em saúde mental, a importância da solidariedade se faz ainda maior, uma vez que é preciso entender uma sociedade de diferentes indivíduos, com diferentes modos de agir.

Para Turcatto (2010) a solidariedade comumente é considerada como reciprocidade ou interdependência, além de assistência entre os membros de um grupo assegurando coesão interna.

A reciprocidade estabelecida num grupo mantém as relações sociais fortalecidas e, graças a esse arranjo social, todos têm direitos e liberdade garantidos. Nesse aspecto, o pertencimento a determinada comunidade é também

assegurado e cada sujeito reconhece o outro como integrante. Os indivíduos então se ligam pelo elo da solidariedade que configura um cunho normativo do “dever ser” enquanto identidade (TURCATTO, 2010).

Depreendemos desse mesmo autor que a solidariedade presente nas comunidades tem força de convicção que outorga obrigações entre seus membros. Ao longo do desenvolvimento, as regras peculiares de um grupo extrapolam aos poucos esse espaço abstrato para se tornarem-se mais gerais. No aspecto universal, a solidariedade perde sua característica particular e é vivenciada como solidariedade cidadã, transcendendo o espaço das comunidades e assumindo então uma forma de compromisso moral de cunho mais amplo.

Nessa perspectiva, cada participante da interação compreende o outro como componente do mesmo universo, com suas diferenças e com as mesmas igualdades em direitos e compromisso. A solidariedade universal resiste aos argumentos de conquista do interesse do indivíduo, pelo seu teor normativo, procurando de modo igual o que é bom para todos.

Assim, o aceitar o outro com suas diferenças como pertencendo a um coletivo não tira dele suas singularidades, o que o faz diverso, mas, solidariamente, o faz parte do grupo, tendo direitos iguais.

Concordando com Turcatto (2010), entendemos que uma das justificativas da solidariedade como compromisso moral entre estranhos é uma força normatizadora de responsabilidades. Esse sentimento de responsabilidade pelo outro nos faz interessados na mesma coisa.

A solidariedade cidadã extrapola a comunidade e assume o status de compromisso moral, o que Turcatto (2010) apresenta como a consciência do nós. Politicamente se trata de uma abstração de integração social a tal ponto que desperta uma posição patriótica e a participação político democrática faz surgir uma nova dimensão para a solidariedade: a cidadania.

Trazendo para o nosso espaço de reflexão no mundo concreto encontramos situações que nos leva a entender qual é o cimento social que nos agrega em nossos sonhos, lutas e desejos de saúde no cotidiano.

As condições sociais de nascimento, vida, trabalho e envelhecimento influenciam a saúde das populações e têm fortes intervenções nas formas como vivemos. Há, por exemplo, grupos sociais com expectativas de vida menores

em função do acesso aos serviços básicos, condições de vida e trabalho bastante desiguais. Diminuir fatores da determinação social da saúde contribui para diminuir as iniquidades sociais daí decorrentes.

São necessárias políticas de sustentação da sociedade para redução da determinação social da saúde e doença e seus elementos, conseqüentemente diminuindo as desigualdades entre os membros da sociedade. O que vivenciamos nesse campo da saúde tem se articulado a outros campos e, politicamente, isso requer uma aproximação entre os diferentes países com políticas inter-setoriais integradas nos espaços nacionais e internacionais. Vale apontar aqui a afirmação do CEBES, 2011, de que o modo de viver de uma sociedade por si só já diz de sua saúde. Num espaço social marcado por solidariedade se tem mais saúde em comparação com aqueles onde se vive o conflito interno, independente da participação do estado.

No âmbito brasileiro, a solidariedade, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, é apresentada como requisito para o alcance de melhores condições de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), para Santos (2011) tem como princípios a universalidade, a equidade, a intersetorialidade e a solidariedade. Esta tem sido utilizada para impor ao município a responsabilização pela saúde de sua população com ajuda técnico-financeira do estado e união. Conforme Santos (2011) a solidariedade apregoada pelo SUS tem a ver com a organização de forma regionalizada da atenção a saúde. Portanto a solidariedade nasce, ainda de acordo com a autora, justamente nessa hierarquização dos serviços sendo àqueles de maior população, organização de serviços e desenvolvimento econômico referência para os municípios de menor riqueza e porte.

Como se vê, a solidariedade que acontece no sistema da rede de atenção à saúde deve ser reforçada e estimulada. Os recursos financeiros para que esses municípios de maior porte possam atender às necessidades de saúde de populações não residentes na área geográfica e que requeiram maior complexidade tecnológica devem vir da união e Estado por meio da transferência de recursos. Aqui a solidariedade é imposta em função da maior riqueza e densidade demográfica.

A solidariedade sanitária, aponta Santos (2011), se fundamenta em postura equânime entre os entes federativos pela garantia do direito à saúde.

Diante dessa argumentação, nos cabe agora refletir sobre o valor terapêutico da solidariedade.

Sobre terapêutica acreditamos que os processos de intervenções terapêuticas ocorrem nas ações humanas e no contato com o outro, isto é, a valorização do encontro verdadeiro, com escutas e dialogicidade.

Para usar essa atitude dialógica é imprescindível a solidariedade entre família, doente e equipe de cuidados terapêuticos. Além do mais, a solidariedade precisa ser habermasiana no sentido de extrapolar o particular para o geral, e ser fortalecida na luta por melhores condições de humanidade e acesso aos serviços que pretendem assistir sujeitos e sua comunidade. Serviços de âmbito geral, que proporcionam integração nos setores públicos administrativos. Imperativo é nos apossarmos da esperança freireana, e apostar pacientemente na paciência que a realidade não se limita ao fatalismo, e sim na nossa possibilidade de provocar mudanças (FREIRE, FREIRE, OLIVEIRA, 2009; TURCATTO, 2010).

Esta atitude permite ao profissional cuidar terapêuticamente e atuar junto com o usuário do serviço. Discussões acessíveis, conforme o equilíbrio mental do doente permitir, para que este faça escolhas de condutas e tratamentos. Consideramos terapêutico tratar o ser humano como tal, em todos os momentos da atenção a saúde mental.

4. A SOLIDARIEDADE COMO ESTRUTURANTE DA REDE AMPLIADA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nas diretrizes dos documentos nacionais encontramos vários momentos em que a solidariedade se apresenta como possibilidade para revisitar atenção à saúde mental. Propostas inclusivas de recolocação no mundo do trabalho desenvolvidas a partir de escolarização, aprendizagem e desenvolvimento de saberes podem contribuir na produção econômica por esses sujeitos e sua auto-valorização.

No âmbito da solidariedade a rede de atenção psicossocial enquanto espaço de referência pode também estabelecer parcerias e convênios com empresas, instituições de ensino para cessão de espaços para atividades, sejam de ensino, culturais e para práticas esportivas. Mais ainda, pode ser um ambiente no qual a família acompanhe de perto o movimento de cuidado terapêutico e as respostas do sujeito com sofrimento mental.

A equipe das redes de atenção psicossocial, integradas solidariamente com as unidades básicas de saúde, conselhos locais e outros espaços, podem ser as organizadoras desses encontros.

Partindo das ideias de solidariedade como constructo que implica na responsabilidade com os nossos pares dentro de uma estrutura social, acreditamos que a rede de atenção psicossocial pode ser re-vivida como espaços de encontros terapêuticos. Onde o eu e o outro nos tratamos de nossos conteúdos internos para nutrir e constituir outros cidadãos. Aqueles em melhores condições de saúde tratam daqueles que se encontra em desequilíbrio psíquico atribuindo tarefas e possibilidades de enfrentamento dessas situações sabendo-lhes de existência momentânea.

Para finalizar, vale a pena comentar uma frase de Edgar Morin (2001), em que ele afirma que *a atomização de nossa sociedade requer novas solidariedades espontaneamente constituídas*. Esta frase fica como uma forma de reivindicar reflexão a respeito da possibilidade, das dificuldades, dos desafios e, sobretudo, da necessidade de solidariedades, para que nossa sociedade seja capaz de aceitar as várias formas de diversidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde e Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: Princípios e Doutrinas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CEBES. Simpósio de Política e Saúde (2). *Proposições para o debate*. Brasília, 2011. Disponível em:
http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2011/07/CEBES_Teses.pdf
Acessado em jan. 2015.

DELFINI, P. S. S., et al. *Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO V. M. & SEVERO A. K. de S. *O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família*. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 4(1), São João del-Rei, dez. 2009.

FALLEIROS, I. A., et. al. Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In PONTE, C. F. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010.

FREIRE, P.; FREIRE, N.; OLIVEIRA, W. F. de. *Pedagogia da solidariedade*. São Paulo: Villa das Letras, 2009.

HARTZ, Z. M. A., CONTANDRIOPOLUS, A. P. *Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.

MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 1982.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOURA, E.R.F., et. al. *Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental o que profissionais do CAPS têm a dizer*. *Revista Escola de Enfermagem da USP*; 46 (4): 935 - 43, 2012.

OLIVEIRA, R.F., et. al. *Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3069-3078, 2012.

PINHEIRO, R, GUIZARDI, F. L. *Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano*. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. *Cuida-*

do: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. 320p.

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Acessado em: 02/01/2013, às 15 h.

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*. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acessado em: 29/11/2012, às 16 h.

SANTOS, Lenir. *O princípio da solidariedade no SUS...* Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania, Setembro, 2011. Disponível em:

<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/30/o-principio-da-solidariedade-no-sus/>. Acessado em 16/07/2013.

TURCATTO, Jair André. A solidariedade como um postulado da razão comunicativa e da ética do discurso. *Thaumazein*, Ano III, número 06, Santa Maria (Outubro de 2010), p. 50-68.

XAVIER, C., GUIMARÃES, C. *Uma semiótica da integralidade: o Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação*. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. 320p.